



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ICHF - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSÓFICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

DANIELLE VARGAS SILVA BALTAZAR

**TRABALHAR E ADOECER:
INVESTIGAÇÃO SOBRE OS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE LICENCIADOS.**

NITERÓI-RJ
Primavera 2016



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ICHF - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSÓFICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

DANIELLE VARGAS SILVA BALTAZAR

**TRABALHAR E ADOECER:
INVESTIGAÇÃO SOBRE OS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE LICENCIADOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense -UFF como requisito para obtenção do título de Doutorado em Psicologia. Área de concentração: Clínica e Subjetividade. Orientadora: Profa. Dra. Teresa Cristina Othênio Cordeiro Carreteiro

Niterói-RJ
Primavera 2016

DANIELLE VARGAS SILVA BALTAZAR

**TRABALHAR E ADOECER:
INVESTIGAÇÃO SOBRE OS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE LICENCIADOS.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense - UFF como requisito para obtenção do título de Doutorado em Psicologia. Área de concentração: Clínica e Subjetividade.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra Teresa Cristina Othenio Cordeiro Carreteiro – UFF _____

Professora Doutora Creuza da Silva Azevedo – ENSP/Fiocruz _____

Professor Doutor Ruben Araújo de Mattos – IMS/UERJ _____

Professora Doutora Vanessa Andrade de Barros – UFMG _____

Professora Doutora Claudia Osório da Silva – UFF _____

SUPLENTES:

Professor Dr. Hélder Prodeus Muniz – UFF _____

Professor Doutora Ana de Santa Cecília Massa – PARIS VII _____

*Aos meus filhos Tomás e Olívia,
amor inesgotável
fonte das melhores inspirações.*

AGRADECIMENTOS

Ao final de quatro anos de doutorado, o sentimento de gratidão é muito maior do que é possível deixar em palavras... Mas, revisitar esse percurso lembrando os bons encontros é uma feliz oportunidade de dizer muito obrigada.

A *Teresa Cristina O.C.Carreteiro*, pela orientadora ímpar, “*elegante de alma*”, com quem tive a honra de fazer o percurso de doutorado, pelo encontro acadêmico e pessoal que se traduziu em um enorme prazer.

A *CAPES*, órgão de fomento, por ter concedido a bolsa de doutorado e também a bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), para estudo no Conservatoire National des Arts et Métiers - CNAM Paris-França.

Aos *profissionais de saúde entrevistados*, enfermeiros e assistentes sociais, que aceitaram o convite de narrar suas histórias de vida laboral e seus sofrimentos no trabalho hospitalar, sem os quais a tese não seria possível.

Aos professores *Claudia Osório (UFF)*, *Ruben Mattos (IMS/UERJ)* e *João Ferreira(UFRJ)*, pelos apontamentos na banca de qualificação do projeto, que estão refletidos no texto final da tese.

Ao grupo de orientação coletiva *Luciana Rodriguez, Bruna Pinto, Renée Borges, Carolina Souza, Ana Rabello e Luciana Martins*, pelos nossos encontros semanais alegres, amistosos e enriquecedores em múltiplos sentidos. Agradecimento especial à *Luciana Rodriguez*, colega da turma 2012, por sua generosidade do início ao fim do doutorado.

À orientadora no exterior *Dominique Lhuillier*, por ter aceito me receber no CNAM como aluna pesquisadora e pelas importantes contribuições feitas à tese.

Ao grupo de orientandos do PDSE/Paris *Fabiana, Ênio, Kátia, Flávio*, por terem dividido o desafio e o privilégio dos estudos no CNAM/Paris.

A secretária do Programa de Pós-graduação em psicologia da UFF, *Rita*, pela forma colaborativa e atenciosa com a qual ajudou em todas as questões administrativas do doutorado.

As psicólogas do Hospital Federal de Bonsucesso *Ana Lúcia Pereira, Ana Maria Cavaliere, Claudia di Paulo, Christina Pimentel, Débora Regadas, Deise Coelho, Teresa Silveira, Luciana Oliveira, Maria Clara Ribeiro e Márcia Natal*, pelo que cada uma a seu modo me ensinou sobre o trabalho no hospital e que se revelou importante também para a tese.

A amiga *Adriana Maiarotti Justo*, por acreditarmos na carreira pública na saúde e a *equipe da Superintendência de Educação em Saúde* da Secretaria de Estado e Saúde do Rio de Janeiro, por dividirmos os desafios da gestão pública em saúde.

A *Marta Maia* pela forma incentivadora com a qual apoiou e assinou todos os documentos, processos e justificativas na posição de Coordenadora Geral de Educação em Saúde e Gestão da SES-RJ, para viabilizar a licença do trabalho para estudo no exterior.

Aos casais *Angélica e Warner Wonk*, *Jaqueline e Gustavo Torres*, *Ana Paula e Ricardo Vargas* pela amizade, interesse e apoio com que acompanharam o percurso do doutorado.

As amigas *Thaís Ribeiro e Renata Sardenberg*, pela amizade que se iniciou no Hospital Estadual Azevedo Lima (Niterói-RJ), se estendeu para os hospitais federais, e por terem se tornado confidentes e parceiras.

As amigas *Késia Cunha, Ingrid Fonseca, Christiane Teixeira, Adriana Barros*, por décadas de amizade e pelo incentivo no processo de doutorado.

A família estendida, *Carlos e Claudia*, por esse encontro para a vida e por terem apoiado cada etapa da tese de forma tão próxima.

Aos meus pais, *Egmar e Nilda*, pelo amor sem tamanho, pelos ensinamentos para a vida e pelo incentivo aos estudos sempre. Essa tese é para eles!

Ao meu marido *Alysson*, por estar ao meu lado amorosamente nos desafios de conciliar as atividades de mulher, mãe, profissional, doutoranda, estudante em terra estrangeira e gestante nessa trajetória de 4 anos de doutorado, e por tudo o mais que a vida em comum nos trouxe.

Ao meu filho *Tomás* que com 1 ano e 6 meses de idade iniciou comigo o percurso de doutorado, aceitando também o desafio do estudo em terras francesas. Amor imensurável que trouxe alegria para minha escrita.

À minha filha *Olívia* que chegou ao final dessa trajetória trazendo mais amor para minha vida, por seu olhar doce e tranquilo que me acompanhou na escrita final da tese.

À *Deus*, por conservar a minha fé em todos os momentos.

muito obrigada!!

— *Pai, ensina-me a existência.*

— *Não posso.*

— *[...] História de um homem é sempre mal contada. Porque a pessoa é, em todo o tempo, ainda nascente. Ninguém segue uma única vida, todos se multiplicam em diversos e transmutáveis homens. Agora, quando desembrulho minhas lembranças eu aprendo meus muitos idiomas.*

Nem assim me entendo. Porque enquanto me descubro, eu mesmo me anoiteço [...]

Mia Couto.

Cada homem é uma raça, 1990.

RESUMO

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. **Trabalhar e Adoecer: investigação sobre os transtornos ansiosos e depressivos em profissionais de saúde licenciados**. Niterói-RJ: Tese (Doutorado). Universidade Federal Fluminense, 2016.

A pesquisa analisa o evento das licenças médico-psiquiátricas por ansiedade e/ou depressão entre profissionais de saúde graduados em enfermagem e serviço social, servidores públicos dos hospitais federais, tomando-as como analisadores do processo de sofrimento psíquico e adoecimento mental no trabalho hospitalar. Os profissionais de saúde adoecem no trabalho hospitalar e sob o atestado psiquiátrico inauguram uma nova condição na trajetória de trabalhador. Para analisar esse processo foi preciso fazer uma escolha teórico-metodológica que nos permitisse uma aproximação do percurso profissional desses trabalhadores até o momento de seu afastamento profissional. Assim, tendo como aporte teórico a psicossociologia, numa perspectiva que integra vivências subjetivas e relações sociais, a pesquisa se apoiou na “*história de vida laboral*” como método qualitativo e realizou 11 entrevistas com profissionais de saúde, sete enfermeiros e quatro assistentes sociais, de diferentes hospitais federais do Rio de Janeiro. A análise das narrativas dos profissionais sobre o evento das licenças psiquiátricas permitiu compreender o sofrimento psíquico e o adoecimento mental no trabalho hospitalar considerando a articulação de 6 dimensões sócio-clínicas: a Dimensão de fragilidade psicossocial; da hierarquia no trabalho hospitalar; da perda o ato-poder sobre o trabalho; do sofrimento ético-político; de tentativa de regulação do sofrimento; e de religação a uma nova condição de trabalhador. No período anterior a licença, grande parte do cotidiano se centrava sobre ou em torno do trabalho e com a licença médico-psiquiátrica se produz uma ruptura na trajetória profissional do trabalhador. A subjetividade trabalhadora, o ‘ser trabalhador’, progressivamente vai dando lugar a uma outra, a subjetividade licenciada, o ‘ser doente’. É, nesse contexto existencial marcado pela licença de saúde que os profissionais podem revisitar as influências familiares na construção da profissão, os projetos profissionais, suas bifurcações, aspirações, concretizações e as experiências impedidas, as atividades realizadas nos próprios campos de trabalho, as construções coletivas e o processo de trabalho hospitalar. O trabalho era um organizador de vida e espaço significativo de inserção social, advindo o acontecimento licença são outros organizadores da existência que passam a operar e novas construções de sentido para o trabalho são produzidas. A licença produz uma ruptura onde nada mais se coloca como antes pois os profissionais resignificam sua vida e sua condição de trabalhador.

Palavra-chave: licença médico-psiquiátrica; trabalho hospitalar; saúde mental; psicossociologia.

ABSTRACT

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. **Working and Illness: an investigation into the anxiety and depressive disorders of health professionals on leave.** Niterói-RJ: Thesis (Doctorate), Universidade Federal Fluminense, 2016.

This research analyzes the medical psychiatric leave granted to nurses and social workers at federally run public hospitals for anxiety and/or depression, taking this leave as an analyzer of the process of psychic suffering and mental illness in hospital work. When health professionals become ill in hospital work and are given psychiatric leave, they take on a new status in their work trajectory. To analyze this process, it was necessary to make a theoretical and methodological choice that allowed us to engage with these workers' careers until the moment they were given leave. Taking psychosociology as the theoretical framework and a perspective that integrates subjective experiences and social relations, the research uses the qualitative method known as the "*history of working life*," conducting 11 interviews with health professionals – seven nurses and four social workers – from different federal hospitals in Rio de Janeiro. The analysis of the workers' narratives about the circumstances of their psychiatric leave gives an understanding of psychic suffering and mental illness in hospital work, considering six interconnected socio-clinical dimensions: psychosocial fragility; hierarchy in hospital work; diminished power-acts in the workplace; ethnic and political suffering; attempts to regulate suffering; and readmission under a new status as a worker. In the period prior to leave, most of the interviewees' daily life revolved around or concerned their work, so taking medical/psychiatric leave caused a rupture in their professional trajectory. Worker subjectivity, or the "working being", gradually gives way to another: on-leave subjectivity, or the "ill being". It is in this existential context marked by medical leave that the professionals are able to review the influences their families had in shaping their careers, their career plans, their crossroads, aspirations, accomplishments and thwarted experiences, activities undertaken in the field of work, collective achievements, and the hospital work process. Before, work was something that structured their lives and a significant space for involvement in society, while leave introduces different ways of structuring existence and new meaning constructs for work. License creates a rupture where nothing is structured as it was before because the professionals resignify their lives and their status as workers.

Keywords: psychiatric medical leave, hospital work, mental health, psychosociology.

RESUMÉ

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. **Travailler et Devenir malade: enquête sur les troubles de l'anxiété et dépressif chez les professionnels de la santé en congé maladie.** Niterói-RJ: Thèse (Doctorat), Universidade Federal Fluminense, 2016.

La recherche analyse l'événement des congés maladie médicaux- psychiatriques accordés pour raisons d'anxiété et/ou de dépression aux professionnels de santé diplômés en sciences infirmières et service social, fonctionnaires publics d'hôpitaux sous gestion fédérale. Ceux-ci sont considérés comme des analyseurs du processus de souffrance psychique et d'irruption de troubles mentaux dans le travail en hôpital. Les professionnels de la santé tombent malades durant leur travail en hôpital et entrent dans une nouvelle condition dans leur parcours comme travailleurs quand ils sont sous certificat médical pour troubles psychiatriques. Un choix théorique et méthodologique a dû être fait pour pouvoir analyser ce processus de façon à obtenir une vision de la trajectoire professionnelle de ces travailleurs jusqu'au moment où ils entrent en congé maladie. Ayant la psycho-sociologie pour base théorique, dans une perspective qui comprend les expériences subjectives et les rapports sociaux, la recherche a employé l'«*histoire de la vie du travail*» comme méthode qualitative et fait 11 entretiens avec des professionnels de la santé, sept infirmiers et quatre assistants de service social provenant de différents hôpitaux sous gestion fédérale à Rio de Janeiro. L'analyse du récit fait par ces professionnels sur leur congé maladie pour troubles psychiatriques a permis de comprendre la souffrance psychique et la survenance de troubles mentaux dans le travail en hôpital. Une combinaison de 6 dimensions sociales et cliniques a été employée: la Dimension de fragilité psychosociale; celle de la hiérarchie du travail en milieu hospitalier; la perte du «*acte-pouvoir*» sur le travail; la souffrance éthique et politique; la tentative de contrôler la souffrance; et un renouveau du lien avec la nouvelle condition en tant que travailleur. Dans la période qui précède, le congé maladie, la plus grande partie de la vie quotidienne était centrée sur le travail ou autour de lui; avec le congé pour causes médico-psychiatriques une rupture se produit dans la trajectoire professionnelle du travailleur. La subjectivité du travail, le fait d'être un travailleur, va petit à petit être remplacée par une autre subjectivité, celle de l'arrêt de travail, celle d'être malade. C'est dans ce contexte existentiel marqué par l'arrêt de travail que les professionnels peuvent revoir les influences familiales dans la construction de leur profession, leurs projets professionnels, les croisements ou tournants dans leur vie, leurs aspirations, les réalisations et les expériences empêchées, les activités réalisées dans le cadre de leurs fonctions, les travaux collectifs et le processus de travail en milieu hospitalier. Le travail était un important élément d'organisation de la vie et d'insertion sociale; avec l'avènement de l'arrêt de travail, d'autres éléments organisateurs de l'existence commencent à agir et de nouvelles constructions de sens se tissent. Le retrait du travail cause une rupture et plus rien n'est comme avant, car les professionnels donnent un nouveau sens à leur vie et à leur condition de travailleur.

Mots-clés: congé médico-psychiatrique, travail en milieu hospitalier, santé mentale, psychosociologie.

LISTA DE ABREVIACÕES

AIS – Ações Integradas de Saúde
APH – Adicional de Plantão Hospitalar
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGU – Controladoria Geral da União
CIPLAN – Comissão Interinstitucional de Planejamento
CIST – Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
CNTS – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
DGH – Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HCF – Hospital Federal Cardoso Fontes
HCL – Hospital de Cardiologia de Laranjeiras
HFA – Hospital Federal do Andaraí
HFB – Hospital Federal de Bonsucesso
HFI - Hospital Federal de Ipanema
HFL – Hospital Federal da Lagoa
HSE – Hospital dos Servidores do Estado
HTO – Hospital de Traumatologia e Ortopedia
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciais
IAPETEC – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INC – Instituto Nacional de Cardiologia
INCA – Instituto Nacional do Câncer
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
IPAS – Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde

NERJ – Núcleo do Estado do Rio de Janeiro
OCT – Organização Científica do Trabalho
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
OSCIP – Organização Social de Interesse Público
PAM – Posto de Assistência Médica
PASS – Programas de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
PDV – Programa de Demissão Voluntária
PIACT – Programa Internacional para o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho
PNH – Política Nacional de Humanização
PNRH – Política Nacional de Recursos Humanos
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
QVT – Qualidade de Vida no Trabalho
RENAST – Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador
RJU – Regime Jurídico Único
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIMPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – The Astronomer (1668). Johannes Vermeer

Figura 2 – Operários (1933). Tarsila do Amaral

Figura 3 – Ciência e Caridade (1987). Pablo Picasso

Figura 4 – Ward in the Hospital (1889). Vincent Van Gogh

Figura 5 – Tempos Modernos (1936). Charles Chaplin

Figura 6 – Ciranda (Arte Naif). Antônio Porteiro

Figura 7 – Filme Through Me (2012). Alexi Torres

Figura 8 – Dimensões sócio-clínicas do fenômeno das licenças médico-psiquiátricas em profissionais de saúde dos hospitais federais.

Figura 9 – Brigolagem (2016). Autor desconhecido

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| RESUMO..... | 08 |
| LISTA DE ABREVIACÕES..... | 11 |
| SUMÁRIO..... | 14 |
| INTRODUÇÃO..... | 18 |
| | |
| 1 A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE..... | 24 |
| 1.1 O trabalho no setor de serviços ou terciário e os serviços de saúde..... | 32 |
| 1.2 O processo de trabalho em saúde e a força de trabalho em saúde..... | 38 |
| | |
| 2 O HOSPITAL E A GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA NO BRASIL..... | 45 |
| 2.1 O hospital: cenário das práticas assistenciais em saúde..... | 49 |
| 2.2 O hospital contemporâneo e os novos arranjos assistenciais..... | 55 |
| 2.3 A gestão hospitalar pública no Brasil e a gestão do poder no hospital..... | 61 |
| | |
| 3 O SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL EM HOSPITAIS..... | 71 |
| 3.1 A Reforma de Estado e a carreira pública: o contexto político da pesquisa.. | 72 |
| 3.2 As Unidades Hospitalares Federais no Rio de Janeiro: o contexto profissional da pesquisa..... | 76 |
| <i>3.2.1 Histórico do processo de federalização, municipalização/estadualização e refederalização.....</i> | 79 |
| <i>3.2.1.1 Hospital Nacional do Câncer.....</i> | 79 |
| <i>3.2.1.2 Instituto Nacioncional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad.....</i> | 83 |
| <i>3.2.1.3 Instituto Nacional de Cardiologia.....</i> | 84 |
| <i>3.2.1.4 Hospital Federal dos Servidores do Estado.....</i> | 85 |
| <i>3.2.1.5 Hospital Federal de Bonsucesso.....</i> | 86 |
| <i>3.2.1.6 Hospital Federal da Lagoa.....</i> | 87 |
| <i>3.2.1.7 Hospital Federal Cardoso Fontes.....</i> | 87 |
| <i>3.2.1.8 Hospital Federal de Ipanema.....</i> | 88 |

| | |
|---|-----|
| 3.2.1.9 <i>Hospital Federal do Andaraí</i> | 88 |
| 3.3 A política de atenção à saúde do servidor público federal: o ponto de convergência da pesquisa..... | 91 |
| 3.4 O aparato jurídico-legal do serviço público federal frente ao adoecimento do servidor: o cenário de direitos da pesquisa..... | 94 |
| | |
| 4 CLÍNICA DO TRABALHO: INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL E TRABALHO HOSPITALAR | 100 |
| 4.1 O campo da Saúde Mental e o Trabalho..... | 100 |
| 4.1.1 <i>Abordagem Epidemiológica e/ou Diagnóstica</i> | 105 |
| 4.1.2 <i>A Psicodinâmica do Trabalho</i> | 107 |
| 4.1.3 <i>Estudos sobre a Subjetividade no Trabalho</i> | 112 |
| 4.2 O processo de trabalho em hospital: da insatisfação ao sofrimento..... | 122 |
| 4.3 A licença do trabalho: do prazer ao sofrimento e adoecimento no trabalho..... | 130 |
| | |
| 5 HISTÓRIA DE VIDA LABORAL: OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO | 134 |
| 5.1 O método “História de Vida Laboral”..... | 135 |
| 5.2 Trabalho de campo | 136 |
| 5.2.1 <i>Crêterios de elegibilidade para participação na pesquisa</i> | 136 |
| 5.2.2 <i>As entrevistas e os aspectos éticos da pesquisa</i> | 140 |
| 5.2.3 <i>Os eixos temáticos da pesquisa</i> | 142 |
| 5.2.4 <i>A narrativa e hipótese da pesquisa</i> | 142 |
| 5.2.5 <i>Definição da amostra</i> | 143 |
| 5.2.6 <i>Análise das entrevistas</i> | 144 |
| 5.3 Síntese das entrevistas | 145 |
| 5.3.1 <i>Quadros síntese</i> | 145 |
| 5.3.2 <i>A vivência uma a uma: histórias de vida laboral que cruzam trabalho e adoecimento</i> | 149 |
| 5.3.2.1 <i>Açucena</i> | 149 |
| 5.3.2.2 <i>Anis</i> | 152 |
| 5.3.2.3 <i>Acácia</i> | 154 |
| 5.3.2.4 <i>Amarílis</i> | 158 |
| 5.3.2.5 <i>Camélia</i> | 160 |

| | |
|---|-----|
| 5.3.2.6 <i>Dália</i> | 162 |
| 5.3.2.7 <i>Azaléia</i> | 164 |
| 5.3.2.8 <i>Íris</i> | 166 |
| 5.3.2.9 <i>Rosa</i> | 170 |
| 5.3.2.10 <i>Lírio</i> | 172 |
| 5.3.2.11 <i>Gérbera</i> | 175 |
| 6 ANÁLISE DAS NARRATIVAS | 179 |
| 6.1 Dimensões sócio-clínicas da licença psiquiátrica em profissionais de saúde do hospital | 181 |
| 6.1.1 Dimensão de fragilidade psicossocial | 182 |
| 6.1.2 Dimensão da hierarquia no trabalho hospitalar | 188 |
| 6.1.3 Dimensão da perda do ato-poder sobre o trabalho | 194 |
| 6.1.4 Dimensão do sofrimento ético-político | 202 |
| 6.1.5 Dimensão de tentativa de regulação do sofrimento | 216 |
| 6.1.6 Dimensão de religação a uma nova condição de trabalhador | 224 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 229 |
| BIBLIOGRAFIA | 239 |
| ANEXOS | |
| Anexo I - Lei de 03 de outubro de 1832 | 255 |
| Anexo II - Roteiro de Entrevista | 261 |
| Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE | 264 |

INTRODUÇÃO

“O conhecimento científico é tanto mais importante quanto mais se reconhece como parte de uma vasta constelação de saberes que compõem a experiência de mundo.”
Boaventura Souza Santos, 2013.



Figura 1 - The Astronomer (1668)
Johannes Vermeer

O cenário de discussões em torno do trabalho e a vida das pessoas tem muitas faces. As pesquisas se multiplicam e muitas são as perspectivas e campos teóricos que colocam o trabalho em discussão, movidos por diferentes representações e interesses em torno da temática. O trabalho é um aspecto centralizador da vida das pessoas e das relações que se estabelecem socialmente. É o eixo que movimenta a produção de produtos e serviços na sociedade e é com o trabalho que a grande maioria das pessoas mantém o seu sustento financeiro e não somente isso, também garantem sua inserção e reconhecimento social a título de profissão, que tem em torno de si muitos significados. O trabalho trás, portanto, muitos valores agregados, sendo um deles a vivência do prazer ou o des-valor produzido pelo sofrimento e adoecimento no trabalho.

Essa pesquisa se debruça sobre os domínios do sofrimento psíquicos e/ou adoecimento mental produzidos na complexidade dos cenários do trabalho e elegeu os hospitais públicos federais como o campo de análise. Porque o hospital? Porque os profissionais de saúde dos hospitais públicos federais? A resposta tem estreita relação com a *história de vida laboral* da pesquisadora-psicóloga e sua implicação com as práticas do campo da saúde mental e do trabalho. Destacamos que a projeção da temática acerca da saúde no trabalho fez com que a

Organização Mundial de Saúde (OMS) definisse o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Essa agenda de prioridade se apresenta como uma resposta mundial e nacional ao processo de adoecimento crescente dos trabalhadores da saúde.

De nossa parte, a temática de estudo da tese está atrelada a duas escolhas profissionais significativas: a escolha pela carreira pública e a atuação como psicóloga em hospitais e descrevê-las também tem um forte componente analisador da escrita que seguirá nos seis capítulos da tese.

O primeiro contato com o campo da saúde no trabalho se deu ainda na graduação através de uma pesquisa relacionada a disciplina Metodologia de Pesquisa Aplicada, para a qual foram entrevistados operários navais sobre as demandas psíquicas de sua atividade, teve como título *“A Saúde Mental do trabalhador naval e a contextualização do profissional psi”* e se esboçou uma discussão sobre o sofrimento psíquico no trabalho operário. Ainda durante a graduação a participação na pesquisa-intervenção *“Trabalho Hospitalar e Saúde Mental”*, orientada pela professora Claudia Osório, foi delimitando uma área de forte interesse da pesquisadora. A proposta da pesquisa era discutir aspectos relacionados à saúde mental dos profissionais da área da saúde, considerando que estes vivenciam situações de doença, sofrimento e morte em seu cotidiano de trabalho.

Ao final da graduação e do estágio no Centro Psiquiátrico Pedro II, hoje, Instituto Nise da Silveira, optei por associar os conhecimentos adquiridos no campo da saúde mental aos da saúde do trabalhador na monografia de conclusão da graduação, abordando o tema da clínica do trabalho, sob o título *“A clínica na saúde do trabalhador: possibilidades e limites da intervenção do psicólogo”*.

A graduação seguiu-se do *Curso de Especialização em Saúde Mental em nível de residência* no Instituto Philippe Pinel, em convênio com a ENSP/Fundação Osvaldo Cruz, no qual teve continuidade a formação profissional no campo da saúde mental. Dentre as atividades da residência constavam o plantão na emergência do hospital e o acompanhamento ambulatorial dos pacientes. Em ambas, me deparei com inúmeras formas de expressão e de compreensão do sofrimento mental pelos pacientes e observei o quanto o discurso religioso aparecia como um elemento de significação para a construção da subjetividade. Além de, nos relatos dos que procuravam a assistência psiquiátrica, aparecerem explicações que reconheciam no sofrimento um valor místico, oferecendo sentido religioso para a dor. A partir dessa percepção discuti o tema na monografia de conclusão da residência, sob o título *“A*

trama dos sentidos – Distinções entre crença religiosa e certeza delirante na construção da subjetividade". E, a mesma temática foi aprofundada na dissertação de mestrado defendida na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, sob o título "*Crenças Religiosas no contexto do tratamento psiquiátrico: impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais da saúde mental*", sob orientação do saudoso professor Victor Vincent Valla.

Após o período de formação, a escolha pela carreira pública na saúde levou ao ingresso no serviço público estadual. Minha inserção como psicóloga no Hospital Estadual Azevedo Lima da Secretaria Estadual de Saúde/RJ destinava-se a atuação na área de saúde do trabalhador, organizando ações de vigilância, assim como, de assistência aos funcionários da referida unidade hospitalar. Tiveram destaque os pedidos de avaliação dos funcionários pelas chefias e o acolhimento de alguns desses com seus sofrimentos com frequência relacionados ao trabalho hospitalar. A partir desse espaço de acolhimento, observamos que as chefias, ao encaminharem os profissionais para atendimento psicológico, tinham uma expectativa de adaptação dos mesmos e pouco se questionavam sobre o processo de trabalho hospitalar. E, os próprios profissionais tinham dificuldade de transformar suas queixas físicas e psíquicas, sob o título de distúrbio mental leve ou estresse, em questão sobre o trabalho que realizavam.

Como ocorre com a grande maioria dos profissionais de saúde, o duplo vínculo público veio com a aprovação no concurso do Ministério da Saúde e no ingresso como psicóloga no Hospital Federal de Bonsucesso. Considerando as necessidades do hospital e não o percurso profissional anterior, fui convidada a trabalhar na assistência materno-infantil. O desafio de atuar em uma área tão distinta da construída até aquele momento permitiu, além da construção de um trabalho assistencial rico e recompensador, uma maior aproximação com os demais grupos profissionais, maior envolvimento com as questões do processo de trabalho hospitalar e, principalmente, uma ampliação do meu olhar sobre a assistência e as práticas em saúde.

Podemos afirmar que foi o cotidiano da assistência materno-infantil e o contato com os profissionais de diferentes categorias que tornou possível levantar as questões e as hipóteses que norteiam este estudo. Foi observando diariamente a prática hospitalar dos diferentes grupos profissionais, participando dos dilemas cotidianos da assistência ao paciente, acompanhando os momentos de prazer e sofrimento de meus colegas profissionais de saúde, conhecendo a gestão hospitalar e as hierarquias dos hospitais federais, que estruturei a

pesquisa e a tese de doutorado. Um percurso de muito afetamento e implicação com as questões do hospital.

Foi a partir da *história de vida laboral* da pesquisadora-psicóloga-profissional de saúde, das observações e vivências na graduação, pós graduação e em ambos os hospitais onde atuava que surgem as questões acerca das licenças e afastamentos médico-psiquiátricos por ansiedade e depressão entre profissionais de saúde, servidores públicos graduados, que atuam na assistência hospitalar federal.

Ainda a título de introdução à tese, destaco um desses momentos analisadores que articulam a prática de psicóloga com a de pesquisadora... Ao ser aprovada no processo seletivo do doutorado e a pesquisa ser divulgada na intranet do hospital, algum tempo depois recebi o e-mail com o relato de uma profissional de saúde do hospital que traduz do que se ocupa essa tese:

"Oi, Dani! Em primeiro lugar, parabéns pela aprovação no doutorado, e também pela feliz escolha do tema! Gostaria de te encaminhar, de forma estritamente confidencial, um pouco do que estou passando no trabalho, espero que contribua para as suas reflexões... Espero que sua tese ajude esses profissionais guerreiros e anônimos, que cuidam e não são cuidados, e quando perdem sua produtividade, (que é o que está acontecendo comigo), são deixados de lado por não dar mais conta da demanda ou bater as metas, e passam para a obscuro limbo dos "servidores públicos", os taxados de "barnabés"... Abç, X."

A questão que nos move é pensar em que contexto as licenças e afastamentos médico-psiquiátricos sinalizam para uma impossibilidade do servidor público federal recriar seu processo de trabalho, transformando-o de modo a ser possível realizar as tarefas do cotidiano e como essas licenças podem ser interpretadas. Discutir a inserção desse acontecimento na *história de vida laboral* desses servidores, sob uma perspectiva psicossociológica. O que significa pensar nesses sujeitos “inacabados exatamente porque são atores sociais e autores de suas ações, fazem escolhas na vida, elaboram opções políticas e experimentam experiências de vida.” (LE VEN, 2008, p.40).

Definimos como o objetivo da tese: Analisar as licenças médico-psiquiátricas por ansiedade e/ou depressão entre profissionais de saúde graduados em enfermagem e serviço social, servidores públicos dos hospitais federais, tomando-as como analisadores do processo de sofrimento psíquico e adoecimento mental no trabalho hospitalar. Essa tese teve como objetivos específicos:

- Fazer revisão bibliográfica sobre o processo de trabalho hospitalar;

- Analisar as licenças e os afastamentos médico-psiquiátricos por ansiedade e/ou depressão em profissionais de saúde a fim de compreender o processo de sofrimento e adoecimento no trabalho hospitalar; e
- Analisar a percepção dos profissionais licenciados sobre as relações entre o processo de sofrimento psíquico e de adoecimento mental e o processo de trabalho hospitalar;

A escolha da psicossociologia como principal aporte teórico se dá, pois esta pensa o indivíduo e o coletivo como indissociáveis, os processos inconscientes e os processos sociais como extensões de um todo e se volta a encontrar articulações entre o social e o psíquico. Compreender o sofrimento individual é, para a psicossociologia, uma forma de pensar o coletivo, o social, e nesse caso, a dinâmica da instituição hospitalar. Assim, procuramos analisar os processos psíquicos de sofrimento e adoecimento sob o diagnóstico de ansiedade e depressão, como processos inconsciente e imaginários que tratam não somente de uma vivência individual mas também como parte da cena hospitalar.

A tese está estruturada em seis capítulos. O capítulo 1, “A reestruturação produtiva e o processo de trabalho em saúde”, apresenta os conceitos que permitem a análise das mudanças nas relações de trabalho ao longo dos séculos, colocando em destaque o trabalho no setor de serviços, como são os serviços de saúde hospitalar – campo de práticas postas em análise por esse estudo. Além disso, discorre sobre as características da força de trabalho em saúde analisadas em suas práticas nos serviços de saúde.

O capítulo 2, “O hospital e a gestão hospitalar pública no Brasil”, faz um percurso histórico sobre o nascimento do hospital, analisa o hospital contemporâneo como campo de práticas e as relações entre as diferentes categorias profissionais e especialidades. Em seguida, analisa a gestão pública dos hospitais, em especial focando na gestão do poder nos serviços hospitalares.

O capítulo 3, “O serviço público federal em hospitais”, direciona a análise para a escolha pela carreira pública em saúde pelos profissionais, a reforma de Estado e seu impacto na gestão do poder nas unidades hospitalares, em especial considerando o serviço público federal. Apresenta a Política de Saúde voltada para os servidores públicos federais, possibilitando uma maior compreensão do setor de Perícia e de Saúde do Trabalhador no âmbito federal, isto porque a tese está circunscrita a vivência dos profissionais de saúde, servidores públicos federais, afastados pela Perícia Médica por ansiedade e/ou depressão.

No capítulo 4, “Clínica do trabalho: interfaces entre saúde mental e trabalho hospitalar”, é apresentado o campo da saúde mental e trabalho e os diferentes aportes teórico-

metodológicos da clínica do trabalho que nos serviu para compreender a vivência de prazer e sofrimento no trabalho pelos profissionais de saúde. E colocou em destaque a licença de saúde por ansiedade e/ou depressão como um analisador individual e coletivo do processo de trabalho hospitalar.

O capítulo 5, “História de vida laboral: os caminhos da investigação”, a partir do aporte teórico da psicossociologia, apresenta a metodologia de *história de vida laboral*, e as etapas de construção e realização da tese. Apresenta as sínteses das histórias de vida laboral dos profissionais entrevistados pela pesquisa, bem como os quadros resumos dos dados pessoais, profissionais e das licenças desses profissionais.

O capítulo 6, “Análise das narrativas”, estrutura as análises das narrativas dos entrevistados compondo uma interpretação dos dados e da licença psiquiátrica em profissionais de saúde estruturada como uma composição integrada de 6 dimensões sócio-clínicas, que somente produzem sentido quando associadas – Dimensão de fragilidade psicossocial; Dimensão da hierarquia no trabalho hospitalar; Dimensão da perda o ato-poder sobre o trabalho; Dimensão do sofrimento ético-político; Dimensão de tentativa de regulação do sofrimento; e Dimensão de religação de uma nova condição de trabalhador.

A tese é um convite a pensarmos o hospital, a riqueza de suas práticas, os desafios postos aos profissionais, os campos relacionais que unem pacientes, familiares, profissionais de saúde, técnicos de saúde e gestores em torno da assistência e das políticas públicas de saúde. É um convite também a pensarmos os afetos e os sentimentos potentes ou não desencadeados no cotidiano do trabalho hospitalar.

CAPÍTULO 1 A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

“Ocorreu-me certa vez o pensamento de que se alguém quisesse arruinar e destruir totalmente um homem, infringindo-lhe o castigo mais terrível, algo que fizesse tremer o mais cruel assassino e o levasse a se encolher por antecipação, bastaria obrigá-lo a dedicar-se a um trabalho absolutamente desprovido de utilidade e sentido.”

Fiódor Dostoievski



Figura 2 - Operários (1933)
Tarsila do Amaral

A virada do século XX para o século XXI se caracterizou pelas transformações sociais decorrentes dos avanços e crises do capitalismo industrial no mundo e pela mudança nos modos de produção e relações de trabalho. As principais alterações estão relacionadas às inovações dos processos produtivos, ao desenvolvimento científico e tecnológico e às novas formas de gestão do trabalho, que alcançaram todos os setores da produção na sociedade.

O setor saúde também foi alvo de inúmeras transformações em seu processo de trabalho. Dentre as quais, o impacto sobre a saúde do profissional deste setor. A fim de compreendermos esse processo, analisaremos, neste primeiro capítulo, alguns macro-conceitos que nos parecem úteis à compreensão das mudanças no setor saúde e sua relação com o objeto da tese. Tais macro-conceitos são: Trabalho; Reestruturação Produtiva; Modos de Gestão; Trabalho no Setor de Serviços ou Terciário, Processo de Trabalho em Saúde e Força de Trabalho em Saúde.

Nosso primeiro aporte teórico será a clássica conceituação de Marx em 1876 sobre o trabalho.¹

¹ MARX, K. O Capital: Crítica da Economia Política. Livro 1. Vol I. 13a edição, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil,

Um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (MARX, 1989, p.202).

No ato produtivo, o homem se apropria da natureza e a modifica. Cria “valor-de-uso” através do trabalho concretamente realizado e transforma a si mesmo a partir de sua atividade e da possibilidade de responder às necessidades humanas. Ao mesmo tempo, com o avanço do capitalismo, o trabalho concreto cede lugar ao trabalho abstrato e produz o “valor-de-troca”, ou seja, o valor que o produto do trabalho adquire enquanto mercadoria disponível no mercado, em contraposição às demais mercadorias e seus diversos usos.

Vemos pela análise marxista que o trabalho no capitalismo perde sua dimensão de produção do ser social e dá origem ao ato produtivo alienado. O homem deixa de produzir aquilo que satisfaz as necessidades humanas e passa a responder às demandas do capital. O produto do seu trabalho passa a ser um objeto que não lhe pertence e no qual não se reconhece, fazendo surgir a dimensão de trabalho abstrato no qual o trabalhador torna-se alienado do sentido do seu trabalho. Ao conjunto de mudanças do processo de trabalho no capitalismo chamamos reestruturação produtiva.

A reestruturação produtiva é a história da organização do trabalho pós-industrialização e do desenvolvimento tecnológico voltado para a acumulação capitalista. Compreendeu diversos ciclos de avanços e crises marcadas pelas mudanças tecnológicas, modos de organização do trabalho e da produção, formas de controle, modos de qualificação do trabalhador, função dos sindicatos e papel do Estado e reflete ao mesmo tempo a história do sofrimento dos trabalhadores. (MERLO; LAPIS, 2007).

A primeira Revolução Industrial se deu em meados do século XVIII, na Inglaterra, e reuniu os trabalhadores em fábricas por questões técnicas e também organizacionais. A lógica de trabalho fabril serviu aos interesses de controle e hierarquia do capital e determinou uma forma de disciplinarização da mão-de-obra trabalhadora. Assim, aquele artesão que interferia em todas as etapas do seu processo produtivo, revelando grande identificação com o produto do seu trabalho e resultados obtidos, dá lugar ao operário fabril, o trabalhador do capitalismo.

Marglin (1989) afirma que

[...] a origem e o sucesso da fábrica não se explicam por uma superioridade tecnológica, mas pelo fato dela despojar o operário de qualquer controle e de dar ao capitalista o poder de prescrever a natureza do trabalho e a quantidade a produzir. A

partir disso, o operário não é livre para decidir como e quanto quer trabalhar para produzir o que lhe é necessário; mas é preciso que ele escolha trabalhar nas condições do patrão ou não trabalhar; o que não lhe deixa nenhuma escolha. (MARGLIN, 1989, p.41).

O conhecimento que o trabalhador tinha sobre o conteúdo do seu trabalho, o seu saber-fazer passa a ser expropriado e, simultaneamente, aprofunda-se a divisão do trabalho. No curso das mudanças no processo de produção capitalista podemos observar que o trabalhador perdeu progressivamente o controle sobre si em relação ao seu próprio trabalho, sendo este determinado pelas hierarquias e pelo mercado do capital.

A segunda Revolução Industrial, no final do século XIX e início do século XX, deu-se nos EUA, período em que a eletricidade passou a fazer parte do cenário das cidades e a alimentar o motor das fábricas. Vê-se, assim, emergir também um novo modo de organização: a Administração Científica do Trabalho e a produção em série.

O Taylorismo e a Organização Científica do Trabalho (OCT) exerceram um papel fundamental para o controle e disciplina do trabalhador fabril através da rígida especialização das tarefas e da racionalização da produção. Desenvolveu métodos de organização do processo de trabalho através da mecanização da produção; propunha transferir o saber do trabalhador para o saber definido pela máquina; estudou-se os tempos e movimentos do trabalhador, buscando o modo ideal de se executar a tarefa e com menor tempo gasto. Com isso, aprofunda-se a separação entre concepção e execução do trabalho, cabendo ao trabalhador, a priori, a execução daquilo que foi prescrito e determinado pelo especialista do trabalho. Consolidava-se uma tentativa de separação entre o saber e o fazer, entre planejamento e execução, entre o trabalho manual dos operários e o trabalho intelectual das gerências.

O trabalho é transformado em atividade fragmentada, repetitiva e sem sentido, num franco processo de expropriação e controle da capacidade criativa do trabalhador, campo fértil para o sofrimento e adoecimento do mesmo. Segundo Merlo; Lapis (2007, p.63), “a fragmentação da tarefa tal qual instaurada pelo taylorismo, exige respostas fortemente personalizadas, que direcionam, prioritariamente para dois sofrimentos provocados pelo trabalho: o medo e a monotonia”. Os autores descrevem que, a partir de 1910, os princípios e métodos utilizados pelo também americano Henry Ford se associam a organização taylorista do trabalho. Ford cria a esteira rolante, cujas peças desfilavam em frente aos trabalhadores, que então organizados para trabalhar, lado a lado, na linha de montagem, realizam tarefas individuais sucessivas numa cadência regular, intensificando a divisão e fragmentação do

trabalho. Os trabalhadores seguem o ritmo automático, a cadência das máquinas e executam o mesmo movimento em uma linha de montagem, desencadeando processos de adoecimento característicos.

O modelo taylorista/fordista de organização do trabalho perdurou até meados dos anos 70. Então, a crise do capitalismo resultou em modificações na organização da produção. Viu-se fortalecer aqueles modelos considerados mais flexíveis para as novas exigências do capitalismo, frente a um mercado cada vez mais globalizado.

Nesse cenário, o modelo japonês de gestão conhecido como toyotismo (já que a Toyota foi a primeira empresa a implementá-lo) aparece como um novo sistema de organização, desenvolvimento e competitividade industrial. Surge a Terceira Revolução Tecnológica possibilitada pelo avanço da microeletrônica e fundada na diversificação de operações e na exigência de maior envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa.

As características principais do toyotismo podem ser observadas na produção variada, conduzida pela demanda e pelo consumo; produção flexível, com polivalência do trabalhador que pode operar várias máquinas; incentivo ao trabalho em equipe, ao contrário do trabalho fragmentado do fordismo; horizontalização em oposição à verticalização fordista, através do reconhecimento do saber do operário; intensificação e flexibilidade dos trabalhadores no que se refere as horas extras, trabalho temporário e subcontratação. (MERLO; LAPIS, 2007).

O trabalhador do toyotismo é mais escolarizado, com raciocínio lógico, com capacidade de relacionamento interpessoal, com capacidade de operar equipamentos diversificados e complexos, motivado para o trabalho, participativo e colaborador com os objetivos da empresa. Ao contrário do operário taylorista-fordista que realizava tarefas altamente simplificadas, o trabalhador do toyotismo é altamente qualificado. Vê-se assim que o toyotismo mantém as formas de exploração do trabalho do taylorismo-fordismo e amplia as formas subjetivas de exploração.

Nas palavras de Antunes (1999),

O taylorismo e o fordismo tinham uma concepção muito linear, onde a Gerência Científica elaborava e o trabalhador manual executava. O toyotismo percebeu, entretanto, que o saber intelectual do trabalho é muito maior do que o fordismo e taylorismo imaginavam, e que era preciso deixar que o saber intelectual do trabalhador florescesse e fosse também ele apropriado pelo capital. (ANTUNES, 1999, p.206).

As formas rígidas de controle características do taylorismo/fordismo são substituídas por lideranças motivadoras, o próprio grupo passa a exercer o controle sobre os indivíduos e

passam a coexistir distintos modos de gestão dos processos de trabalho. São esses modos de gestão que se articulam e que estão na base da problemática da saúde no trabalho. Segundo Chanlat (1996), esses modos de gestão podem ser entendidos como

[...]o estabelecimento das condições de trabalho, a organização do trabalho, a natureza das relações hierarquizadas, os tipos de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas em matéria de gestão do pessoal e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que os inspiram. (CHANLAT, 1996, p. 119).

O autor os classifica como: modo de gestão tayloriano e neotayloriano, modos de gestão tecnoburocrática, modo de gestão baseado na “excelência” e o modo de gestão participativo. Consideramos que esses modos de gestão estão presentes nos processos de trabalho contemporâneos de forma articulada e mais ou menos prevalentes em alguns setores da produção. E nos servem a pensar como os modos de gestão estão relacionados e também inauguram processos de saúde, sofrimento e doença no trabalho.

O modo de gestão tayloriano e o neotayloriano qualificam processos de trabalho fragmentados, tarefas repetitivas, remuneração dada por rendimento, rigidez de horários, direito de expressão reduzida, divisão entre concepção e execução do trabalho e sistemas de controle bem definidos. (CHANLAT, 1996, p.119). Nesse cenário, o trabalhador é tomado como um apêndice da máquina, é motivado por questões de ordem econômica e o trabalho se apresenta como processo desprovido de sentido. As tarefas repetitivas e monótonas, a pressão de tempo, a carga física e mental, a falta de autonomia e o trabalho extra são os responsáveis por numerosos problemas de saúde física e mental.

O modo de gestão tecnoburocrático se caracteriza pela forte divisão do trabalho, pelas hierarquias, pela regulamentação escrita e com grande destaque dado ao conhecimento dos especialistas e técnicos, em oposição a pouca autonomia e expressão dos trabalhadores, que se encontram “submetidos ao império da norma”. Nesse modo de gestão, a rigidez normativa dificulta que o trabalhador responda ao inesperado, pois precisa ater-se a avaliação e prescrição dos peritos. O que associado a questões orçamentárias e a desvalorização de certas categorias profissionais na atualidade faz com que os profissionais, com frequência, sejam obrigados “a transgredir com uma mensagem contraditória, difícil de superar, a saber, fazer bem o que se tem que fazer ainda que impedido de fazê-lo.” (CHANLAT, 1996, p.119).

O modo de gestão por excelência ou qualidade total privilegia a busca do êxito, a adaptação às condições adversas do trabalho, o esforço individual em prol do trabalho

coletivo, a autonomia e a responsabilização maiores do trabalhador, que está inserido numa política de recompensas materiais e simbólicas e num sistema hierárquico mais flexível. O trabalhador se apresenta como a serviço da organização do trabalho, numa “adesão passional” a este. (CHANLAT, 1996, p.121) .

Segundo Lacaz (2000, p. 158), a temática da qualidade de vida no trabalho ganha destaque a partir dos anos 70. A organização do trabalho de molde taylorista/fordista esgota-se pelo aumento do absenteísmo, da insatisfação no trabalho, pela não adesão dos trabalhadores às metas definidas pela gerência. Então, o modelo japonês se torna o novo paradigma de organização do trabalho, na tentativa de superar tais dificuldades. Em 1976, com o Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), tem-se uma iniciativa cujo objetivo é a melhoria da qualidade geral de vida do trabalhador, que não poderia ser barrada no portão das fábricas, além de defender uma maior participação destes nos processos decisórios relativos à sua vida e atividade de trabalho. Em 1979, a Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolve programas especiais de saúde dos trabalhadores, visando melhorias nas condições da qualidade de vida e trabalho nos países em desenvolvimento. Desse processo decorre um movimento pela defesa de uma gestão participativa real, com canais coletivos de negociação.

No caso do Brasil, os Programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) têm envolvido mecanismos de controle subjetivo do trabalhador que visam introjetar as normas e metas da empresa, além de levar ao controle da vida extraprofissional, que também é posta a serviço da empresa, num movimento abertamente manipulatório.

Por fim, Chanlat (1996, p.123) dá destaque ao modo de gestão participativo que prima pela participação do trabalhador em diversos níveis da gestão sendo este considerado como responsável e autônomo para a realização de seu trabalho e integrado à gestão global. Nesse modo de gestão encontram-se as experiências de reestruturação das tarefas, modificações das técnicas de produção e as formas de co-gestão sindical-patronal, além de formas de reconhecimento do saber e da experiência adquirida pelo trabalhador, da criação de espaço de palavra e de responsabilização que convergem para um melhor clima de trabalho e para a saúde e segurança no trabalho.

Em todos os modos de gestão observamos uma construção social decorrente da forma como o trabalho, face a reestruturação produtiva, se estrutura histórica, política e economicamente. Quanto aos processos de sofrimento e adoecimento no trabalho,

consideramos que os trabalhadores também adoecem em relação aos modos de gestão nos quais estão inseridos e a partir da forma como os processos de trabalho se estruturam em cada um desses modos de gestão, deflagrando processos de prazer, sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.

Consideramos que o trabalho hospitalar, contexto de análise desta tese, conjuga em sua dinâmica de gestão as características do processo de trabalho fragmentado e repetitivo do modo de gestão tayloriano ou neotayloriano. Sustenta-se no seu cotidiano em hierarquias entre as categorias profissionais que definem o modo de gestão tecnoburocrático. Desenvolvem projetos de excelência, como o da Acreditação Hospitalar, dentro de um perfil de gestão de excelência ou qualidade total. Por fim, também conjugam iniciativas como a Política Nacional de Humanização (PNH), que procura oferecer ao profissional um papel protagonista na melhoria da assistência, o que caracteriza o modo de gestão participativo. A integração desses diferentes modos de gestão numa única organização, ao nosso ver, aponta para a complexidade das relações que se estabelecem entre os profissionais e o hospital. É tal complexidade que se vê refletida nos processos de prazer e sofrimento deflagrados no trabalho hospitalar.

Ainda nesse contexto, Merhy, E.; Franco, T.B. (2009)² analisam o processo de reestruturação produtiva em saúde, recuperando de Marx a concepção de trabalho vivo e trabalho morto, e afirmam que esta “é a resultante de mudanças no modo de produzir o cuidado, geradas a partir de inovações nos sistemas produtivos de saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais.”

O movimento que deflagra o processo de reestruturação produtiva em saúde não é homogêneo e os vários atores que compõem o cenário da saúde disputam interesses distintos, dentre esses, corporativos, burocráticos, políticos, de mercado e uma disputa importante no que se refere aos distintos modos de cuidar e fazer saúde.

No processo de reestruturação produtiva em saúde, o modelo tecnológico se impõe nos diferentes dispositivos de mudança do processo de produção da saúde, e o lugar hegemônico é dado ao “trabalho morto”, “uma prática centrada na produção profissional de procedimentos duros, dependentes de equipamentos e máquinas e que tem se tornado um fim em si próprio”. Ainda que se possa mencionar também a coexistência de uma outra prática centrada no “trabalho vivo em ato”, “que pode direcionar-se pela centralidade nos atos de

² Dicionário de educação profissional em saúde, 2009. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/reeprosau.html.

produção de vínculos, acolhimento, atos de fala, em função da finalidade de cuidar do outro e responder ao mundo acerca de suas necessidades de saúde.” (MERHY; FRANCO, 2009).

As mudanças no processo produtivo em saúde são percebidas na utilização dessas novas tecnologias de cuidado, na forma como o trabalho em saúde é organizado e nas mudanças de atitudes dos profissionais no cuidado que oferecem ao outro. Busca-se instaurar processos de subjetivação que alterem a atitude do profissional de saúde diante da vida do outro, representando uma reestruturação produtiva que pretende impactar a forma como se produz o cuidado.

Nas palavras de Merhy, E.; Franco, T.B. (2009):

Verifica-se que, para além das máquinas e do conhecimento técnico, há algo nuclear no trabalho em saúde, que são as relações entre os sujeitos e o agir cotidiano destes. Essa permanente atuação no cenário de produção da saúde configura, então, a ‘micropolítica do trabalho vivo em ato’. Trata-se sobretudo do reconhecimento de que o espaço onde se produz saúde é um lugar onde se realizam também os desejos e a intersubjetividade, que estruturam a ação dos sujeitos trabalhador e usuário, individual e coletivo. É onde o tipo de trabalhador e de coletivos de trabalho fazem a diferença, pois fazem de suas liberdades micropolíticas formas de ação ético-político direcionadas. E, assim, conforme compreendem o que é o outro, modificam seus modos tecnológicos de construir o cuidado, intervindo nas formas de uso de suas ferramentas, conhecimento e equipamentos. (MERHY, E.; FRANCO, T.B, 2009).

Prosseguindo nas análises desses autores, é oportuno atentar para o fato de que essa transição tecnológica na saúde também é de interesse do capital financeiro. Este, ao valorizar as tecnologias leves³ na gestão dos processos de cuidado, não pretende reforçar processos produtivos de cuidar que respondam as necessidades de saúde individuais e coletivas, mas, ao contrário, busca controlar e limitar a incorporação de tecnologias duras, a fim de aumentar seus ganhos financeiros. O que vai configurar um outro pólo de disputa no campo da saúde que envolve o complexo médico-industrial e o complexo financeiro da saúde, cujos interesses capitalistas são distintos ainda que ambos se voltem para a produção de capital e não de mais vida. E ainda que defendam o predomínio do trabalho vivo em ato e as tecnologias leves no processo produtivo de cuidado.

³ Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1998) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. (QUALIFICAÇÃO PARA GESTORES DO SUS/EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2009).

É nesse cenário da reestruturação produtiva em saúde que pretendemos compreender o trabalho no setor de serviços ou terciário, mais detidamente nos serviços de saúde, sua dimensão relacional e intersubjetiva e seu impacto na saúde dos profissionais. Nessa direção, concordamos com a análise Azevedo, C.; Sá, M. (2013) quando afirmam que

[...] o modo com os sujeitos responderão às exigências de trabalho psíquico impostas pelo trabalho em saúde depende da articulação de suas histórias individuais com as do conjunto intersubjetivo – do coletivo de trabalho ou das organizações – onde se inserem, condicionando favorável ou desfavoravelmente a produção do cuidado. (AZEVEDO, C; SÁ, M., 2013, p.43).

1.1. O Trabalho no setor de serviços ou terciário e os serviços de saúde

As particularidades e especificidades do setor de serviços têm gerado esforços teóricos e analíticos empreendidos com a finalidade de se formular uma melhor compreensão da heterogeneidade e variedade de atividades que compõem o que englobamos sob o título de “setor de serviços ou terciário” e no qual se inserem os serviços de saúde. No rastro da teoria do valor de Marx (1987, 1994), podemos dizer que as atividades de serviço nas relações capitalistas são produtivas na medida em que agregam valor ao capital, produzem mais-valia e participam da distribuição de bens e da reprodução social, independente dos seus resultados serem tangíveis ou intangíveis.

A relevância dessa discussão está quando observamos as estatísticas em relação ao crescimento desse setor. Segundo Pena, P.G.L.; Minayo-Gomes, C. (2010, p.371), “o setor serviço ou terciário responde atualmente por mais de dois terços do PIB dos países desenvolvidos e, no Brasil, emprega cerca de três quartos da população economicamente ativa”. Esse fenômeno aponta para uma importante transição da sociedade industrial para a sociedade de serviços. Do ponto de vista histórico, ainda segundo os autores, o setor de serviços não resulta de uma revolução, como a que se deu na revolução industrial. Ao contrário, surge insidiosamente desde a antiguidade, com o aparecimento do sistema tributarista de arrecadação forçada de impostos que levou a atividade de serviços também a se organizar na esfera pública e envolver uma grande diversidade de atividades, produtos e processos.

No que concerne a análise do crescimento das atividades do setor de serviços no século passado, Braverman (1981) já argumentava que, nas sociedades capitalistas, o capital vinha penetrando progressivamente nos diversos setores da vida, transformando conhecidas formas de cooperação social, comunitária e familiar em atividades comercializáveis, “criou o

mercado universal e transformou em mercadoria toda a forma de atividade do ser humano, inclusive o que até então as pessoas faziam para si mesmas e não para as outras.” (BRAVERMAN, 1981, p.306).

O impacto crescente do setor de serviços na dinâmica econômica guarda relação com as diferentes compreensões que os autores têm acerca do processo de geração de valor na economia. Na economia atual, a atividade de serviço é tratada como sinônimo de setor terciário e congrega uma série de atividades, produtos e processos. Em virtude da variedade de estruturas de mercado e do crescimento do que se denominava serviço na composição do produto interno bruto dos países e na tentativa de diferenciar o grupo dos serviços dos setores primários e secundários, este passou a ser denominado como setor terciário da economia.

Mills (1979, p.12) agrupa em quatro as atividades do setor terciário, que são essas: as atividades gerenciais nas indústrias, as profissões liberais, que eram antigamente independentes e passaram a trabalhar em instituições, como por exemplo, o médico, as profissões do mundo das vendas e os trabalhadores em escritórios. E essas atividades são, na visão contemporânea, serviços classificados segundo suas características de *fluxo*, *variedade* e *uso intensivo dos recursos humanos* e não a partir somente de seu caráter produtivo e de utilidade, ainda que, como descrevemos também guardem tal característica.

A característica de “fluxo” reflete as propriedades de simultaneidade e de continuidade do processo de prestação de serviço. Segundo Meirelles (2006),

O processo só é disparado quando há a solicitação do usuário, de modo que o serviço acontece sob a forma de fluxo, um fluxo de trabalho contínuo no tempo e no espaço. Esta simultaneidade resulta, por seu turno, em duas propriedades, que são a inestocabilidade e a incomensurabilidade. Não é possível armazenar um serviço, porque ele é consumido tão logo é produzido, daí sua intangibilidade. Sendo inestocável e intangível, o seu resultado é de difícil mensuração. (MEIRELLES, 2006, p.126).

A noção de *simultaneidade* apontada como parte do fluxo do trabalho é considerada como um elemento importante do cenário da pesquisa pois a produção do serviço de saúde se dá no exato momento em que ele é consumido (simultaneidade) e desta característica deriva a outra de inestocabilidade. O produto do serviço é incomensurável e se estabelece a partir de uma relação direta entre trabalhador e consumidor - profissional de saúde e paciente, não se estoca serviço de saúde.

A segunda característica dos serviços é a “variedade” e pode ser observada na diversidade de técnicas produtivas e na margem de lucro das empresas prestadoras de serviço.

A terceira característica é o “uso intenso de recursos humanos”, o que se reflete no fato de que, a despeito do progresso técnico, o recurso humano representa o fator produtivo mais importante no processo de prestação de serviço. O serviço é uma atividade predominantemente interativa e de natureza relacional, dependendo essencialmente de recursos humanos para realizar a interface consumidor/usuário - profissional de saúde/paciente.

Segundo Meirelles (2006), encontramos tanto nos autores clássicos quanto contemporâneos a definição de serviço como *realização de trabalho* e deste derivam-se três premissas:

- 1) Serviço é trabalho na sua acepção ampla e fundamental, podendo ser realizado não só através dos recursos humanos (trabalho humano) como também através das máquinas e equipamentos (trabalho mecânico).
- 2) Serviço é trabalho em processo, ou seja, serviço é trabalho na concepção dinâmica do termo, trabalho em ação.
- 3) Todo serviço é realização de trabalho, mas nem toda realização de trabalho é serviço, ou seja, não existe uma relação biunívoca entre serviço e trabalho. (MEIRELLES, 2006, p.130).

Todo serviço é, portanto, realização de trabalho em processo, garante a reprodução do capital para o setor no qual se aplica e se integra ao sistema econômico amplo. “Serviço é trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho; por esta razão elementar; não se produz um serviço, e sim se presta um serviço.” (MEIRELLES, 2006, p.134). Observa-se aqui a passagem do serviço enquanto produção para o mesmo enquanto prestação.

A prestação de serviço poderá se dar em três níveis distintos, de acordo com o processo econômico no qual se insere. O *processo de transformação* consiste em realizar o trabalho necessário à transformação de insumos e matérias primas em novos produtos. O *processo de troca e circulação* consiste em realizar o trabalho de troca e circulação, seja de pessoas, bens tangíveis e intangíveis, moedas, etc. E o *processo de trabalho puro* que consiste em realizar um trabalho único e exclusivo onde o resultado do trabalho é o próprio trabalho, e para o qual não há, necessariamente, um produto resultante. Os serviços de saúde e educação são um exemplo de processo de trabalho puro. (MEIRELLES, 2006).

A reestruturação produtiva em curso ao longo do século XX, as inovações tecnológicas no âmbito da informática e das telecomunicações, as novas formas de gestão e comercialização já descritas e as mudanças na relação entre produtor e consumidor, reforçam essa compreensão das características do serviço tendo em destaque a intangibilidade, a simultaneidade, a inestocabilidade e a interatividade pessoal entre prestadores e usuários dos serviços. O processo de trabalho puro e essa compreensão das características dos serviços

como presentes também nos serviços de saúde quando analisadas num contexto de reestruturação produtiva, pautada nas inovações tecnológicas, poderá definir padrões particulares de desgaste e risco. Além disso, poderá assumir condições propícias ao adoecimento tanto do trabalhador/profissional de saúde quanto do consumidor dos serviços/paciente. Avançando nessa discussão do trabalho em serviços e dando maior destaque ao trabalho nos serviços de saúde como principal foco de interesse, destacamos com Pires (2000) que,

[...] o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercialização no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. (PIRES, 2000, p.85).

Braveman (1981) se refere ao grupo de trabalhadores que desenvolve suas atividades profissionais no setor de serviços como uma “camada média de emprego” e inclui nesse grupo trabalhadores especializados como enfermeiros, engenheiros, vendedores, administradores dentre outros que estão submetidos a variadas condições de trabalho e que o excedente de mão-de-obra leva tanto a diminuição dos salários como a condições de trabalho piores. O autor aponta que apesar do crescimento dos setores não envolvidos com a produção material, como são os serviços de saúde, não se pode falar de uma mudança na direção de uma nova forma de racionalidade, diferente daquela encontrada nos serviços industriais. Ainda que o trabalhador das atividades de serviços apresentem certa diferenciação salarial que, em parte o afasta da condição econômica proletariada, este “não possui qualquer independência econômica ou ocupacional; é empregado pelo capital e afiliados; não possui acesso algum ao processo de trabalho ou meios de produção fora do emprego e deve renovar seus trabalhos para o capital incessantemente a fim de subsistir.” (BRAVERMAN, 1981, p.341).

No cenário do trabalho na saúde, os médicos detém maior autonomia decisória, maior independência na organização do seu trabalho e não dependem majoritariamente do assalariamento como os demais profissionais dos serviços de saúde. No que se refere aos trabalhadores da enfermagem, serviço social, psicologia, nutrição, entre outros que compõe as “equipes de apoio”, “equipe multiprofissional”, “equipe paramédica”⁴, a maioria dessas

⁴São esses alguns dos termos utilizados nos hospitais para nomear o grupo de profissões e profissionais que desenvolvem suas atividades no hospital, contudo, agrupando-os em relação ao trabalho do médico.

categorias são predominantemente assalariadas e apenas a minoria atua de forma independente, fora de um coletivo institucional e da centralização do trabalho médico.

Segundo Pires (2000),

O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito da trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantêm um certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. (PIRES, 2000, p. 89).

Outro aspecto característico do trabalho nos serviços de saúde é destacado por Campos (1997) quando afirma que o trabalho das equipes de saúde é fortemente influenciado pelo padrão taylorista de produção. O que justifica apontando para os inúmeros protocolos assistenciais, normas administrativas e padronizações técnicas que se traduzem num esforço e crença da gestão dos serviços de saúde de ser possível controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho somente com essas estratégias e sem considerar a dinâmica relacional dessas equipes e serviços.

A hipótese central na análise da saúde do trabalhador no setor de serviço é a relação direta com o cliente ou usuário inserido no processo de trabalho em saúde. Dá-se, geralmente, na forma de uma *co-presença* entre trabalhadores e consumidores, juntos nos ambientes de trabalho e na execução das tarefas. No que concerne a saúde do trabalhador nos serviços de saúde esse aspecto ganha destaque pois o consumidor dos serviços está presente como agente de risco biológico, psíquico e ergonômico, além de ser fonte de carga de trabalho e ambos serem condicionados por variáveis socioculturais. Conforme destaca Pena, P.G.L.; Minayo-Gomes, C. (2010) o objeto de trabalho da ação do serviço tem um estatuto humano e jurídico.

Seres humanos não são fenômenos apenas relacionais com valores econômicos. São, sobretudo produtores de estatutos éticos, culturais, sociais e jurídicos e afetivos; cidadãos incluso nos processos de trabalho no setor serviço que, por decorrência, se constituem parte da análise da saúde do trabalhador. Configura-se uma ordem sociocultural e de direitos e deveres inscrita na análise do trabalho que condiciona a compreensão do espectro de riscos. (PENA, P.G.L., MINAYO-GOMES, C., 2010, p.376).

As práticas de saúde geram produtos que exigem a co-produção no processo de trabalho e que dependem também do consumidor. Os profissionais de saúde fazem

prescrições que dependem dos pacientes para executá-las, em um processo conjunto de co-produção da saúde desejada. Esse aspecto muda qualitativamente os riscos, o desgaste e as condições de trabalho dos trabalhadores e consumidores nos serviços.

Outra característica importante que tem destaque nas práticas de serviços é a gestão emocional como uma reflexão importante no campo da saúde mental no trabalho. A sociologia do trabalho destacou o conceito de *emoção* como inerente ao trabalho no setor serviço, ampliando as possibilidades de análise das relações entre saúde e trabalho. Os prestadores de serviço com frequência precisam se afastar de suas próprias emoções, gerir suas emoções e praticar o esforço emocional somado aos esforços físico e intelectual no trabalho. Essa carga de trabalho emocional seria uma demanda da simultaneidade e co-presença nas atividades de serviço.

Segundo Pena, P.G.L.; Minayo-Gomes, C. (2010),

A gestão da emoção representa a moderação disciplinada dos afetos, estado de ânimo e condutas corporais com a aquisição ou reeducação de hábitos ocasionados pela moderação, exacerbação ou anulação de valores, sentimentos, sensações, perturbações e outras condutas nas relações com o usuário ou cliente. Trata-se, pois, da formação cultural como parte do capital simbólico na valorização da força de trabalho, definida assim por finalidades externas de interesse da empresa, portanto de natureza ocupacional. Em síntese, gerir a emoção significa estabelecer condutas para posturas corporais, linguísticas, estéticas, afetivas e morais presentes no cotidiano do trabalho. (PENA, P.G.L.; MINAYO-GOMES, C., 2010, p.380).

Lhuillier (2006, p.92) vem ainda destacar que o trabalho real aponta para os limites da prescrição, demandando dos profissionais uma forma privilegiada de gestão das subjetividades e a construção social da noção de competência emocional. Tal competência emocional se opera a favor de uma tripla evolução: a adoção da noção de competência em substituição a qualificação e formação presente na gestão de Recursos Humanos; as transformações do tratamento dado às emoções no trabalho e seu deslizamento progressivo da proscricção e do banir das emoções para sua prescrição das emoções no trabalho e, por último, a emergência dessa competência emocional na contemporaneidade como uma resposta ao aumento massivo das atividades ditas de serviço e das relações de serviço nas organizações produtivas que devem ser pensadas e tratadas dentro do modo cliente-prestador.

O reconhecimento das emoções e a perspectiva de sua gestão pôde se desenvolver, segundo Lhuillier (2006), em duas vias paralelas e com um relativa independência entre elas: uma via explicitamente orientada para a gestão das competências emocionais à serviço da performance no trabalho e outra via orientada para as questões da subjetividade e da saúde

psíquica no trabalho. Esta última se ocupa de estudar a gestão das emoções pelos sujeitos, eles próprios frente aos impasses ou às dificuldades encontradas quando os recursos necessários ao trabalho emocional estão omissos.

A carga emocional é produto do encontro singular do sujeito, com suas motivações e desejos conscientes e inconscientes subjacentes ao engajamento no trabalho, e a situação propriamente de trabalho. A carga emocional surge frente ao medo deflagrado em situações profissionais aonde está presente o risco; na imprevisibilidade das urgências que acentuam as dificuldades e na impotência produzida pelo desconforto das responsabilidades associadas ao obstáculo à ação e na confrontação com atividades sujas, impuras, psiquicamente desqualificadas e simbolicamente degradantes e humilhantes.

Lhuilier (2006) sinaliza para o “contágio emocional” que está presente em profissões nas quais a relação de serviço implica na sensibilidade ao sofrimento do outro, na escuta receptiva, na disponibilidade psíquica e onde os mecanismos identificatórios são necessários e também ameaçadores. A ameaça residiria no fato do sofrimento do outro não poder ser dissociado da consciência de próprio sofrimento do profissional, como realidade dolorosa e profundamente humana. Aprender a conviver com o sofrimento, ouvir sem ser capturado, contaminado e aniquilado por ele, é um aprendizado profissional difícil mas indispensável. (LHUILIER, 2006, p.98 e 99).

A autora afirma que o uso sistemático dessa competência emocional sem a existência de modos de gestão coletiva dos processos de trabalho e de expressão e elaboração psíquica dessa carga emocional estariam na origem de desequilíbrios emocionais e patologias genericamente nomeadas como doenças psicossomáticas, e dentre esses estão também os estados de sofrimento psíquico e uma lista de entidades patológicas - neurose, depressão, síndrome da fadiga relacionada ao trabalho, ansiedade e transtornos físicos variados.

A compreensão das diferentes características das atividades no setor serviço e seus potenciais agravos à saúde do trabalhador nos permite dar um passo adiante na análise dos processos de trabalho em saúde e sua relação com a produção de sofrimento e adoecimento dos profissionais de saúde.

1.2. O Processo de Trabalho em Saúde e a força de trabalho em saúde

Optamos na trajetória de construção da tese e de aproximação do objeto de pesquisa resgatar o conceito marxista de trabalho também para entender o processo de trabalho em

saúde e a atividade no setor serviço ou terciário, como assim o fizeram alguns autores importantes da saúde pública: Maria Cecília Ferro Donnângelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, entre outros.

Assim, partindo da teoria marxista do trabalho aplicada ao campo da saúde, Mendes-Gonçalves (1992) analisou e sistematizou a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde e seus aportes para a compreensão e investigação empírica das dimensões sócio-históricas das práticas de saúde e para a reconstrução de saberes e tecnologias no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, articulou em sua teoria os mesmos componentes do trabalho propostos por Marx (1987), *o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes*. Destaca como objeto do trabalho no setor saúde as “necessidades humanas de saúde” e o afirma não natural e tangível, mas sim produzido, recortado pela finalidade.

Nas palavras de Mendes-Gonçalves (1992)

[...] O homem precisa “necessariamente” ter necessidades, referir-se ativamente à natureza, para ser. A objetivação dessa condição dando-se através do trabalho, como forma naturalmente humana de vir a ser, acarreta a consubstancialidade das características do trabalho e das necessidades. Estas não serão nunca “naturais”, como tampouco o é o trabalho; não serão características de um ser natural abstrato, como alimentar-se, por exemplo, mas específicas quanto ao conteúdo e à forma: precisa alimentar-se de um certo modo, comendo coisas específicas e de uma maneira específica, pois só assim se reproduz como ser humano, ser natural sócio-histórico. O conjunto dos objetos específicos que deve consumir e a forma pela qual devem ser consumidos constituem as necessidades que “necessariamente” deve satisfazer para reproduzir-se, o que implica os modos de produzir esses objetos e distribuí-los. (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.25 e 26).

Segundo a Teoria do Processo de Trabalho para que um conjunto de fragmentos da realidade natural humana se constituam em objetos do trabalho em saúde é obrigatório que estejam associados a alguma forma de produto deles passíveis de serem extraíveis, a “*necessidades necessárias*” em processo de constituição/reprodução/re-produção. É preciso que correspondam à necessidades necessárias e não a supostas necessidades naturais, e “nesse sentido, não há nada, rigorosamente nada, que seja sempre, por si mesmo, parte ou substrato de uma necessidade de saúde “geral”. (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.31). O autor defende que tudo aquilo que se constitui em uma necessidade humana de saúde passa por determinações genético-estruturais, dentro do qual o homem vem a ser humano, indivíduo sócio-histórico em sua individualidade e determinando a objetualização das necessidades.

Os processos de trabalho em saúde não contém nenhum objeto “natural” e nenhuma necessidade “natural”, seus objetos e as necessidades que satisfarão, serão sempre social e historicamente determinados. Há, portanto, uma intencionalidade no processo de trabalho em

saúde, um projeto que se almeja alcançar e que direciona a transformação do objeto em um produto, qual seja, um projeto de cuidado e atendimento às necessidades humanas de saúde.

Assim como o objeto do processo de trabalho em saúde não é natural, os instrumentos de trabalho também não são naturais, mas também produzidos historicamente. É possível aos agentes, *profissionais de saúde*, intervir no objeto do trabalho, *o cuidado*, e dirigir sua atividade através de instrumentos materiais – *equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações*, e instrumentos não-materiais – *os saberes*, para cumprir sua finalidade, *o atendimento as necessidades humanas de saúde*.

Segundo Peduzzi; Schraiber (2009)⁵,

[...] o conceito de processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde [...] e neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

O processo de trabalho em saúde é também um processo de mediação entre homem e natureza, como descrito por Marx. Os profissionais atuam sobre as forças da natureza transformando-as em formas úteis à vida e, simultaneamente, transformam a si próprios. O trabalho em saúde produz “valor de uso”, presente no trabalho concreto realizado e que define o sentido qualitativo do produto, qual seja, o atendimento às necessidades humanas de saúde. E o trabalho em saúde também produz “valor de troca”, na medida em que adquire valor como mercadoria colocada no mercado. O que o leva à dimensão de trabalho abstrato ao ser produzido em quantidade, de forma fragmentada e alienando o agente, profissional de saúde, do seu produto que é a assistência, e de si próprio como agente de produção do cuidado.

Mendes-Gonçalves (1994) ao analisar o processo de trabalho em saúde, analisando seus elementos constituintes – objeto, finalidade, instrumentos materiais/imateriais e a atividade humana dos agentes, introduz a categoria “saber operante” como mediadora entre esses elementos. O saber operante significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto que conjuga todas as ações realizadas. Ações que tem como finalidade o atendimento às necessidades humanas de saúde, sentidas pelos usuários e trazidas aos serviços para serem traduzidas e interpretadas pelos profissionais de saúde.

Outro aspecto do processo de trabalho em saúde é apontado por Peduzzi (2002), para o qual o trabalho em saúde configura-se como “trabalho reflexivo”, destinado à prevenção,

⁵ Dicionário de educação profissional em saúde, 2009. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html

manutenção ou restauração de “algo” (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade.

Segundo Peduzzi (2002),

[...] como trabalho reflexivo, o trabalho no setor saúde é dotado de incertezas e descontinuidade, o que acarreta a impossibilidade de normatizar completamente e a priori as funções técnicas e, também, de definir rígidos critérios econômicos de produção. Apesar dessas características, o trabalho em saúde, assim como o trabalho industrial, tem sido gerenciado, predominantemente, nos moldes tayloristas e fordistas, o que implica constantes embates entre as variadas autonomias profissionais e os constrangimentos organizacionais. (PEDUZZI, 2002, p. 83).

A natureza reflexiva do processo de trabalho em saúde não se reflete em modos de gestão que trazem à cena as singularidades que o ato de cuidar e atuar sobre a doença, dor e sofrimento das pessoas traz para o profissional de saúde em seu processo de trabalho cotidiano. A gestão se organiza como se o objeto de trabalho do profissional de saúde pudesse ser pensado dentro de uma lógica material de controle dos corpos, afetos e dos atos daqueles que usam de si no atendimento as necessidades de saúde da sociedade. O cuidado é pensado como algo a ser produzido, como quando falamos de um produto, contudo, o cuidado implica em uma afetação, que move o profissional a colocar de si no encontro com o outro, com tudo o que isso implica. Como coloca Ayres (2001, p.71), “a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude ‘cuidadora’ precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde”.

Mattos (1999) adverte, ainda, que umas das dificuldades dos serviços de saúde é a “passagem do político para o assistencial”, que se expressa na identidade dos atores sociais, nos seus projetos e valores. Para o autor, esses agentes comumente identificam-se por suas inserções no processo de trabalho e não por suas inserções político-ideológicas, o que impõe desafios para a gestão do trabalho no sentido de transformar equipes multiprofissionais em equipes de trabalho (re)criadoras de projetos coletivamente sustentados, sujeitos sociais defensores de certas crenças e valores.

As discussões em torno do processo de trabalho em saúde se referem ao cuidado em saúde, modelos de gestão, modelos assistenciais, divisão e organização do trabalho, uso das tecnologias, trabalho em equipe de saúde e também tratam dos aspectos relacionados a força de trabalho nos serviços de saúde.

Os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas em saúde apontam que o setor de serviços de saúde representa uma importante alternativa para a absorção da força de

trabalho, o que primeiro se dá pelo aumento constante da oferta e demanda do conjunto de serviços de saúde. A força de trabalho em saúde constitui um expressivo contingente de 3% de todos os trabalhadores brasileiros e metade desse número é composto por profissionais com qualificação específica em saúde, ou seja, compõem o quadro de profissionais que atuam nos processos de trabalho em saúde. (NOGUEIRA, 1987, p.333). A composição interna dessa força de trabalho em saúde foi diversificada com a entrada de novas categorias no cenário das práticas em saúde, estão dentre essas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, que se integraram ao contínuo crescimento das especialidades médicas.

Numa avaliação política acerca da expansão da força de trabalho em saúde, Nogueira (1983) destaca alguns problemas no cenário de fortalecimento dos processos de trabalho em saúde que se traduzem em dificuldades macropolíticas e micropolíticas da gestão em saúde. A concentração geográfica e institucional que enfraquece os princípios de universalidade e descentralização do sistema de saúde; a composição da força de trabalho concentrada na categoria médica comprometendo o trabalho em equipe; os baixos níveis de escolaridade formal da força de trabalho em saúde no segmento de profissionais auxiliares; extensão da jornada de trabalho e múltiplas ocupações do pessoal de nível superior; a situação da mulher no mercado de trabalho em saúde que chega a 70% concentrada numa poucas ocupações de nível superior, como psicologia e enfermagem e a segmentação do mercado de trabalho, que significa dizer as condições de compra e venda da força de trabalho são muito variáveis para um mesmo tipo de qualificação profissional e mesma atividade exigida.

Ainda assim, o setor saúde continua absorvendo proporções crescentes de força de trabalho. Nogueira (1983) sinaliza com algumas explicações para esse fenômeno:

- [...]a) a despeito do acentuado dinamismo tecnológico, o setor é essencialmente de trabalho intensivo;
- b) muitas das inovações tecnológicas implicam não mudanças no método de prestação de um dado serviço, mas a introdução de um novo serviço que se soma aos anteriores e exige pessoal adicional para sua prestação;
- c) o incremento da produtividade do trabalho depende, sobretudo, de uma combinação adequada entre vários tipos de profissionais;
- d) ao pessoal de nível superior e, principalmente, aos médicos são atribuídas as funções mais complexas, envolvendo a gerência administrativa e o comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normalização e supervisão;
- e) as funções mais fáceis, ou simples, ficam com o pessoal auxiliar, que as executam em cumprimento a normas de trabalho mais ou menos rígidas;
- f) em algumas áreas, as forças produtivas da ciência e da tecnologia atuam no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas limitados a uns poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos. (NOGUEIRA, 1983, p.65).

Segundo Nogueira (1983) a força de trabalho em saúde se organiza como trabalho coletivo a partir de uma divisão técnica do trabalho, não do tipo fabril, mas manufatureiro. Ou seja, o processo de trabalho em saúde é organizado em tarefas isoladas e sua integração é feita através de uma hierarquia de profissionais, o fundamento da produtividade do setor, ainda que permaneça dependente do conhecimento e destreza do trabalhador/profissional.

Assim como o é na manufatura, existe uma atribuição de operações mais difíceis ou complexas ao pessoal de maior nível de qualificação e aquelas mais fáceis ou simples são direcionadas ao pessoal menos qualificado, cuja força de trabalho tem um custo menor, poupando a compra de trabalho qualificado. Assim, o autor analisa que sob o rótulo de “delegação de funções” é possível uma racionalização da assistência e dos processos de trabalho em saúde. “O trabalho passa a dar-se com base na gerência técnico-administrativa de certos profissionais de nível superior, que cumprem funções de maior complexidade, ao mesmo tempo em que controlam, pela prescrição de normas e supervisão, o desempenho dos agentes subalternos.” (NOGUEIRA, 1983, p.83).

É certo que esse cenário da força de trabalho em saúde vêm sendo discutido e enfrentado desde sua análise em 1983, mas trazê-lo, em alguma medida, também nos permite perceber que ainda há muito por ser feito, uma vez que vários aspectos apontados pelo autor permanecem atuais e desafiando a gestão em saúde.

Por fim, consideramos que esse percurso de análise da reestruturação produtiva em saúde e seu impacto nos processos de trabalho nos serviços de saúde nos serve para discutir o quanto as tensões existentes nas relações entre os diversos atores sociais presentes no hospital podem ser potencializadoras de sofrimento psíquico e mesmo do adoecimento mental. Isso porque, os processos atuais no interior dos serviços de saúde produzem tensões próprias aos atos produtivos em saúde. Essa tensão pode ser observada no confronto entre o cuidado entendido como realização de procedimentos e o cuidado como compromisso com o atendimento as necessidade dos pacientes. Ou ainda, essa tensão se faz presente nas diferentes lógicas de produção e gerenciamento dos atos de saúde nos distintos grupos de trabalhadores e na forma como estruturam as intervenções junto ao paciente, sem que muitas vezes as ações sejam integradas e unificadas em torno do paciente. Nas palavras de Merhy (2003),

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela. (MERHY, E.; FRANCO, T.F., 2003).

Entendemos que o sofrimento psíquico no trabalho tem íntima relação com a impossibilidade dos profissionais questionarem e se interrogarem sobre as tensões e os conflitos produzidos no processo de trabalho em saúde, impedindo a construção de novos e singulares modos de realizar o trabalho, que se reflitam em modos de cuidado ao paciente. São esses processos macro e micropolíticos do trabalho em saúde que precisam ser incorporados na análise do sofrimento psíquico no trabalho, ultrapassando sua análise restrita a vivência individual do profissional.

Os referenciais teóricos desse capítulo nos servirão de apoio para as análises das narrativas de sofrimento dos profissionais entrevistados e nos dão suporte para nossa proposição de que uma das dimensões da licença psiquiátrica em profissionais de saúde que trabalham em hospitais trata do sofrimento ético-político.

Capítulo 2

O HOSPITAL E A GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA NO BRASIL

“A morte recuou e trocou a casa pelo hospital: está ausente no mundo familiar do dia-a-dia. O homem de hoje, como consequência de não a ver suficientes vezes e de perto, esqueceu-a: ela tornou-se selvagem e, a despeito do aparelho científico que a envolve, perturba mais o hospital – lugar da razão e da ordem – do que o quarto da casa, sede dos hábitos da vida cotidiana.”

Philippe Ariès, 1978.



Figura 3 - Ciência e Caridade (1987)
Pablo Picasso

Neste capítulo ampliaremos a discussão do processo de trabalho em saúde a partir de uma reflexão histórica sobre a hegemonia do hospital na formação do modelo assistencial de saúde e a organização de suas práticas, de modo a avançarmos na compreensão do processo de sofrimento psíquico e adoecimento mental dos profissionais que nele atuam.

Até a Idade Média existia uma prática de saúde que era exercida por religiosos e outra exercida por leigos. Os religiosos eram os físicos, filósofos, intelectuais e práticos diversos e suas ações tinham um caráter profissional e religioso. Os físicos eram os médicos clínicos que tinham um conhecimento tanto religioso quanto metafísico, adquiridos nos mosteiros e depois do século X nas Universidades e a partir desses conhecimentos eram capazes de justificar a ordem social e explicar as doenças, respeitando os princípios apresentados pelo Cristianismo.

O fenômeno da saúde-doença tem uma interpretação religiosa – castigo divino – e aparece associada a teoria dos humores e as determinações ambientais. Os físicos – médicos clínicos, atendiam a aristocracia e detinham o saber mais valorizado de base intelectual, sem envolver procedimentos manuais. O atendimento aos pobres era feito pelos religiosos em suas diversas especializações e pelos práticos. Numa sociedade dominada pelo Cristianismo, vê-se,

como aponta Pires (2008) que,

[...] a medicina clínica tinha esse caráter intelectual, articulado e formado segundo o pensamento dominante, sendo considerado socialmente superior ao trabalho desenvolvido pelos cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, boticários, dentistas e outros. As faculdades médicas assumem não só a função de aparelho formador, mas também, determinam as regras para a profissionalização e exercício da prática de todos os outros ofícios relacionados ao trabalho em saúde, como os cirurgiões, os dentistas e boticários. (PIRES, 2008, p. 83).

Vemos se desenhar a primeira divisão social do trabalho em saúde, na qual os cirurgiões, dentistas e boticários passam a subordinar seu campo de atividades às regras estabelecidas pela corporação dos médicos clínicos. Para tornar esse controle ainda mais efetivo, as práticas assistenciais em saúde precisavam ser realizadas em um mesmo espaço físico – o hospital ou unidade ambulatorial, em substituição ao atendimento que era feito até então, prioritariamente, no domicílio do paciente. Esses hospitais e serviços ambulatoriais tinham um caráter essencialmente religioso e a assistência era prioritariamente espiritual, uma oportunidade do paciente ter a redenção de seus pecados e a salvação de sua alma e somente, pontualmente, os médicos clínicos realizavam algum atendimento.

Na Idade Média, a atividade dos médicos se voltava para a demanda dos doentes e suas doenças, apesar do resultado de suas práticas terapêuticas serem nulas. No século XVIII, a medicina começa a levar em conta outros campos além da doença e deixa de ser essencialmente clínica para ser social. A consolidação da autoridade médica tem como consequência não somente a autoridade de um saber, o saber médico, mas uma autoridade social que poderá intervir, e o faz, no nível das cidades, das instituições, criando regulamentos e campos de intervenção da medicina que não se restringem a doença. O ar, a água, as construções, os terrenos, os esgotos, tudo é tomado como objeto da autoridade médica.

O período da Segunda Guerra Mundial é apontado por Foucault (2010) como fundamental para entendermos a consolidação do ideal de direito à saúde, a boa saúde, conferindo a medicina um estatuto de grande importância para o Estado. O Plano Beveridge elaborado na Inglaterra e seguido em muitos outros países serviu de modelo à organização da saúde. O Estado passa, então, a encarregar-se da saúde dos homens, “o conceito de indivíduo em boa saúde para o Estado é substituído pelo de Estado para o indivíduo em boa saúde.” (FOUCAULT, 2010, p. 168). Além dessa preocupação do Estado, no século XIX surge uma moral do corpo que através de uma vasta literatura sobre saúde determina a obrigação dos indivíduos de garantir sua saúde.

Enfim, no século XX surge um outro conceito, o direito de estar doente, o que

interessa de perto nesta tese. “O direito de interromper o trabalho começa a tomar corpo e é mais importante do que a antiga obrigação da limpeza que caracterizava a relação moral dos indivíduos com seus corpos.” (FOUCAULT, 2010, p. 169).

Com o Plano Beveridge, “*a saúde entra no campo da macroeconomia*”, e a obrigação do Estado com a garantia da saúde dos indivíduos começa a ser discutida em termos de despesas, custo da interrupção do trabalho e a impossibilidade das Caixas de Pensões e seguros garantirem o pagamento dos custos da saúde. Sendo assim, a saúde transforma-se em despesa independentemente do seu sistema de financiamento pelo Estado e também objeto de luta política. Foucault toma o Plano Beveridge (1940-1950) como uma referência simbólica para o “nascimento desse novo direito, dessa nova moral, dessa nova política, dessa nova economia do corpo.” (FOUCAULT, 2010, p. 169).

Nessa nova economia do corpo, a medicina assume suas funções modernas mediante a estatização que a caracteriza e o progresso da tecnologia médica, principalmente com o uso dos antibióticos. A medicina se apresenta então não como atividade de tipo individual – do doente com seu médico, ao contrário, ela é, desde o século XVIII, uma atividade social. Como aponta Foucault (2010),

[...]A medicina foi sempre uma prática social e o que não existe é a medicina não-social, a medicina individualista, clínica, do colóquio singular, apenas um mito mediante o qual se defendeu e justificou certa forma de prática social da medicina: o exercício privado da profissão. (FOUCAULT, 2010, p.172).

No século XX a medicina passa a funcionar fora do campo definido pela demanda do doente, seu sofrimento, sintomas, queixas e passa a definir suas práticas por outro objeto: as doenças. Essa mudança outorga um estatuto médico à demanda e assim se define o domínio próprio da medicina, o nascimento da clínica. A medicina deixa de atender propriamente a demanda do doente e se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade. A medicina inventa uma sociedade não da lei mas da norma e inaugura uma incessante busca por distinguir o que é normal e o que é patológico. Como afirma Machado et al (1978),

O conhecimento de uma etiologia social da doença corresponde ao esquadramento do espaço da sociedade com o objetivo de localizar e transformar objetos e elementos responsáveis pela deterioração do estado de saúde das populações. Projeto, portanto, de prevenção, isto é, ação contra a doença antes mesmo que ela ecloda, visando a impedir seu aparecimento.(...) Um tipo de medicina que procurou estabelecer e justificar sua presença na sociedade, através sobretudo da higiene pública.” (MACHADO et al, 1978, p.18).

Outro aspecto a se destacar a partir da leitura de Foucault (2010) é a “economia política da medicina” uma medicina característica da sociedade capitalista. A medicina e a saúde desde o século XVIII sempre foi apresentada como um problema econômico, contudo, ela se vincula aos grandes problemas econômicos de uma forma diferente do tradicional. Se antes a medicina era convidada a atuar e intervir oferecendo a sociedade indivíduos fortes, assegurando a constância da força de trabalho na produção, a medicina moderna, em sua economia política, passa a ser “um instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho para o funcionamento da sociedade moderna.” (FOUCAULT, 2010, p.188). A medicina passa então a não somente reproduzir a força de trabalho, mas pode produzir riqueza na medida que constitui objeto de consumo e de lucro. O corpo humano entra no mercado através do consumo de saúde:

[...]O corpo humano se introduz duas vezes no mercado: a primeira através do assalariado, quando o homem vendeu sua força de trabalho, e a segunda por intermédio da saúde. O corpo humano, portanto, entra novamente em um mercado econômico enquanto suscetível às doenças e à saúde, ao bem-estar e ao mal-estar, à alegria ou ao sofrimento; na medida em que é a sede de sensações, desejos, etc.. (FOUCAULT, 2010, p.188).

O consumo médico então é apropriado pelo sistema capitalista, produzindo grandes desigualdades frente a doença e a morte, uma vez que a saúde passa a ser um produto a ser consumido no mercado. O direito à saúde no mercado capitalista se converte em desigualdade. O financiamento social da medicina, o lucro derivado da saúde não se restringe a remuneração médica. Ao contrário, os grandes lucros vão para o mercado farmacêutico e suas empresas que se sustentam pelo financiamento coletivo da saúde e da doença.

Damos especial destaque ao hospital, esse “aparelho de medicalização coletiva” como denomina Foucault, que antes do século XVIII era uma instituição voltada para a assistência aos pobres que estavam para morrer e que se transmuta pela autoridade dada a medicina em instituição de medicalização, administração médica com classificação, comparação, registro de dados e estabelecimento de estatísticas sobre o doente e as doenças. A força de trabalho em saúde só faz sentido a partir da criação do hospital e da organização da saúde pública. Trata-se de ordenar um espaço que antes não tinha ordem, algo que a medicina poderia fazer, já que o tinha feito nas cidades através do ordenamento do espaço urbano, com a higiene das cidades. O ordenamento também do espaço hospitalar cria condições para o nascimento da clínica e as relações de poder que se constroem no hospital de várias formas: nas normas, na autoridade médica, nas disputas e nas hierarquias profissionais que atravessam a questão do

trabalho hospitalar. Essas relações de poder que não são produzidas pelo capitalismo moderno, mas das quais o sistema capitalista se serve para se fortalecer.

Dada a importância do hospital no fortalecimento da autoridade médica, da estruturação da saúde pública e da organização da força de trabalho em saúde, trataremos mais detidamente nesse capítulo das práticas assistenciais em saúde desenvolvidas no hospital. Além disso, nesse mesmo capítulo pretendemos analisar o contexto social no qual as práticas gerenciais ganham destaque inclusive no serviço público – trazendo para o contexto da análise o processo da Reforma de Estado no Brasil e o novo modelo de administração pública gerencial. Para, enfim, discutir as formas de gestão dos hospitais públicos no Brasil e seu impactos do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde dos hospitais públicos.

2.1 O hospital: cenário das práticas assistenciais em saúde

O surgimento do hospital como cenário privilegiado das práticas assistenciais e terapêuticas em saúde, como já dito, data do final do século XVIII. Segundo Foucault (1981), a transformação em suas atribuições se deu quando Howard, um filantropo inglês apresentou um primeiro trabalho no qual eram feitas denúncias quanto as condições de atendimento nos hospitais. Na mesma época (1775-1780), a Academia de Ciências da França designa um médico, Jaques Tenon, para percorrer e analisar esses mesmos hospitais. Esses documentos são considerados como as primeiras referências de um olhar sobre o que acontecia nos hospitais, quando examinaram-se os fluxos e as condições de maus-tratos e foi proposta uma reforma e reconstrução dos hospitais, delegando a este a incumbência de curar pessoas.

O que esses documentos pareciam refletir é que, nessa época, o hospital não tinha uma função de cura, ao contrário, pelas poucas regras de higiene observadas na assistência prestada, produziam no interior de seus muros, surtos epidêmicos dizimadores. Destacamos que, o hospital nesse período, tinha como objetivo originário fazer a disciplina da pobreza e das “anomalias humanas”. Os cuidados médicos, feitos pelos então físicos – médicos clínicos, era exercido no espaço não-hospitalar, as casas dos pacientes.

Segundo Foucault (1981) na análise acerca da instituição hospitalar e das práticas assistenciais afirma que

[...] o personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se

correntemente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas conseguir a sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.” (FOUCAULT, 1981, p.102).

O trabalho no hospital era feito por generosidade, sem qualquer remuneração, por vocação religiosa e humanitária por aqueles que esperavam por uma “compensação de ordem moral e espiritual como contrapartida ao tempo e esforço utilizados.” (PITTA, 1999, p.53).

O surgimento do hospital como espaço de práticas assistenciais no início do século XVII coincide e foi fortemente influenciado pelo desenvolvimento do capitalismo. O corpo enquanto força de trabalho foi o primeiro alvo do capitalismo, e as preocupações sanitárias se voltam não somente para os corpos em desarranjo social – mendigos e vagabundos, mas para os corpos produtivos do capitalismo. Segundo Pitta (1999, p.44), nessa época o trabalho na doença, pressionado pela força da industrialização, vai abandonando sua faceta de “ofício”, com atributos artesanais, e absorve as novas tecnologias, dentro de um processo mais amplo de transformação do hospital em espaço privilegiado das práticas assistenciais em saúde. “A medicina e suas técnicas vão sistematicamente preenchendo espaços e determinando novas formas de relação e divisão do trabalho no interior dos hospitais.” (PITTA, 1999, p.44).

Até esse momento, o hospital e a medicina seguiam campos independentes, visto que o cuidado aos doentes dentro da instituição hospitalar se baseava em cuidados com as feridas, preparo de chás e alimentação, cuidados estes exercidos por leigos. Foi somente no fim do século XVIII que o saber médico passou a ocupar espaço no hospital e foram introduzidos mecanismos disciplinares para o controle das doenças e da iatrogenia hospitalar.

As atividades relativas ao cuidado e administração do espaço assistencial do hospital eram considerados como trabalho da enfermagem e somente ganham características profissionais a partir de 1860 quando, na Inglaterra, Florence Nightingale cria um modelo de formação e prática assistencial.

No Brasil, o hospital colonial é para os historiadores o momento inicial de uma instituição que alcança sua maturidade nos hospitais modernos. Apesar de não se tratar de um desenvolvimento linear, o hospital colonial não era limpo, organizado, eficiente e o tratamento dado aos doentes não se parecia em nada com o que se conhece dos hospitais a partir do século XIX. A observação das moléstias está fora das preocupações do hospital colonial.

Segundo Machado et al (1978, p.59), não se pode falar de assistência médica contínua aos enfermos no século XIX, nem tampouco um diagnóstico comprovado pela observação

constante da evolução da doença ou do uso de medicação. As instituições assistenciais em saúde eram as Santas Casas que existiam desde o século XVI, seguidas das enfermarias dos jesuítas e das ordens religiosas com função prioritariamente religiosa. No século XVIII surgem dos hospitais militares e os lazaretos como locais para o confinamento dos doentes com hanseníase. O tratamento dispensado aos doentes nos hospitais coloniais se referiam muito mais as queixas dos militares aos serviços das Santas Casas. Mas, frente a uma peste, “era raro o que escapava da morte tendo entrado no hospital, pois mesmo quem não tivesse sido atingido pela epidemia era vida do contágio no internamento.” (MACHADO et al, 1978, p.60).

O espaço hospitalar era inicialmente destinado aos pobres, depois aos militares, soldados pobres, e também acomodava aos loucos e não apresentava qualquer ordem médica. A função religiosa do hospital colônia se fazia conhecer na oferta de assistência espiritual dos internos até a morte. O “Capelão da Agonia”⁶ e não o médico era a figura de destaque no hospital colonial.

A Lepra ou mal de São Lázaro foi historicamente uma marco para a medicalização da sociedade pois ameaçou de morte toda a população, pela sua capacidade de alastramento, contágio e condenação à morte. Os leprosos precisavam ser afastados da cidade pelo risco de contágio e para que não ficassem desamparados era preciso criar-se um lazaredo, sinônimo de hospital, onde pudessem viver. Ao médico é dado o poder de impor a exclusão da cidade e do convívio, a ele é dada a autoridade de administrar o Lazaredo e também utilizar os remédios propostos pelos médicos assistentes.⁷ Essa medicina da época colonial não se equivale a medicina social do século XIX mas aponta para uma presença diversa da medicina no espaço social e o uma diferente configuração do espaço hospital, ainda que com uma certa centralidade.

Somente no século XIX, a relação restrita do médico com o doente ou de consultor da administração em tempos de peste, adquire poder sobre a cidade e torna-se autoridade sobre tudo que na sociedade diz respeito a saúde. São propostas intervenções em tudo o que no espaço urbano podia ser considerado como causa de doença.

⁶ Padre encarregado da assistência espiritual dos enfermos, e que tinha como obrigação percorrer dia e noite as enfermarias do hospital para acompanhá-los na morte. (MACHADO et al., 1978, p.64).

⁷ Leite, tizana de cevada e centeio, amêndoa feita na mesma água de cevada e centeio, amêndoa feita na mesma água de cevada com raízes de malha chicória, almeirão, língua de vaca seralhes, banhos de rio doce e depois umedecidos, caldos de víboras ou outras serpents, usar pós viperinos, do sal de víboras. (MACHADO et al., 1978, p.79).

O momento em que o perigo da peste passa a ser constante assinala o nascimento da prevenção. A implantação dos aparelhos médicos de controle da vida social é, por contraposição, justificada pelo sonho mórbido de uma sociedade perpetuamente em peste. (MACHADO et al., 1978, p.104).

Cumprido destacar também que, a partir de meados do século XVIII são criados os hospitais militares como resposta à necessidade de atendimento ao soldado doente ou ferido. O hospital não é pensado como instrumento de intervenção positiva para obter cura e produzir saúde. E a função médica se articulava ao objetivo militar, subordinado a interesses administrativos. Era necessário cuidar do soldado enfermo a fim de reintegrá-lo a tropa com o menor ônus financeiro possível. “Os pareceres do final do século se organizam em torno da oposição curável-incurável e são fornecidos, conforme o caso, ou pelo cirurgião-mor do hospital, acompanhado dos cirurgiões dos corpos militares a que o soldado pertencia, ou pelos médicos do hospital.” (MACHADO et al., 1978, p.128).

O projeto de criação de um novo hospital desencadeia uma ampla discussão sobre a vida da população, o trabalho e este se articula com os problemas mais gerais que enfrenta o governo da cidade. O ensino médico será alvo dessa ofensiva do governo e propõe o hospital como local de ensino com disciplinas de anatomia e lições de cirurgia. A partir dos extenso material documental apresentado por Machado et al. (1978), foi possível ao mesmo afirmar que

[...] no final do século, explicita-se o projeto de reformulação da função hospitalar. O hospital é uma instância pública que, operando sobre uma dada população, garante os interesses da administração colonial na área do trabalho e da defesa, Inscrição, pois, da doença em uma perspectiva social mais ampla. A doença acompanha a pobreza, o ócio, o vício e o crime, características de cidades sem trabalho, entregues ao luxo ilusório que a escravidão possibilita. O hospital não tem mais uma exclusiva missão humanitária e religiosa. Ele será percebido como instrumento político, instrumento de governo. [...] Nesse sentido, o hospital militar é o objeto mais próximo dos interesses imediatos da administração, em que esta procura efetivar a estratégia geral de controle hierarquizado e centralizado segundo um modelo militar de governo.”(MACHADO et al., 1978, p.133).

É somente como o surgimento das Academias Médico-Cirúrgicas que a medicina consolida-se como profissão institucionalizada no campo da saúde no país. E, assim, torna-se detentora legal dos conhecimentos científicos de saúde, estabelece as regras para a formação e a prática em saúde e regulamenta a prática de outros profissionais de saúde como as parteiras, farmacêuticos, enfermeiros e dentistas. (PIRES, 2008, p.93).

Com a Lei de 3 de outubro de 1832 (ANEXO 1) as faculdades médico-cirúrgicas formam médicos clínicos e cirurgiões e em curso anexos parteiras e farmacêuticos. Assim diz

a referida lei, nos seus artigos 11, 12, 13 e 14 do Título I – *Das Escolas, ou Faculdades de Medicina*,

Art. 11. As Faculdades concederão os títulos seguintes: 1º de Doutor em Medicina; 2º de Pharmaceutico; 3º de Parteira. Da publicação desta Lei em diante não se concederá mais o título de Sangrador.

Os diplomas serão passados pelas Faculdades em nome das mesmas, no idioma nacional, e pela fôrma que ellas determinarem.

Art. 12. Os que obtiverem o título de Doutor em Medicina pelas Faculdades do Brazil, poderão exercer em todo o Imperio indistinctamente qualquer dos ramos da arte de curar.

Art. 13. Sem título conferido, ou approvedo pelas ditas Faculdades, ninguém poder ácurar, terbotica, ou partejar, emquanto disposições particulares, que regulem o exercicio da Medicina, não providenciarem a este respeito.

Não são comprehendidos nesta disposiçãooos Medicos, Cirurgiões, Boticarios, e Parteias, legalmente autorizados em virtude de Lei anterior.

Art. 14. Compete ás Faculdades: 1º Formar os seus Regulamentos policiaes, disciplinares, e economicos, dependentes da appovação do Poder Legislativo; 2º Verificar os titulos dos Medicos, Cirurgiões, Boticarios, e Parteias, obtidos em Escolas estrangeiras, e os conhecimentos dos mesmos individuos, por meio de exames, a fim de que elles possam exercer legalmente suas profissões em qualquer parte do Imperio, pagando por estas verificações os Medicos, Cirurgiões, e Boticarios a quantia de cem mil réis. (LEI DE 3 DE OUTUBRO DE 1832).

E ainda no artigo 22, do Título III: *Estudantes*,

Art. 22. O estudante, que se matricula para obter o título de Doutor em Medicina, deve: 1º Ter pelo menos dezaseis annos completos; 2º Saber Latim, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Philosophia Racional e Moral, Arithmetica e Geometria. O que se matricula para obter o título de Pharmaceutico, deve: 1º Ter a mesma idade; 2º Saber, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Arithmetica e Geometria, ao menos plana. A mulher, que se matricula para obter o título de Parteira, deve: 1º Ter a mesma idade; 2º Saber ler, e escrever correctamente; 3º Apresentar um attestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguezia respectiva (LEI DE 3 DE OUTUBRO DE 1832).

Segundo Pires (1989), foi com a reforma do ensino em 1879 que as faculdades de medicina passaram a ter três cursos anexos: o de farmácia, o de parteiras e o de cirurgião dentista. Em 1901 as faculdades de medicina passam a faculdade de medicina e farmácia, com cursos anexos de parteiras e dentistas. E, somente com o surgimento da primeira Universidade no país, em 1920, é que farmacêuticos e dentistas passam a ter um profissão independente e a formação de parteira passa a integrar o trabalho profissional de enfermagem.

Foi somente em 1890 que surgiu a primeira Escola de Formação de enfermeiros – Escola Alfredo Pinto, também organizada e controlada por médicos e que foi criada com a saída das religiosas dos “hospitais de alienados”, após perderam seu poder e autonomia

quando os médicos assumiram a direção dessas instituições. A formação independente de enfermagem somente surge em 1923 com a criação da Escola Ana Neri no Rio de Janeiro, seguindo os princípios já difundidos por Florence Nightingale na Europa.

A partir da segunda metade do século XIX, com a decadência da metafísica e a emergência do positivismo como concepção de ciência, ocorre uma ampliação dos conhecimentos acerca dos processos de saúde-doença. O paradigma positivista de ciência ganha hegemonia e os conhecimentos considerados válidos passam a ser somente aqueles passíveis de serem verificados empiricamente e produzidos segundo o método científico. Nesse cenário os médicos se tornam os detentores do saber científico e o conhecimento se fragmenta por especialidade. (PIRES, 2008, p. 86).

Ao centralizar as atividades assistenciais no hospital este se transforma em um trabalho coletivo. Primeiramente, feito pelos médicos, religiosos, práticos e leigos e, posteriormente, pelos médicos e outros profissionais de saúde. No mesmo afã positivista, estruturam-se e passam a compor o coletivo hospitalar, outras especialidades e saberes como a fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, psicologia, que enquanto grupo corporativo possuem alguma autonomia em suas atividades no hospital, ainda que se mantenham subordinadas ao trabalho e saber médico.

O hospital se transforma no cenário desta nova forma de atenção médica, amplia sua função originária de controle social e sua prática centrada na caridade e, se transforma no principal mecanismo de práticas assistenciais em saúde, local de tratamento e cura das doenças.

A divisão do homem em órgãos doentes, bem como a divisão do trabalho no hospital em especialidades e especialistas é a reprodução no interior do hospital do modo de produção capitalista, ainda que mantendo alguma característica de religiosidade caritativo-assistencial de sua função anterior.

O hospital ao surgir como cenário de práticas de saúde traz consigo, num primeiro momento, uma ordem de técnicas: as técnicas do poder disciplinar voltadas para a disciplina do coletivo de corpos em desarranjo social e as técnicas de cuidados médicos, que são introduzidas como ritos e saberes oriundos da Clínica, enquanto tecnologia individual. (PITTA, 1999, p.43). Ambas podem ser observadas no hospital contemporâneo, onde coexistem os procedimentos técnicos voltados para a cura individual e os procedimentos e normas técnicas para assepsia e disciplina dos corpos. Muitas categorias profissionais que se inseriram mais tardiamente no espaço de assistência hospitalar, como a enfermagem, o

serviço social e psicologia, podem ser analisadas enquanto saberes constituídos também para cumprir a função de higiene e disciplina dos corpos.

Localizando a discussão no Brasil, o material documental de Machado et al. (1978) nos ajuda enormemente a analisar a estratégia política dos médicos, que definiu projetos de ação e ocupação e que definiu as hierarquias no campo de práticas da saúde. A medicina se constitui a partir de um projeto de “medicalização da sociedade” e de “controle da vida social”. Assim, usando como estratégia política a normatização do campo da escola médica, a normatização da vida social e se afirmando como os detentores de saber sobre a saúde-doença, os médicos puderam combater os “charlatães” e definir uma ocupação política das práticas em saúde. Nesse processo, o médico afirma seu monopólio de conhecimento, desqualifica outros conhecimentos numa estratégia de afirmação de uma hierarquia de trabalhadores da saúde. Esse processo teve início com as ações de prevenção, com a higiene da sociedade e também dentro dos hospitais. Neste último, através da hegemonia da clínica, os médicos deveriam se ocupar de observar a evolução dos doentes no leito, fazer correlação com o cadáver e, assim, poder produzir conhecimento e tratamento para a doença. A tarefa do médico é reconhecer a doença e pensar formas de tratá-la, caracterizando o modelo assistencial do hospital contemporâneo.

E, desde então, o que ocorre são mudanças nas tecnologias utilizadas para descrever a doença. Mudam-se as formas de tratamento oferecidas ao doente mas o arranjo no qual a Clínica é soberana se perpetua na organização das práticas hospitalares, tais como são observadas na forma de disposição das enfermarias, nas rotinas de cuidados, visitas, discricções em prontuários e principalmente na hierarquia entre os saberes que se mantem de modo surpreendente.

2.2. O hospital contemporâneo e os novos arranjos assistenciais

O hospital contemporâneo passa a ser identificado em função de seus aportes tecnológicos que permitem maior aperfeiçoamento do diagnóstico e terapêutica das doenças, transformando, no dizer de Pitta (1999, p.49), suas características de “ofício” em “processo tecnológico” de trabalho. Enquanto processo tecnológico de trabalho, o trabalho no hospital implicará numa divisão e organização próprias que permita não mais “*cuidar do doente*” e sim “*tratar e curar o paciente*”, o que caracteriza o seu mandato social contemporâneo.

Foi com o avanço do conhecimento e das práticas em saúde, conjugado com o aumento da população e da complexidade das intervenções, que se fez necessária a ampliação das instituições hospitalares. Estas se tornaram instituições de grande porte com divisão em unidades, setores, serviços e com funcionamento diuturno para o atendimento ininterrupto das necessidades da população.

O hospital passa a ter um lugar fundamental na ampliação do setor de serviços de saúde na sociedade contemporânea em virtude de seu dinamismo tecnológico. A divisão do hospital por serviços e especialidades nos permite analisá-lo considerando sua gerência taylorista de organização do trabalho assistencial em saúde, sua organização segundo a lógica de parcelamento das tarefas e por seu gerenciamento médico.

Trata-se portanto de uma estrutura hierarquizada que se sustenta no princípio taylorista de organização do trabalho e na qual a divisão do trabalho – saberes e técnica, é feita entre os mais ou menos graduados. Em especial, enfermeiros graduados se responsabilizam e direcionam o trabalho realizado pela enfermagem de nível médio e auxiliares e o médico supervisiona o trabalho dos demais profissionais que atuam no hospital.⁸

Nesse mesmo sentido, Rollo (1997) ao discutir a forma como é organizado o processo de trabalho o descreve que,

[...] a partir da organização seriada dos procedimentos, como em uma linha de montagem, hora da evolução, hora da prescrição, hora dos curativos. Depois vem o horário da medicação, depois o dos controles vitais, depois os do banhos, não havendo responsabilização, nem a construção de vínculo entre profissional de saúde e o paciente. O doente é de todos e não é de ninguém, é de um ser abstrato chamado instituição ou hospital. (ROLLO, 1997, p.324).

Tais descrições nos permitem ilustrar a questão da hierarquização das práticas como uma questão que se coloca quotidianamente entre os profissionais de saúde que atuam nos

⁸ Destaco uma discussão da qual participei em meu percurso em hospital dada entre profissionais de diferentes categorias sobre a questão: *“De quem é o paciente que está no hospital?”* A pergunta trazia implícita uma discussão complexa sobre de quem é a responsabilidade pelo paciente internado? Divisão de opiniões. Alguns diziam ser do médico, por ser ele o responsável pela definição da conduta. Outros diziam ser de todos, pois todos os profissionais o cuidavam, ao que se refutava dizendo que o cuidado vinha a partir da conduta terapêutica do médico, daí sua responsabilidade ser maior. Outros ainda, diziam ser o paciente do hospital, responsável pelo sua internação e pela oferta de tratamento, o que também se refutava argumentando-se ser o hospital a conjugação de práticas. Em nenhum momento, falou-se do paciente como responsável por si próprio... Enfim, não se pretendia o equacionamento da questão inicial mas essa é uma de tantas outras discussões ricas e profícuas, porém intermináveis, que acontecem no estar médico ou de enfermagem ou em alguma sala de serviço dentro do hospital.

hospitais. Refletem uma divisão capitalista do trabalho (HIRATA, 1989, p.73), no qual se busca uma separação radical entre a concepção e a execução das tarefas pautada em uma divisão do trabalho entre os detentores do conhecimento e os que executam as atividades desqualificadas e repetitivas, transformando-o, por consequência, em um processo social conflitivo. A dialética desqualificação-superqualificação na divisão capitalista do trabalho, descrita por Hirata (1989), aponta para elementos importantes presentes também na dinâmica de divisão do trabalho nos hospitais. Assim diz,

Não há um movimento generalizado de desqualificação ou um movimento de aumento geral da qualificação, mas um movimento contraditório de *desqualificação do trabalho de alguns pela “superqualificação” do trabalho de outros*, isto é, uma polarização das qualificações requeridas que resulta de uma forma particular de divisão do trabalho, que se caracteriza por uma modificação da repartição social da “inteligência” da produção. Uma parte dessa “inteligência” é “incorporada” às máquinas e a outra parte é distribuída entre um grande número de trabalhadores, graças à atividade de um número restrito de pessoas encarregadas da tarefa (impossível) de pensar previamente a totalidade do processo de trabalho, descobrindo e possuindo o domínio do conjunto dos parâmetros.” (HIRATA, 1989, p.73).

A partir do exposto, podemos ressaltar que, na divisão capitalista do trabalho hospitalar, essa expropriação do saber e do controle do processo de trabalho, como em qualquer outro processo produtivo, se dá de forma parcial. Não se trata de uma desqualificação dos saberes dos demais profissionais, mas de uma dependência desses profissionais no sentido de que são os médicos que diante de sua “superqualificação” detêm o controle do processo assistencial em si. Ainda que as demais categorias profissionais tenham garantido seu arcabouço legislativo quanto a organização do seu trabalho nos serviços de saúde e ao exercício da profissão, as regras dessa divisão e organização do processo de trabalho dependem de uma correlação de forças e poderes.

Uma categoria que exemplifica também esse campo de poderes no hospital é a categoria de farmacêuticos. Esses profissionais que, pelas características de seu saber sempre tiveram um exercício profissional independente, originalmente eram boticários que receitavam os medicamentos a partir de sua compreensão ampla sobre o adoecimento, nos hospitais passaram a uma subordinação à medicina.

A medicina passou, então, a regular o exercício dessa profissão e somente muito posteriormente retomaram o caráter de profissão independente. No entanto, quando analisamos o trabalho dos farmacêuticos no hospital podemos afirmar que em sua prática precisam do médico para desenvolver o seu trabalho nas farmácias hospitalares, pois também eles compõem o trabalho coletivo de assistência hospitalar e é comumente assalariado.

Ao escrever sobre o trabalho dos farmacêuticos, me vem a memória uma lembrança de infância quando ao visitar meus avós e tios que moravam em fazendas de café no interior dos Espíritos Santo. Entre uma brincadeira e outra de criança entre as plantações de meu avô, observava o trabalho do meu tio, que não tinha enveredado pelo caminho da agricultura e colheita de café. Como era considerado o mais estudado e inteligente dos 13 filhos, muito cedo foi enviado por meu avô para conhecer os segredos dos medicamentos com um boticário, dono da única farmácia da cidade, daquelas farmácias que não vemos atualmente, com suas grandes prateleiras de madeira escura e deixando a mostra os remédios. Meu tio desenvolvia um trabalho que na época nem entendia bem o que era, o de “tratar as pessoas”. Seu conhecimento não havia sido adquirido com médicos e sim com um farmacêutico que muito o considerava. Após alguns anos de estudo e trabalho na farmácia voltou para o interior e tornou-se o “médico” dos fazendeiros e colonos da região. Sua farmácia era clandestina mas seus “tratamentos” e “curas” se tornaram conhecidas por muitos. Eu mesma já fui cuidada por ele inúmeras vezes em minhas férias na fazenda...

Na minha própria história de vida laboral, o hospital tem sido um campo privilegiado de prática – hospital psiquiátrico, hospital-dia, hospital em município de pequeno porte, hospital geral estadual, hospital geral federal. Em todos eles atuei como psicóloga e experimentei os seus desafios: a construção de um lugar de escuta psicológica entre normas e procedimentos médicos que se apresentavam sempre no registro da urgência, a busca por um lugar para a psicologia nos discursos de poder proferidos quotidianamente pelos diferentes grupos profissionais, enfim, a construção quotidiana de um psicologia hospitalar que pudesse contribuir para a saúde dos pacientes. Ao mesmo tempo, sempre estiveram presentes as questões que envolviam os profissionais e que tornavam o trabalho hospitalar fonte de insatisfação e sofrimento e que sempre se apresentaram para a pesquisadora como um efeito do ofício no hospital.

Enfim, talvez essas experiências, entre tantas outras, tenham influenciado a minha escolha pela psicologia e se desdobrado no interesse pela área da saúde, influenciando minhas escolhas de estudo e pesquisa. Voltemos a elas.

Com o avanço dos conhecimentos em saúde e paralelamente aumento da dependência de máquinas e equipamentos para a prestação de assistência, o hospital passa a ter um papel de destaque na assistência institucional em saúde tanto na assistência privada quanto pública.

É importante destacar que, existem vários movimentos que rediscutem essa visão hospitalocêntrica da assistência e que propõem o fortalecimento do modelo clínico de

assistência, menos dependente das tecnologias, como é a Estratégia de Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde na década de 80, com o objetivo de fortalecer a atenção básica em saúde. Apesar de reconhecermos sua importância, não avançaremos nessa discussão pois o objetivo posto por essa pesquisa, direciona a atenção para o processo de trabalho e licenciamento em saúde em hospitais.

O hospital é um espaço institucional formado por relações hierárquicas, dependente de equipamentos especializados, se organiza como trabalho coletivo e, ainda que os médicos mantenham um perfil de profissional liberal independente, nos hospitais os profissionais de saúde compõem o quadro de assalariamento generalizado. Nesse ponto, podemos pensar se na “indústria hospitalar”, todos profissionais que nele trabalham não poderiam ser considerados como “operários da saúde”, em uma analogia direta à industrialização que transformou os artesãos em operários.

Pires (2008) dá destaque a outra característica do hospital, a de ser a instituição formadora dos profissionais de saúde.

O hospital é o espaço central de atendimento, além de ser uma burocracia que forma grande parte do seu pessoal. Enfermeiros se formam-se no espaço hospitalar, numa relação em que alunos prestam serviços “voluntários” ao hospital em troca de aprendizagem, alimentação, alojamento, lavanderia e tratamento gratuito. Esse sistema é visto como mais econômico para o hospital do que contratar enfermeiras formadas. Os médicos formam-se e exercem sua prática, prioritariamente, dentro do hospital, e, mesmo que alguns consigam se libertar, mantêm-se dependentes da instituição por diversos mecanismos. (PIRES, 2008, p.90).

O modelo de formação das diferentes categorias de profissionais de saúde se dá quase exclusivamente dentro do espaço hospitalar. Grande parte dos cursos de especialização, nas diferentes áreas, ora discutem a técnica, ora as normas e procedimentos para a assistência e são fortemente influenciadas pela assistência hospitalar. Os cursos de residência que são obrigatórios aos médicos clínicos para que tornem-se especialistas, e que se estenderam para as demais categorias profissionais, são quase que exclusivamente estruturados dentro dos hospitais públicos e privados. Dentre as residências em saúde que se afastam do modelo hospitalocêntrico podemos destacar aquelas que são multiprofissionais com foco na atenção básica, no entanto, ainda são minorias se comparadas aos outros programas de residência. É possível dizer muitos cursos que discutem gestão pública e políticas públicas em saúde ainda se mantêm fortemente influenciados por temas que envolvem o cenário das práticas em hospitais. Conforme afirma Mills (1979),

[...] os hospitais substituem os consultórios no centro do mundo médico, o jovem doutor não se liga mais no papel de aprendiz a outro médico, com acontecia em 1840, mas torna-se um interno, um aprendiz da instituição hospitalar, mais tarde, como profissional particular, se tiver sorte, ele usará as instalações do hospital para os seus clientes. (MILLS, 1979, p.137).

Sobre isso me ocorre um desabafo recente feito por uma amiga enfermeira, plantonista do centro cirúrgico de um grande hospital da rede pública. No seu relato observo tanto as questões da formação quanto das hierarquias entre as classes sociais e profissionais sendo ricamente ilustradas. Ela diz:

“o médico chefe trabalha no hospital público, traz o seu paciente para ser operado no hospital público porque tem mais recurso cirúrgico, ganha duas vezes, o residente faz a rotina e querem tratar os enfermeiros e técnicos como serviçais deles. Eu não deixo não... crio a maior confusão quando percebo que estão destrutando os meus técnicos.” *(sic)*

Para Mills (1979) a instituição hospitalar é uma instituição médica, com pessoal especializado e assalariado, controlados por um grupo interno de médicos que cooperam como empresários, competindo em função de suas capacidades administrativas pelos cargos de direção, chefia de clínicas ou serviços. E podemos ainda acrescentar a essas, as funções de gestão das pública de saúde ou chefia das grandes corporações médico-privadas.

Um segundo grupo profissional que merece destaque para compreendermos o processo de trabalho no hospital contemporâneo é a profissão de enfermagem, pois além de ser numericamente mais expressiva, domina quase integralmente o cuidado ao paciente. No entanto, ainda guarda muito pouca autonomia em sua atividade cotidiana se comparado aos demais profissionais de saúde. Pires (2008) afirma que a enfermagem

[...] organiza-se como profissão sob o modo de produção capitalista, e desenvolve sua prática no espaço institucional, hospitalar e, depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo de saúde. Desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde feito pelos médicos, bem como executa o seu trabalho dentro dos constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais. Organiza-se internamente sob a égide da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho. Os enfermeiros assumem a gerência do trabalho assistencial de enfermagem, controlando a globalidade do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares aos demais trabalhadores da enfermagem. A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada. (PIRES, 2008, p.85).

Considerando o contexto dos hospitais públicos, a maior parte dos médicos e a quase totalidade dos demais profissionais de saúde são assalariados. Campos (1994) destaca que, tanto na esfera pública quanto privada, todos os profissionais passam, dado o caráter da

relação trabalhista que mantém com o hospital, por constrangimentos decorrentes das regras de funcionamento das instituições e das regras vigentes sobre o exercício profissional. Essas restrições são mais efetivas sobre o trabalho assalariado e menores em relação ao trabalho do médico, ainda que este último também esteja numa condição de assalariamento. Isso porque, os médicos e suas organizações tem maior poder de influência na política de gestão das instituições. Além disso, Pires (1999, p.102) destaca que “[...] não existe restrição legal à atuação do médico em qualquer ramo das atividades de saúde, o que não ocorre com outras profissões”.

Segundo Cecílio (1997, p.305), na gestão tradicional dos hospitais, especialmente públicos, os médicos gozam de alto grau de autonomia, normalmente não estão submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle e têm muito poder nessas instituições. No grupo de enfermagem as linhas de poder são mais marcadas e seguem uma linha vertical de comando que vai do enfermeiro ao auxiliar de enfermagem e na relação da enfermagem com os médicos e direção do hospital, as relações de comando e poder são menos nítidas. Os profissionais administrativos trabalham sob outros padrões e obedecem a outros esquemas relacionais, formalizadas e consideradas legítimas.

As questões que vêm sendo tratadas ao longo deste capítulo nos conduzem a um entendimento do hospital como um local privilegiado de práticas em saúde mas também um campo de forças políticas, onde está em jogo não somente a assistência ao doente mas também a negociação de interesses diversos.

Para avançarmos na discussão do trabalho em saúde realizado nos hospitais e chegarmos a análise do seu impacto nas trajetórias individuais dos profissionais de saúde, tratarei a seguir de algumas características da gestão hospitalar pública no Brasil. Consideramos que, os aspectos ligados a gestão dos hospitais também poderão aparecer como analisadores na construção de um entendimento acerca da insatisfação e mesmo do sofrimento vivenciado pelos profissionais em seu cotidiano profissional.

2.3. A Gestão hospitalar pública no Brasil e a gestão do poder no hospital

Na pós-segunda guerra mundial e sob influência da política do “welfarestate”⁹, ampliaram-se em todo o mundo os serviços públicos de assistência a saúde e no Brasil o fenômeno também poder ser observado (Scharaiber, 1993). Do início do século XX à 1945, as

⁹ O “WelfareState” é o termo utilizado para se referir ao Estado de bem-estar social, Estado-providência ou Estado Social. É um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção social e organizacional da economia, e deve garantir serviços públicos e de proteção à população.

ações do Governo para a área da saúde se voltavam para as campanhas sanitárias, visando manter os portos e pontos de circulação de mercadoria importantes para a economia de época protegidos de contaminação. As ações de saúde se pautavam em ações coletivas, com foco no chamado “sanitarismo campanhista” e a contratação de profissionais era voltado para campanhas sanitárias, de forma temporária e precária. As ações direcionadas para a saúde individual se mantinham restritas a ação de profissionais liberais particulares e pelas Casas de Misericórdia mantidas pela igreja.

Na década de 40 com a ampliação do mercado de trabalho no setor de serviços de saúde, os profissionais se inserem pela via privada através das caixas e institutos de pensão e poucos eram aqueles contratados pelo Governo e se concentravam em ações e práticas de saúde pública de atenção materno-infantil e campanhas sanitárias.

Nos anos 50 com a democratização e crescimento do país tem início um processo de democratização da regulação dos contratos de trabalho ampliando-se o sistema de proteção social e ao trabalhador. Nesse mesmo período, impulsionado pelo desenvolvimento da medicina científica, o foco da política de saúde do Governo passa a ser as práticas curativas, favorecendo que se desenvolvesse um complexo médico-industrial e hospitalar, com contratação de serviços terceirizados. Assim, ocorreu um aumento significativo do número de hospitais e ampliaram-se os serviços públicos de saúde, especialmente com a unificação da previdência em 1966.

Segundo Scharaiber (1993), no período de 1945-60, com a formulação do pacto populista, o Estado amplia seus serviços próprios. Há um aumento da rede ambulatorial de assistência e o número de hospitais que em 1945 era de cinco hospitais, em 1966 chega a vinte e oito hospitais. A base da assistência previdenciária era predominantemente de consultas ambulatoriais e de compra de serviços hospitalares do setor privado. É reconhecido que nesse período houve uma ampliação da disponibilidade de serviços públicos de saúde, mas o quadro mais amplo ainda era de desigualdade no acesso tanto as ações coletivas de cunho preventivo quanto a assistência curativa, individual e hospitalar sustentado pela previdência social.

Nos anos 70, esse modelo assistencial em saúde começa a entrar em crise juntamente com a conjuntura de crise política e econômica do país, que desfaz a ilusão do “milagre econômico brasileiro”. Os índices de pobreza aumentam e os trabalhadores surgem em cena com suas reivindicações por direitos mínimos de cidadania e pela inserção no processo

produtivo. Dá-se, assim, um quadro conjuntural que força o Estado a abrir um espaço para o debate sobre a gestão pública da saúde.

Em 1977, acontece uma grande reestruturação na previdência com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), gerido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o sistema organizado por categoria profissional foi substituído por um modelo centralizado que unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAP) no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), como o responsável pela assistência em saúde.

Com a ampliação da seguridade social e o aumento de contratos de serviços com empresas privadas, observa-se uma reorganização do mercado de trabalho em saúde com uma tendência ao assalariamento da categoria médica e proliferação dos serviços e contratos de compra de serviços de saúde sem controle por parte da previdência.

Na primeira metade dos anos 80 se deu um processo de articulação intra-setorial, que configurou uma 'fase das estratégias racionalizadoras', nas quais se incluem: a criação, em 1980, da Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), cuja principal função era fixar os repasses federais do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social para o financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais, além de estabelecer normas de articulação programática entre Ministério da Saúde, Previdência e Educação (hospitais universitários e de ensino). Além desta, em 1982, foi estruturado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, mais conhecido como Plano do CONASP, que seguia diretrizes como a prioridade para a atenção primária, a integração das diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado e a diminuição da capacidade ociosa do setor público.

O Plano CONASP tinha como objetivo controlar os gastos com a saúde, e, simultaneamente, viabilizar a expansão da cobertura através da reversão do modelo centrado na assistência hospitalar, eliminar a capacidade ociosa do setor público e a melhoria da operação da rede, através do aumento da produtividade, da racionalização e da qualidade dos serviços. O Plano mesmo não tendo sido implantado integralmente criou as bases para as políticas públicas de expansão da cobertura, mediante convênios, entre os sistemas públicos estaduais e municipais para a prestação de serviços de saúde. (FILKELMAN, 2002, p.242). O CONASP não discutia a instituição hospitalar ou o interior de suas práticas, ao contrário, se focava na relação público-privado procurando fazer restrições ao que era um uso absolutamente leviano do dinheiro público.

Nesse cenário emergem outros arranjos do sistema de gestão pública da saúde que tentavam articular as ações de prevenção com outras ações hospitalares, contudo, sem intervir no interior deste último. Foram esses o PREV-SAÚDE, as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado em Saúde (SUDS), dentre outros influenciados e patrocinados pela Organização Mundial de Saúde, que trazia em seu bojo a necessidade de atendimento mínimo às populações pobres dos países do terceiro mundo. (CAMPOS, 1989). Ainda nos anos 80, o movimento sindical reorganiza-se, ganha adesão da sociedade civil e fortalece-se a luta pelo direito dos trabalhadores, pois a maioria dos contratos no setor público eram realizados através de CLT até esse momento. (ANTUNES, 1991).

Os trabalhadores da saúde também se organizam e desenvolvem lutas trabalhistas e denunciam as distorções do modelo de saúde vigente, assim como, lutam pela inclusão da saúde como um direito de cidadania. Isso porque, apesar da ampliação da proteção social, o sistema previdenciário deixava de fora do sistema uma parcela significativa da população que estava desempregada ou fora do mercado de trabalho regular.

É nesse cenário que surge a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de organização dos serviços assistenciais, forçando o Estado a assumir a responsabilidade para com a saúde da população. Com a reforma constitucional de 1988, a *Constituição Cidadã*, o Estado avança no sentido da universalização dos direitos, amplia o conceito de Seguridade Social, que passa a incluir previdência, saúde e assistência social. Com a promulgação das Leis 8.080 e 8.142 de 1990 estabelecem-se os princípios legais para o funcionamento da rede assistencial que compõe o Sistema Único de Saúde no Brasil, conjugando hospitais públicos e privados complementarmente, dentro da lógica do público. E, ainda como parte do processo de mudanças legais, em 1991, a área de Saúde do INAMPS é integrada ao Ministério da Saúde para compor o SUS, e o Instituto Nacional de Previdência Social passa a integrar o Ministério do Trabalho.

Nesse mesmo processo, institui-se entre outras mudanças um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU) que passa a normatizar a contratação no serviço público, com ingresso nas carreiras através de concurso público, fazendo com que no início da década de 90 os profissionais de saúde com vínculos celetistas fossem convertidos em vínculos estatutários.

Esse movimento amplo de democratização da saúde é conhecido como o Movimento da Reforma Sanitária e foi uma luta política e ideológica que congregou muitos profissionais de saúde em torno de um ideal de saúde pública de qualidade e acessível a todos. O

Movimento não queria a erradicação do privado, queria sim colocá-lo sob a lógica do público, visto os limites de crescimento do público e de modo a ver garantido o direito universal à saúde.

Essas mudanças representaram significativo avanço em termos de reconhecimento legal do direito universal a saúde, contudo, no que diz respeito as práticas assistenciais essas mudanças ainda estão em curso. A universalização do acesso a todos os níveis de complexidade da assistência à saúde não é uma realidade para a população e a utilização dos serviços de saúde mantém-se como um mercado que comercializa as doenças e legitima a desigualdade de acesso.

Em 2014, após cerca de 25 anos de SUS, os meios de comunicação denunciavam diariamente a grave crise do setor saúde, o aumento progressivo da compra de planos de saúde privado pela população, as dificuldades de acesso a atenção básica de saúde e as precárias condições dos hospitais públicos. É nesse cenário que os profissionais de saúde exercem suas práticas. Em 2016, o cenário permanece o mesmo.

O SUS produziu mudanças e desafios também para a gestão pública dos hospitais. Em um contexto de competição acirrada, globalização, internacionalização da economia, mudanças constantes, segmentação de mercado, programas de *qualidade total*, busca de excelência, instabilidade, flexibilidade, dentre inúmeras outras características do mercado capitalista contemporâneo, a gestão se transforma na estratégia para o enfrentamento dos desafios das organizações contemporâneas, públicas e privadas.

A gestão se torna um componente estratégico também para o sistema público de saúde e a construção de um modelo de gestão e planejamento, segundo alguns dos principais autores da Reforma Sanitária Brasileira – Ricardo Bruno Gonçalves-Mendes, Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy e Luís Carlos de Oliveira Cecílio, deveria ir muito além dos interesses privados mas caminhar no sentido da descentralização, autonomia e democratização da vida institucional. Pensava-se o hospital como “[...]um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um local onde sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade.” (CAMPOS, 1994).

Essas premissas foram orientadoras das práticas do Movimento Sanitário e inspirou também muitas experiências no âmbito da gestão dos hospitais públicos no Brasil, em todas as esferas de Governo – Federal, Estadual e Municipal. Nas últimas décadas, no entanto, o avanço do projeto neoliberal nas políticas públicas e as características da sociedade contemporânea, sob a égide do individualismo crescente, tem impactado fortemente os

princípios que nortearam a Reforma Sanitária e se mostram adversas as construções coletivas que fortaleceram o caráter público das instituições de saúde.

No final da década de 90, o que se observa na gestão pública, inclusive dos hospitais é uma flexibilização administrativa, como alternativa à administração estatal direta, que incluiu soluções como as que descrevem Costa; Ribeiro; Silva (2000),

(i) constituição de fundações de apoio – entidades privadas conveniadas, constituídas por organizações públicas, visando agilização das receitas complementares à dotação pública, também a remuneração complementar de profissionais submetidos ao regime jurídico único, **a contratação de recursos humanos**, implementação de obras e aquisição de bens (ii) **adoção do sistema de cooperativas de profissionais de saúde para prestar serviços nas unidades públicas** (iii) **criação de organizações sociais** – entidades jurídicas previstas no projeto de Reforma da Administração Pública do governo federal de 1995, que inova ao permitir que entes públicos não estatais possam absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, que possam se situar fora da administração direta. Essas entidades seriam associações civis sem fins lucrativos para execução de atividades de interesse público, porém de competência não exclusiva do Estado. (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000, p.435. *grifo atual*).

A reforma administrativa e gerencial (1995) pensada pelo Governo Federal, no que se refere ao setor saúde, indicou que os hospitais e ambulatórios mais especializados, como sendo aqueles que deveriam se deslocar do âmbito estatal ou governamental para regimes públicos não-estatais, na forma de “organizações sociais”. A argumentação utilizada para justificar a necessidade de tal mudança residia numa crítica ao modelo de administração burocrático-estatal e é uma proposta totalmente atual para a gestão dos hospitais públicos.

A despeito de muitas experiências exitosas de administração pública dos hospitais, o movimento de “privatização” é uma realidade totalmente atual nos hospitais municipais, estaduais e federais, ainda que mais avançada em algumas esferas de gestão e governo do que em outras.

No que tange especificamente a gestão da força de trabalho na administração pública, observamos que com a Reforma Administrativa e Gerencial foi introduzida uma política de recursos humanos em saúde, segundo uma perspectiva de mercado, através de parcerias público-privada, privatizações, terceirizações e contratações, em detrimento a uma política de carreira pública em saúde. O que parece apontar para uma análise que localiza na questão dos recursos humanos em saúde um importante entrave para a solidificação das políticas e práticas públicas em saúde.

Cecílio (1997) ao analisar os desafios da gestão hospitalar pública para a melhoria do atendimento prestado a população, destaca que existem no hospital algumas “*áreas de confronto e de projetos diferenciados*”, que são consideradas especialmente complexas por

seus dirigentes/gestores. A primeira delas, e talvez a mais conhecida, é a *inserção do médico nas organizações de saúde* na condição de assalariado e com restrições e constrangimentos à sua autonomia. Segundo Cecílio (1999, p.306), “[...] os médicos não se comportam como recursos humanos (aliás, como os outros profissionais também), mas como atores reais disputando seu projeto para a saúde tanto através de entidades de classes muito poderosas como no cotidiano dos hospitais.”

A *segunda área de confronto e de projetos diferenciados* presente no hospital é a baixa remuneração dos trabalhadores. Embora o autor considere que o salário da maioria dos profissionais de saúde é “competitivo” no mercado, ainda é inferior às necessidades das pessoas. Daí decorre um outro problema da gestão hospitalar pública que são os múltiplos vínculos trabalhistas, o excesso de horas trabalhadas, o cansaço constante e a insatisfação dos profissionais. Por fim, a *terceira área de confronto e projetos diferenciados* é a super centralização dos rituais de administração de recursos humanos que resulta em um esvaziamento de sua função, na morosidade da reposição da força de trabalho, na inexistência de mecanismos de avaliação, o que resulta numa “política impessoal”. (CECÍLIO, 1999, p.306).

A gestão pública do hospital é uma gestão do poder e o cotidiano no qual os profissionais de saúde desenvolvem suas práticas são o reflexo dessas relações. Para além das questões técnicas, são as questões ético-políticas que pensamos estar muito mais fortemente relacionadas ao prazer ou ao sofrimento que os profissionais podem experimentar em sua trajetória de vida laboral.

Essas questões ético-políticas se atualizam e reatualizam num campo permanente de negociação que envolve todos os atores do hospital. Trata-se de uma *gestão do poder* o que fazem quotidianamente dirigentes e profissionais de saúde das Unidades Hospitalares. E, em se tratando dos hospitais públicos, acrescenta-se nessa gestão do poder um terceiro vértice, que são os governos ao definirem suas políticas públicas.

A formação médica possibilita a acumulação de saberes, competências e uma experiência clínica que se traduz num “capital técnico” (CARAPINHEIRO, 2005, p.197) de importância indiscutível para o médico e também se caracteriza por permitir o acesso a posições de autoridade, prestígio e influências sociais. Essa autoridade, esse saber-poder médico, se reflete na relação dos mesmos com os diferentes grupos profissionais que atuam no processo de assistência ao paciente hospitalar e também na relação com a gestão do hospital onde se inserem os processos assistenciais.

Além disso, frente aos doentes, o capital técnico dos médicos se traduz numa autoridade moral e social e o ato clínico, ainda que se possa se configurar como uma violência simbólica, se justifica e legitima dado seu valor científico e configura o símbolo do poder carismático de curar. “O capital técnico dos médicos é também um capital simbólico, constituindo o principal recurso do exercício de um poder técnico-carismático sobre todos os protagonistas activos e passivos da cena médico-hospitalar.” (CARAPINHEIRO, 2005, p.197).

Esse poder técnico-carismático do médico avança para o campo das hierarquias funcionais onde se observa o poder médico formal e informal na relação entre a hierarquia médica e a hierarquia de enfermagem. Assim argumenta Carapinheiro (2005):

Na hierarquia médica formal consagram-se diferentes posições de poder legal, assentando nas funções e responsabilidades legalmente atribuídas e distribuídas pelos diferentes escalões hierárquicos. Essas responsabilidades são, da base ao topo da hierarquia, gradativamente crescente no acesso a funções de chefia, planejamento e coordenação dos vários sectores de atividades dos serviços e gradativamente decrescentes no compromisso com atividades clínicas diretas. [...] Se tanto os assistentes hospitalares como os chefes de serviço estão numa situação jurídica paritária, em termos de habilitações técnicas requeridas para a sua elegibilidade ao posto de diretor de serviço, no entanto, define-se como regra especial para o provimento deste cargo possuir-se o grau mais alto da carreira hospitalar, o que corresponde a considerar que a competência técnica não é o critério principal para o acesso a esse posto, mas sim a notoriedade médica adquirida na acumulação de funções de investigação e na proximidade com os problemas da direção de serviços. (CARAPINHEIRO, 2005, p. 198).

Quando se analisa a organização quotidiana do hospital em torno do poder/saber médico, emerge segundo Carapinheiro (2005) uma linha de autoridade, um *poder* que se origina no carisma que os médicos detêm pelo fato de possuírem o *saber* capaz de curar doenças e de salvar vidas. Além disso, os médicos detêm uma capacidade técnica que lhes permite se sobrepor às exigências da administração, se sobrepor pelas exigências decorrentes do trabalho clínico e se sobrepor em defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital.

Discutir a *gestão do poder* é um desafio bastante complexo e pensá-lo no contexto da gestão hospitalar pública um desafio ainda maior. Assim, partindo do que foi desenvolvido até o momento sobre o hospital, seu nascimento, suas práticas e sua inserção nas políticas públicas de saúde, consideramos que a análise do poder de Foucault é uma importante ferramenta para nessa discussão.

Foucault (1995) não reduz poder à proibição, à repressão ou ao poder do não. O poder é produtor e organizador de forças muito mais do que controlador, pois sua dominação se dá

através das pedagogias disciplinadoras. Nesse sentido, as relações de poder no hospital podem ser entendidas muito mais por sua lógica disciplinadora do que por suas proibições. Além disso, o poder é mais do que representação jurídica e se sustenta não nas leis mas nas normas que institui. As relações de poder no hospital estão pautadas muito mais em normas de gestão, normas de funcionamento, normas de controle, normas técnicas, normas de serviço, normas de segurança, normas de higiene do que propriamente em leis. Por fim, para o autor não se deve pensar numa oposição binária entre dominadores e dominados. A ideia de poder/saber em Foucault, o que denominou “*regime do saber*” é outro aspecto importante para a análise da gestão do poder no hospital, pois designa a maneira como o saber circula e como funciona nas relações de poder.

Foucault (1995) inverte a lógica de análise do poder se afastando daquela que o analisa a partir do lugar ocupado pelos vários atores na estrutura formal e afirma que “o poder só existe em ato e se inscreve num campo de possibilidades esparso que se apoia sobre estruturas permanentes”. O hospital pode ser analisado, portanto, como uma estrutura permanente no qual o poder se atualiza nos atos dos profissionais de saúde. O autor enfatiza o fato das relações de poder estarem enraizadas no conjunto da rede social, bem como a ideia de que as formas e lugares de governo do homem uns pelos outros serem múltiplos numa sociedade. Esses aspectos da análise do poder em Foucault são encontrados também no estudo sobre a gestão do poder nos hospitais públicos, conforme descrito por Cecílio (1999),

- a) os médicos são os únicos profissionais realmente autônomos no hospital;
- b) a natureza do poder do médico é um poder-saber. A indeterminação é uma característica do saber médico, que o protege da rotinização e desqualificação. A indeterminação surge como uma mística inerente à produção e reprodução do conhecimento, apenas adquirida por quem tem a posse deste conhecimento, insuscetível de ser especificada e rotinizada e, objeto de um permanente processo de interpretação;
- c) é a indeterminação que separa o saber do médico dos saberes periféricos e dos saberes profanos e é, simultaneamente, a cláusula que assegura a não ingerência de quaisquer formas de regulação externa a profissão;
- d) o poder médico no hospital se localiza no serviço, e este se constitui no domínio específico do desenvolvimento das relações de poder no hospital, cujo instrumento é a disciplina médica, entendida com saber e como controle social;
- e) são formas de funcionamento e circulação do saber médico que constituem o saber dos profissionais de enfermagem como um saber periférico, e o saber do doente como um saber profano, restringindo e delimitando de forma precisa o poder dos enfermeiros como um sub-poder, ou seja, um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico, e não concedendo qualquer forma de poder oficialmente reconhecida;
- f) o pessoal de enfermagem pode ser considerado uma plataforma de mediação privilegiada entre os doentes e o poder médico. (CECÍLIO, L. C.O. 1999, p. 322).

Na instituição hospitalar reafirma-se o lugar de destaque da categoria médica em detrimento das demais categorias envolvidas no processo de trabalho hospitalar. E esse saber-poder médico construído historicamente a partir da autoridade médica sobre a vida e morte, o destaca frente aos saberes periféricos dos demais grupos profissionais. Será esse saber-poder médico o responsável por definir e determinar as rotinas hospitalares, reforçando e sustentando a centralidade de seu saber. Além de também transformarem o saber do doente sobre si em um saber profano que precisa ser colocado sob julgo do saber-poder médico, mediado pelos cuidados oferecidos pela grupo da enfermagem e demais profissões.

É nesse contexto que entendemos ser preciso analisar as vivências profissionais e os processos de insatisfação. Assim, para analisarmos as narrativas e trajetórias de prazer e sofrimento dos profissionais de saúde em seu trabalho no hospitalar, analisamos o hospital a partir das hierarquias e relações de poder que produzem. E, com as escolhas teóricas desse capítulo podemos avançar na compreensão da a licença psiquiátrica em profissionais de saúde que trabalham em hospitais considerando uma outra dimensão do fenômeno que nomeamos de dimensão da hierarquia no trabalho hospitalar.

Capítulo 3

O SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL EM HOSPITAIS

“Dizia o Professor Miguel Couto, em 1922: “Presentemente a população do Rio de Janeiro encontra a hospitalização de luxo nas diversas “Casas de Saúde” particulares, que já são em grande número e irrepreensíveis; a módica, fornecida pelas Sociedades Beneficentes e Ordens Terceiras, hospitalares, verdadeiras casas de providência, que só não são mais procuradas, porque é esta uma virtude desconhecida do nosso povo; e a gratuita, pela Santa Casa de Misericórdia, única instituição de caridade a qual nunca se pagará em reconhecimento o que se deve em benefícios. Mas é pouco, muito pouco; ao govêrno compete, como um dever premente, construir os grandes hospitais exigidos pelo aumento extraordinário da nossa capital e seu grau de civilização. Êles compreenderiam enfermarias gratuitas, pequenas salas para diárias de cinco mil réis e quartos particulares para dez mil réis”.

História e Evolução dos Hospitais - Ministério da Saúde, 1944.

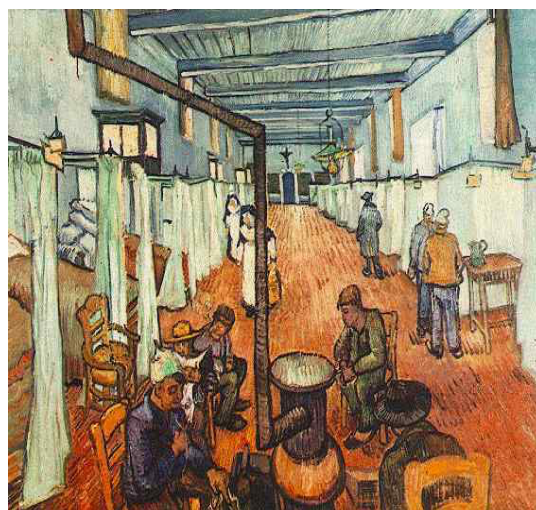


Figura 4 - Ward in the hospital at Arles (1889)
Vincent Van Gogh

As transformações políticas, econômicas e sociais da década de 80 no Brasil possibilitaram o avanço da democracia e criaram as condições necessárias para a promulgação da constituição cidadã de 1988. Entre os inúmeros avanços nela contida, está a formulação de uma agenda universalista no setor saúde com a ampliação da oferta de serviços públicos. Para tanto, a constituição previa também que os serviços públicos fossem desenvolvidos por servidores públicos, admitidos por concurso público e regimentado por leis e normas governamentais, conforme legisla o Art. 37 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Artigo 37 - A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998\)](#)

I - os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei; ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998](#))

II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração; ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998](#)). (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988).

Esse capítulo partirá do contexto democrático no qual se deu o incentivo a carreira pública prosseguindo numa análise que demonstra que as transformações que foram se dando com a Reforma do Estado, impactaram profundamente a premissa da carreira pública que a Constituição trazia consigo. Seguiremos com uma apresentação das Unidades Hospitalares Federais no Rio de Janeiro com seu papel estratégico na gestão da saúde pública e, por fim, as mudanças e desafios na gestão da saúde dos servidores públicos federais.

3.1. A Reforma de Estado e a Carreira Pública: o contexto político da pesquisa.

Os estudos de Cassiamali e Lacerda¹⁰ (1994 apud PESSOA; MARTINS, 2003, p. 250) observam que nos anos de 1979 a 1988, o emprego no setor público cresceu em média 5,5% a.a., significando um índice superior ao dos demais setores para o mesmo período. Afirmam que, embora não se tenham dados apurados sobre a evolução do emprego nos anos 80, reconhece-se o papel do Estado como um forte empregador, principalmente naquelas áreas onde a presença do setor público era forte, como é o caso do setor saúde.

Na década de 90, cerca de 80% do servidores públicos estavam nas áreas de saúde, educação e serviços sociais e na administração pública (administração do Estado, defesa nacional e segurança pública). Segundo Pessoa e Martins (2003, p.253), nos anos 90 494 mil pessoas ingressaram como servidores públicos na área de saúde, educação e serviços sociais e 288 mil ingressaram na administração, um aumento em torno de 15,7% e 10%, respectivamente.

Esse aumento na evolução de emprego público nos anos 90 foi o resultado de uma evolução diferenciada por esfera administrativa. Enquanto União e Estados implementaram políticas restritivas de emprego, os municípios fizeram o movimento contrário, fortemente

¹⁰ CACCIAMALI, M. C.; LACERDA, G. N. Processo de ajustamento, emprego público e diferenciações regionais dos mercados de trabalho no Brasil nos anos 80. In: LAVINAS, L. et ai. (Orgs.). **Integração, região e regionalismo**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994. p. 37-98.

determinado pela criação de 1300 municípios no período e com a necessidade de estruturação local dos serviços de saúde e educação. Assim, somente o emprego na área de saúde, educação, serviços sociais e as funções de Estado se mantiveram em contínuo crescente. Ainda conforme descreve Pessoa; Martins (2003, p.253), em 1990, o emprego municipal já representava 42% do emprego, seguido da esfera estadual, com aproximadamente 40% e da federal com 18%. No âmbito da saúde, esse crescimento foi reforçado pela descentralização dos serviços de saúde para o nível municipal num processo de consolidação do SUS.

A Reforma administrativa de Estado incidiu fundamentalmente sobre a União e sobre os Estados. No governo Collor (1990-1992) aconteceram as demissões de funcionários públicos não estáveis, a limitação das contratações, cortes de gastos, “estímulos à aposentadoria” e a terceirização dos serviços. O governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a partir de 1995, deu continuidade as políticas restritivas através de medidas como o Plano de Demissão Voluntária (PDV), congelamento das vagas, Programa Nacional de Desestatização, medidas que, entre outras consequências, levaram a redução do número dos servidores.

A administração pública gerencial se apresentou como uma alternativa ao que a avaliação política considerava ineficiência ao modelo de gestão dominante e teve como marco fundamental de transição o Plano Diretor da Reforma de Estado em 1995, sob coordenação do então Ministro do Governo FHC, Bresser Pereira.

A reforma administrativa brasileira se instaura a partir da Emenda Constitucional 19/1998 e pôs fim ao Regime Jurídico Único (RJU). Estabeleceu a possibilidade do governo contratar pela CLT na maioria das atividades públicas. Para os servidores foi alterada a estabilidade nos termos anteriores e estes passaram a poder serem demitidos por questões ligadas ao desempenho ou por excesso de gastos da administração pública. Nesse último caso, se Estados e Municípios gastassem mais de 60% da receita com pessoal e, no caso da União, mais de 50%, nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal. A demissão, no entanto, fica condicionada à dispensa prévia dos servidores contratados sem concurso entre 1983 e 1988 e à redução, em pelo menos 20%, das despesas com cargos comissionados. (PESSOA; MARTINS, 2003, p.253).

Um dos objetivos da Emenda Constitucional de 19/1998 foi o de tornar as normas que regulam o mercado de trabalho no setor público parecidas com o setor privado, tornando o emprego no serviço público também subordinado ao ciclo econômico, como ocorre no mercado de trabalho privado. As alterações no Regime Jurídico Único significaram para a Carreira Pública a flexibilidade na estabilidade do servidor, o fim da isonomia salarial no

serviço público e a alteração nas regras do concurso público, diferenciando as carreiras segundo a natureza do cargo. Acresce-se a isso o fato de que a perspectiva de Carreira Pública foi sendo progressivamente enfraquecida com essas medidas. Preconizou-se a flexibilização das relações trabalhistas possibilitando as terceirizações e, por consequência direta, os vínculos de trabalho na administração pública foram precarizados e os servidores públicos submetidos também às pressões do poder político e econômico. Após a reforma administrativa e durante o Governo FHC as novas admissões no serviço público foram somente para as carreiras típicas de Estado. (PESSOA; MARTINS, 2003, p.260).

Como efeito da Reforma de Estado no setor Saúde observamos a difusão de uma agenda de flexibilização administrativa, com a adoção de novos padrões de práticas administrativas entre os gestores das instituições públicas de saúde e não uma agenda sistemática e abrangente de mudanças na gestão.

Dentre esses novos padrões de práticas administrativas estão a constituição de fundações de apoio, a adoção de cooperativas de profissionais de saúde para prestação de serviços nas unidades públicas e a criação das Organizações Sociais, conforme descreve Azevedo (2005),

(i) constituição de fundações de apoio – entidades privadas conveniadas, constituídas por organizações públicas, visando agilização das receitas complementares à dotação pública, também a remuneração complementar de profissionais submetidos ao regime jurídico único, a contratação de recursos humanos, implementação de obras e aquisição de bens (ii) adoção do sistema de cooperativas de profissionais de saúde para prestar serviços nas unidades públicas (iii) criação de organizações sociais – entidades jurídicas previstas no projeto da Reforma da Administração Pública do governo federal de 1995, que inova ao permitir que entes públicos não estatais possam absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, que possam se situar fora da administração direta. Essas entidades seriam associações civis sem fins lucrativos para execução da atividades de interesse público, porém de competência não exclusiva do Estado. (AZEVEDO, C., 2005, p. 59).

A política de redução do Estado com essas medidas de privatização e terceirização dos serviços, do limite com gastos de pessoal e da ausência de concurso público pelo Governo Federal, foram fatores que influenciaram fortemente a flexibilização do mercado de trabalho em saúde, com enormes prejuízos para o trabalhador, e sendo feito sem o amparo legal, comprometendo direitos sociais e trabalhistas historicamente conquistados pelos trabalhadores, inclusive do campo da saúde.

Esse quadro sofreu alguma modificação a partir do segundo mandato do Presidente Lula (2005-2008) que estabeleceu como meta a regularização das relações de trabalho no setor público, promovendo a realização de concursos públicos. No entanto, ainda permanece

no cenário da saúde diversos modelos de vinculação institucional concomitantemente ao regime de servidor público como são os contratos temporários, as cooperativas, a prestação de serviço, o contrato com instituições filantrópicas, as bolsas de pesquisa de fundações de apoio e as Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP).

Mais recentemente, em 2011, a então presidenta Dilma Rousseff promulgou a Lei 12.550 de 15/12/2011, que autoriza a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no contexto do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários¹¹ e numa conjuntura na qual as fundações de apoio detém incomensurável importância. A EBSEH é uma empresa estatal, uninominal, controlada em 100% pela União (artigos 1º e 2º da Lei 12.550), que não emite ações e atua exclusivamente com hospitais públicos, no SUS, com atendimento gratuito (art. 3º, *caput* e parágrafo 1º). Segundo o artigo, a finalidade da EBSEH é, então, fundada pelo artigo 3º da Medida Provisória, a

[...] prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, assim como a prestação, às instituições federais de ensino ou instituições congêneres, de serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. (LEI 12.550 de 15/12/2011).

Observamos que a Reforma de Estado na área de saúde não vem sendo conduzida a partir de uma agenda coerente com os princípios da Reforma Sanitária brasileira. Foi, ao contrário, um esforço cujo objetivo era a passagem de serviços públicos de saúde para a esfera privada. Enfim, o contexto geral de desvalorização do servidor público da saúde e a perda de uma perspectiva de carreira pública, segundo Azevedo (2005, p.64) “dificultam a construção de um sentido partilhado entre os trabalhadores e os níveis gerenciais quanto ao trabalho organizacional.” De modo contundente Azevedo (2005, p.64) interroga a “possibilidade das organizações públicas brasileiras ocuparem o lugar de grande investimento pelos seus trabalhadores e, portanto tornarem-se palco de idealização, espaço de realização dos indivíduos em seus projetos individuais.”

Diríamos que sim e não. Não, se olharmos somente para o cenário de desafios postos pela gestão pública do poder no hospital em todas as suas injunções político, partidárias, técnicas e éticas. Sim, se apostarmos na capacidade dos profissionais de saúde recriarem o sentido do seu trabalho quotidianamente ainda que em cenários pouco favoráveis.

¹¹ Decreto nº 7.082/2010.

Entre o “sim” e o “não”, talvez possamos interrogar se não estariam inseridas nesse impasse as trajetórias de vida laboral que sucumbiram ao diagnóstico de ansiedade e depressão e se afastaram das atividades profissionais em hospital.

3.2. As Unidades Hospitalares Federais no Rio de Janeiro: o contexto profissional da pesquisa

O município do Rio de Janeiro detém um amplo conjunto de hospitais públicos, o que se explica pelo fato de ter sido Distrito Federal até 1960, composto por 8 hospitais federais não-universitários originários do INAMPS e dos programas do Ministério da Saúde, um conjunto expressivo de hospitais estaduais que pertenciam ao antigo Estado da Guanabara, que são da administração da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e uma rede de hospitais municipais. E, além desses, uma expressiva rede de hospitais universitários e privados contratados.

Os hospitais federais inicialmente eram organizados em dois grupos de acordo como sua origem de vinculação ao Ministério da Saúde ou ao Ministério da Previdência: 1) Unidades originalmente ligadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), inauguradas entre 1945 e 1960 para atender os beneficiários dos Institutos que eram autarquias ligadas à Previdência Social e cuja fonte de financiamento eram as contribuições previdenciárias dos trabalhadores. As IAPs ao serem unificadas ficaram subordinadas ao INPS e depois ao INAMPS. São unidades de maior porte e de maior complexidade tecnológica. São essas: Hospital Federal dos Servidores do Estado, Hospital de Ipanema, Hospital da Lagoa, Hospital de Bonsucesso, Hospital Cardoso Fontes, Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, Hospital de Traumatologia e Ortopedia e Hospital do Andaraí. 2) Hospitais originalmente ligados ao Ministério da Saúde que foram inaugurados em períodos diferentes, no âmbito de programas prioritários do Ministério da Saúde e que eram da administração direta e financiados com recursos do Ministério da Saúde. Da década de 50 a década de 80 esses últimos estiveram vinculados às campanhas do Ministério da Saúde (Campanha de Controle e Combate ao Câncer; Campanha de Controle e Combate a Tuberculose e Campanha de Saúde Mental) que dispunham de flexibilidade administrativa para a contratação de pessoal sem concurso público. São esses: Instituto Nacional do Câncer e três outros hospitais que foram municipalizados em 1999/2000 que são o Hospital Raphael de Paula Souza (Hospital de Curicica) e o Hospital Psiquiátrico Pedro II (Instituto Nise da Silveira) e o Instituto Philippe Pinel.

Nos anos 90, com a implantação do SUS foram feitas tentativas de descentralização dos hospitais federais localizados no Rio de Janeiro. No interior do Estado o que se observou foi um rápido processo de descentralização com repasses das unidades ambulatoriais federais e estaduais para as secretarias municipais. Em paralelo o processo de descentralização dos numerosos Postos de Assistência Médica (PAMs) e dos hospitais federais da capital foi moroso uma vez que esbarrava em dificuldades políticas, institucionais, financeiras e gerenciais.

Em 1991, no final do Governos Moreira Franco, quatro hospitais federais são estadualizados: Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, Hospital de Traumatologia-Ortopedia, Hospital dos Servidores do Estado e Hospital de Ipanema. Nos anos subsequentes essas unidades permaneceram com orçamento federal que não foi compensado por recursos estaduais pelo Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, prejudicando conseqüentemente o funcionamento dos hospitais que são então devolvidos ao Ministério da Saúde em 1994.

As unidades originalmente ligadas a Previdência Social sempre se subordinaram às estruturas federais localizadas no município do Rio de Janeiro, Direção Geral do INSS, depois INAMPS. Já os hospitais do Ministério da Saúde se subordinavam às divisões do MS responsáveis pelas doenças específicas as quais se relacionavam. Em 1995 as duas redes foram unificadas pelo Ministro da Saúde Adib Janete e determinada a subordinação das unidades federais ao Escritório de Representação do MS no Rio de Janeiro.

A discussão de descentralização dos hospitais federais é retomada na gestão do Ministro Carlos Alburquerque em meados de 1997 e o município mostra interesse em assumir os seis hospitais federais, desde que lhes fossem assegurados os recursos financeiros para sua manutenção. O que deflagrou inúmeros movimentos de resistência, inclusive dos diretores dos hospitais que consideravam a municipalização um caminho para a redução do poder político, do aporte de recursos financeiros e da autonomia gerencial das Unidades federais.

A proposta em curso era o Ministério da Saúde repassar todos os hospitais federais para Estado ou Município do Rio de Janeiro, o que não teve qualquer efeito no INCA pela sua força política.

Em 1998 José Serra assume o Ministério da Saúde e a questão da descentralização dos hospitais federais se esvazia e amplia-se a discussão acerca da moralização das unidades, regate do planejamento, transparência nos gastos e redução de custos excessivos. Somente no final de 1998 a discussão da municipalização é retomada e o repasse tratado de acordo com as

especificidades de cada Unidade. Essa discussão perdura até a atualidade num franco processo de avanços e retrocessos que conjugam diferentes interesses políticos e defesas de modelos de gestão dos hospitais.

Os hospitais federais se diferenciam quanto ao perfil assistencial e são, no geral, unidades com maior complexidade tecnológica, compreendendo Hospitais Gerais de nível terciário, alguns dispendo de serviços de emergência clínica e cirúrgica e Unidades especializadas.

Do ponto de vista financeiro, os hospitais federais localizados no Rio de Janeiro são unidades com dotação orçamentária do Ministério da Saúde, executam o orçamento de forma descentralizada com a existência de estruturas administrativas para dar conta dos processos de compras, licitações, planejamento orçamentário-financeiro, controle de estoques, dentre outros.

No que tange ao quadro de recursos humanos, a contratação de funcionários depende do nível federal e o último concurso público para o quadro permanente foi em 2006, levando a um déficit importante de profissionais em algumas unidades. Esse déficit vem sendo suprido por contratos e concursos temporários e no governo Lula/Dilma também pela oferta aos servidores do Adicional de Plantão Hospitalar (APH) por carga horária extra nas unidades em setores com demanda emergencial.

Os níveis salariais dos profissionais são heterogêneos e dependem da época de ingresso e tempo de serviço público, existindo variações salariais entre categorias profissionais, servidores de mesma categoria profissional e entre áreas administrativa e assistencial. De forma geral, os salários são maiores quando comparados a esfera estadual e municipal. (MACHADO, 2001, p.119).

Além disso, podemos supor que esse processo de municipalização e estadualização dos hospitais federais e sua posterior re-federalização representou em seu bojo também mudanças na autonomia dos profissionais federais e são um elemento histórico que deve ser também analisado nas narrativas dos profissionais entrevistados. Esse percurso histórico encontra-se sintetizado a seguir e é um elemento importante pois submeteu servidores ao longo do percurso profissional a viver as inseguranças quanto a possíveis efeitos na carreira federal com a municipalização ou estadualização dos hospitais.

3.2.1 Histórico do processo de federalização, municipalização/estadualização e refederalização dos hospitais federais

As informações que seguem foram retiradas das páginas oficiais de alguns dos hospitais na internet, e destacamos nessas a descrição do histórico de hospital federal o que também inclui o processo de municipalização/estadualização. Para os hospitais que não dispõem de páginas oficiais na internet, utilizei como referência o relatório¹² da Controladoria Regional da União no Estado do Rio de Janeiro, de 17 de agosto de 2015 que audita a Secretaria de Atenção a Saúde e que apresenta neste um breve histórico de cada um dos hospitais considerando o período de transferência dos hospitais para Município e Estado.

3.2.1.1 Instituto Nacional do Câncer (INCA)¹³

Década de 30: Primeiros passos no combate ao câncer.

A história do INCA começa na década de 30, com a reorientação da política nacional de saúde, devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, inclusive o câncer. Em 13 de janeiro de 1937, o Presidente Getúlio Vargas assina o decreto de criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro. Para o cargo de diretor é nomeado o Dr. Mário Kroeff, um dos pioneiros da pesquisa e tratamento do câncer no Brasil. As instalações do Centro seriam inauguradas pouco mais de um ano depois, em 14 de maio de 1938, com 40 leitos, um bloco cirúrgico, um aparelho de raios-X e outro de radioterapia.

Década de 40: Elaboração de uma política nacional.

Buscando-se desenvolver uma política nacional de controle do câncer, em 1941 é criado o Serviço Nacional de Câncer - SNC e, três anos mais tarde, o Centro de Cancerologia transforma-se no Instituto de Câncer, órgão de suporte executivo daquele Serviço. No seu início, o SNC enfrentaria sérios percalços, passando a funcionar em instalações inadequadas até ser transferido, em 1946, para o Hospital Gaffrée e Guinle.

Década de 50: Conquista da sede própria.

A aquisição de uma sede própria e definitiva, que viabilizasse a criação do grande hospital-instituto, passaria a nortear os objetivos institucionais. No mesmo ano de 1946, são

¹² Disponível em: http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/7375_%20Relatório%20201503296.pdf

¹³ Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=235.

transferidos para o Patrimônio da União dois terrenos e um imóvel em construção, localizados na Praça Cruz Vermelha, nº 23, para aí ser construído o prédio do novo Instituto de Câncer, prédio inaugurado onze anos mais tarde, em 1957, com a presença do então Presidente da República, Juscelino Kubitschek.

Década de 60: Fortalecimento da política de câncer.

Em 1961, é aprovado o novo regimento do Instituto, reconhecendo-o oficialmente como Instituto Nacional de Câncer e atribuindo-lhe novas competências nos campos assistencial, científico e educacional. Segue-se uma fase áurea para a instituição, marcada, inclusive, por seus programas de formação de recursos humanos especializados, para todo o país, e pela ampliação das suas instalações, na Praça Cruz Vermelha. Entretanto, a reorientação das políticas econômica e de saúde, a partir da década de 60, originaria mudanças que, por um lado, beneficiariam a medicina previdenciária e, por outro, reduziriam drasticamente o orçamento do Ministério da Saúde. As medidas tomadas resultam em muitas modificações estruturais e funcionais para o INCA.

Décadas de 60/70: Saúde pública x medicina previdenciária.

Em 1967, cria-se a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC, com o intuito de se agilizar, financeira e administrativamente, o controle do câncer no Brasil e, em 1969, sob inúmeros protestos, o Instituto é desligado do Ministério da Saúde, passando à administração da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entidade ligada ao Ministério da Educação e Cultura, para ser adjudicado, três meses depois, à recém-criada Fundação das Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara - FEFIEG. Esta situação, porém, não duraria muito tempo, pois, em 1972, graças aos movimentos de resistência e de luta internos e externos, o INCA é reintegrado ao Ministério da Saúde, desligando-se de seu antigo órgão gestor financeiro, a então Divisão Nacional de Câncer - nova nomenclatura que havia sido adotada para o SNC - e passando a ser subordinado diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde.

Década de 80: Projeção como centro nacional de referência.

Os primeiros anos da década de 80 marcariam o início de um período de crescimento e recuperação do INCA, como órgão fundamental para a política de controle do câncer no Brasil. Em 1980, o INCA passa a receber recursos financeiros através da CNCC, como resultado do processo de co-gestão entre o Ministério da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, o que permitiu, em apenas dois anos, duplicar a prestação de serviços médicos pelo INCA. Passaram a ser inúmeras as reformas e programas executados, bem como

os convênios técnico-científicos firmados, que projetariam ainda mais o INCA como um centro médico-hospitalar especializado, de ensino e de pesquisa.

A partir de 1982, o INCA e a CNCC buscam reorientar as ações de controle do câncer, por meio de um Sistema Integrado de Controle do Câncer - SICC, cuja estrutura técnico-administrativa passaria a ser o Pro-Onco. Em 1983, esta proposta é consolidada, transferindo-se para o INCA/CNCC as atividades até então exercidas pela Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas - DNDCD (à qual também se incorporara a Divisão Nacional de Câncer), da Secretaria Especial de Programas de Saúde - SNEPS, do Ministério da Saúde. Desde então, dá-se uma ação contínua, de âmbito nacional, abrangendo, em forma de programas, múltiplos aspectos do controle do câncer: informação (registros de câncer), combate ao tabagismo, prevenção de cânceres prevalentes, educação em cancerologia nos cursos de graduação em Ciências da Saúde e divulgação técnico-científica, que se estende por toda a década de 80 e que se mantém até os dias de hoje. Do ponto de vista da assistência médico-hospitalar, o INCA passaria a contar com o seu Centro de Transplante de Medula Óssea, e o Pro-Onco, em parceria com o Hospital de Oncologia, criaria o Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico, ambos setores também de alta expressividade estrutural e técnico-científica para o INCA, na atualidade.

Década de 90 - Ampliação de funções e reestruturação.

Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a lei que cria o SUS (Sistema Único de Saúde), novo impulso é dado ao INCA, ao ser incluído especificamente nessa Lei, em seu Artigo 41, como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e para a avaliação da prestação de serviços ao SUS. Nos anos seguintes, em 1991, 1998 e 2000, decretos presidenciais ratificariam a função do INCA como o órgão governamental responsável por assistir o Ministro da Saúde na formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer (PNPCC) e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador.

O INCA consolida a sua liderança no controle do câncer no Brasil, em todas as suas vertentes: ampliam-se os programas já em desenvolvimento; criam-se novos programas nacionais de detecção precoce do câncer; institui-se um Conselho Consultivo, que congrega os representantes das sociedades de especialistas e de instituições especializadas brasileiras; incorporam-se ao INCA o Hospital de Oncologia (do ex-Inamps), o Hospital Luíza Gomes de Lemos (da Associação das Pioneiras Sociais) e o Pro-Onco (da Campanha Nacional de Combate ao Câncer); o INCA é auditado externamente por instituições nacionais e por uma

instituição internacional; inicia-se o Programa de Gestão pela Qualidade Total; estrutura-se uma nova coordenadoria para desenvolver, especificamente, os programas de controle do tabagismo e de prevenção de outros fatores de risco de câncer - a Contapp; crescem a articulação e o reconhecimento nacional e internacional do INCA; e, para apoiá-lo financeiramente, cria-se a Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer - FAF, hoje, Fundação do Câncer.

Em 1998, é inaugurado o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico - uma unidade hospitalar dedicada exclusivamente aos cuidados paliativos - sendo esta a primeira de uma série de ações internas de reorganização do Instituto com o objetivo de tornar a prática da cancerologia mais associada à oferta equilibrada dos serviços prestados à população. As unidades Contapp e Pro-Onco são transformadas em uma única coordenação responsável pela prevenção do câncer - a CONPREV. Os Serviços assistenciais duplicados ou triplicados, nas três unidades hospitalares, são fundidos. O Hospital Luiza Gomes de Lemos é transformado em Hospital do Câncer III - uma unidade hospitalar exclusivamente dedicada ao tratamento do câncer de mama. O Hospital de Oncologia passa a atender, sob o nome de Hospital do Câncer II, pacientes com cânceres genitais femininos. É inaugurado o prédio da Coordenação de Pesquisa e o Centro de Transplante de Medula Óssea é elevado ao status de coordenador nacional de sua especialidade, no âmbito do SUS. O Conselho de Bioética é criado para discutir as questões morais e filosóficas, vitais para orientar com racionalidade o atendimento àqueles que se beneficiam das práticas terapêuticas e aos pacientes que recebem cuidados paliativos.

A partir de 2000 - Expansão da assistência, criação da Rede de Atenção Oncológica e planejamento do Campus Integrado

Em 2000, buscando expandir a capacidade de serviços oncológicos do SUS e garantir para toda a população uma assistência oncológica integral, com qualidade e de forma integrada, o Ministério da Saúde publica a Portaria 3.535 que regulamenta o "Projeto Expande" atribuindo ao INCA sua coordenação. Com este fim, planeja-se estrategicamente a criação, implantação ou implementação de centros de oncologia em hospitais gerais - os já conhecidos Centros de Alta Complexidade em Oncologia -, para a expansão da oferta de serviços diagnósticos, cirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos e de cuidados paliativos em áreas geográficas antes sem cobertura para a população local. Em 2003, uma crise administrativa deixa as Unidades Assistenciais do Instituto parcialmente desabastecidas. A mobilização dos funcionários do INCA e a rápida interferência do Ministério da Saúde

restabelecem a normalidade no atendimento aos pacientes, mas resultam também em mudanças nos processos gerenciais. Sob nova direção, o INCA estabelece um novo modelo de gestão, mais participativa, baseada nos princípios da ética, transparência e responsabilidade social, comprometida com as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, equidade, integralidade e descentralização, com ampliação da garantia de qualidade de acesso aos serviços.

Em fins de 2005, o Ministério da Saúde lança a Política de Atenção Oncológica através da Portaria GM/MS 2.439 de 8 de dezembro, reconhecendo o câncer como um problema de saúde pública e criando a Rede de Atenção Oncológica, uma rede de trabalho cooperativo para o controle do câncer, com a participação do Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades públicas e particulares, serviços de saúde e centros de pesquisa, assim como de organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Entre 2000 e 2005, o INCA obtém grandes avanços na prevenção e detecção precoce do câncer - seja pelas ações do Programa de Controle do Tabagismo, pelos esforços empreendidos a favor da restrição da propaganda de cigarro, pelo apoio técnico para que o Brasil aderisse à Convenção-quadro para o Controle do Tabaco ou ainda pela intensificação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

Na segunda metade da década, todas as cinco unidades hospitalares do Instituto são acreditadas pela Joint Commission International, elevando o padrão de qualidade na prestação de serviços oncológicos para a população.

3.2.1.2 Instituto de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO)¹⁴

Em 1943, com a finalidade de atender aos funcionários e segurados da companhia de navegação LLOYD BRASILEIRO, foi criado o Hospital Central de Acidentados, que logo adquiriu grande importância pela excelência de seu atendimento. Desativado, o Hospital Central de Acidentados foi adquirido pelo INPS em 1973 para prestar atendimento em Traumatologia e Ortopedia e passou a se chamar Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO, com a coordenação de uma equipe do Hospital de Bonsucesso. Naquele momento, o INTO começava a desenhar sua trajetória, através da implantação de técnicas inovadoras, próprias de países do primeiro mundo. Em setembro de 1984, foi acrescentado à sua

¹⁴ Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/conteudo.aspx?id=3>.

denominação o nome Dr. Mário Jorge, uma homenagem ao primeiro chefe do serviço de ortopedia. Em 1986, sob nova direção, o Hospital passou a dar ênfase ao aperfeiçoamento dos profissionais e as ações comunitárias. A demanda de pacientes cresceu e o resultado do trabalho desenvolvido fez com que assumisse uma posição de destaque no Brasil.

O Hospital foi estadualizado em 1991 e passou por uma fase difícil, devido à escassez de recursos, mas nem por isso deixou de continuar prestando atendimento de qualidade. Uma nova direção assumiu o Hospital em 1992. O objetivo maior dessa diretoria era retornar o Hospital para a esfera federal, o que aconteceu em 1993, quando o HTO voltou a ser subordinado diretamente ao Ministério da Saúde. No final de 1994, foi criado o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, sob coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Em julho de 2011, o INTO, como membro integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, passa a se chamar Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad de acordo com publicação do Diário Oficial. O novo nome é uma homenagem ao político e médico ortopedista. Em agosto do mesmo ano, inicia suas atividades na sede da Avenida Brasil, onde funcionava o antigo e tradicional prédio do Jornal do Brasil.

3.2.1.3 Instituto Nacional de Cardiologia (INC)¹⁵

A necessidade da criação de um hospital especializado em Cardiologia surgiu no início dos anos 70, no núcleo do Hospital Nossa Senhora das Vitórias, em Botafogo. Esse núcleo, em 1973, contribuiu para a criação do Hospital das Clínicas de Laranjeiras, situado na Rua das Laranjeiras, 374, no prédio onde funcionava a antiga Casa das Comerciárias, pertencente ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC). Com o nome de Hospital das Clínicas de Laranjeiras e, posteriormente, Hospital de Cardiologia de Laranjeiras (HCL) passou a desenvolver exclusivamente atendimento médico assistencial na área de Cardiologia.

Em 1991 foi estadualizado mas por entraves financeiros foi devolvido ao Ministério da Saúde em 1994. Com base no nível de excelência de seus serviços, no ano de 2000, o HCL tornou-se um Centro de Referência do Ministério da Saúde para a realização de treinamento, pesquisa e formulação de políticas de saúde, passando a atuar sob a denominação de Instituto

¹⁵ Disponível em: <http://www.inc.saude.gov.br/htm/inc.htm>

Nacional de Cardiologia (INC). Referência do Ministério da Saúde no tratamento de alta complexidade em doenças cardíacas, o Instituto Nacional de Cardiologia atua há mais de 40 anos com destaque em procedimentos hemodinâmicos, cirurgias cardíacas de alta complexidade, incluindo as neonatais.

Atualmente é o único hospital público que realiza transplantes cardíacos em adultos e crianças no Estado do Rio de Janeiro e é o segundo centro que mais realiza cirurgias de cardiopatias congênitas no Brasil. Formador de profissionais para a rede de saúde, o INC possui Programas de Residência Médica, Enfermagem e Farmácia de excelência, além de cursos de pós-graduação que abrangem diversas áreas de atuação cardiovascular, como Hemodinâmica, Ecocardiografia e Perfusão em Cirurgia Cardíaca. Conta ainda com mestrado multiprofissional em Ciências Cardiovasculares e Avaliação de Tecnologia em Saúde.

No campo da pesquisa, foi escolhido pelo Ministério da Saúde como coordenador do maior estudo multicêntrico já realizado no país na área de terapias celulares em cardiopatas e desenvolve pesquisas clínicas em diversas áreas de diagnóstico e tratamento em cardiologia.

3.2.1.4 Hospital Federal dos Servidores do Estado (HSE)¹⁶

O Hospital dos Servidores do Estado (HSE) inicia sua existência em maio de 1934, sob a denominação de Hospital dos Funcionários Públicos, quando, por iniciativa do Ministro do Trabalho, Salgado Filho, o Presidente Getúlio Vargas assina decreto destinando recursos para a sua construção. Em 1938 é criado o IPASE - Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado, incorporando o Hospital dos Funcionários Públicos, que passa a ter a denominação que mantém até hoje: Hospital dos Servidores do Estado - HSE.

Em fevereiro de 1947, o Dr. Raymundo de Moura Britto é nomeado Diretor do HSE, com a missão de ultimar a construção e atualizar a organização funcional do Hospital. O novo diretor reuniu numeroso grupo de médicos ilustres em torno daquela Missão, destacando-se os doutores Mariano de Andrade e Aloysio de Salles Fonseca. O presidente Dutra escolheu para data de inauguração o dia 28 de outubro de 1947, dia do Funcionário Público, e cumprindo sua deliberação, compareceu e presidiu ao Ato Inaugural, ao qual estiveram presentes o Vice-Presidente Nereu Ramos, todo o Ministério e os Presidentes do Senado e da Câmara Federal de Deputados.

¹⁶ Disponível em: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/hospital/apres/hist.asp>

As inovações técnicas e administrativas que o caracterizaram levaram o HSE a ser reconhecido como o mais avançado hospital público da América Latina por autoridades nacionais e estrangeiras, que lhe conferiram a Classe A no Sistema Internacional de Classificação de Hospitais. Desde a sua origem este Hospital identificou-se como organismo docente assistencial pioneiro. Foi o introdutor do Centro de Estudos organizado dentro da estrutura hospitalar, com Biblioteca e a edição de uma revista médica - a Revista Médica do HSE, destinadas a promover o desenvolvimento técnico-científico do seu Corpo Clínico. Formou Médicos Residentes de todos os estados do país e também do exterior, que tem ocupado funções de comando em Universidades, Secretarias de Estado e Entidades de Classe.

Do seu Corpo Clínico participaram e ainda participam 20 Professores Titulares, 60 Livres Docentes ou Adjuntos e mais de 90 Assistentes e Auxiliares de Ensino de várias Universidades e Escolas de Medicina. Atualmente o H.F.S.E. conta com 90% de Especialistas Titulados, 30% de Mestres, 10% de Doutores e 30% de profissionais com Especialização no Exterior. Inovador no Atendimento Médico e na Administração Hospitalar, o Hospital tem sido palco de grandes acontecimentos científicos e históricos. Nele internaram-se cinco Presidentes da República: José Linhares, Café Filho, Juscelino Kubistcheck, João Goulart e João Baptista Figueiredo. Pioneiro nos procedimentos dialíticos no país, quando implantou o primeiro Rim Artificial da América do Sul, no HSE foi também realizado o primeiro Transplante Renal e Cardíaco na cidade do Rio de Janeiro. Em 1991 foi estadualizado, mas por entraves financeiros foi devolvido ao Ministério da Saúde em 1994.

3.2.1.5 Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)¹⁷

Antigo Hospital General do Nascimento Vargas, o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), na época, subordinado ao IAPETEC (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas), foi inaugurado em janeiro de 1948 pelo então presidente da República, General Eurico Gaspar Dutra.

Com a fusão dos institutos de previdência, na década de 60, o HFB passa a fazer parte do então criado INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que era responsável pela saúde, arrecadação e pagamento dos aposentados.

Em 1975, foram inaugurados os ambulatórios e a Emergência (apenas para atendimento de casos clínicos). Do final da década de 70 até 1989, a Unidade passou a ser

¹⁷ Disponível em: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/hospital/historico.asp>

gerida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Nesta época, teve início o estudo para viabilizar a implantação do Serviço de Transplante Renal e da Clínica de Cirurgia Cardíaca.

Na década de 90, o Hospital passa a pertencer ao SUS (Sistema Único de Saúde) e neste período, é implantada a informatização no Hospital, criada a Creche Itália Franco e há a inauguração do atual Prédio do Ambulatório, em 1992.

A partir do ano 2000, são implantados os serviços de Ouvidoria, Cirurgia Torácica e de Cirurgia Reconstructiva dos Membros e Microcirurgia. São reestruturados os serviços de Oncologia, Clínica Médica B, Anatomia Patológica e Patologia Clínica, além da Farmácia, Hemoterapia (Banco de Sangue), Central de Esterilização, Maternidade e Unidade de Transplante Renal, todos com investimentos em infra-estrutura e aquisição de novos equipamentos. Foram criados os serviços de Cirurgia Hepatobiliar (transplante de fígado), Psicologia, Fisioterapia e o Ambulatório de Genética Clínica.

3.2.1.6 Hospital Federal da Lagoa (HFL)¹⁸

O Hospital Federal da Lagoa – HFL foi oriundo do Hospital Sul América que demorou oito anos para ser construído e, ao ficar pronto, foi posto à venda, sendo adquirido pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários – IAPB. Em 1962, foi inaugurado com o nome de Hospital dos Bancários. Em 1967, foi transferido para o INPS e posteriormente para o Ministério da Saúde. Em 1999, foi municipalizado.

Com a declaração de estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, por meio do Decreto n.º 5.392, de 10/03/2005, o Hospital Federal da Lagoa, à época sob a gestão do Município do Rio de Janeiro, foi transferido novamente para a gestão do Ministério da Saúde e, conjuntamente com o Hospital Federal dos Servidores do Estado e o Hospital Federal de Bonsucesso, passou a fazer parte da administração pública federal.

3.2.1.7 Hospital Federal Cardoso Fontes (HCF)¹⁹

¹⁸ Disponível em: http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/7375_%20Relatório%20201503296.pdf

¹⁹ Disponível em: http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/7375_%20Relatório%20201503296.pdf

O Hospital Federal Cardoso Fontes - HFCF foi fundado em 1945 como Departamento de Benefício Sanitário Cardoso Fontes. Integrou a rede de assistência médica do INPS, sendo em 1993 transferido à gestão federal, passando a pertencer à rede de assistência pública do SUS. Em 1999, a gestão passou a ser municipal.

Com a declaração de estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, por meio do Decreto n.º 5.392, de 10/03/2005, o Hospital Federal Cardoso Fontes, à época sob a gestão do Município do Rio de Janeiro, foi transferido novamente para a gestão do Ministério da Saúde e, conjuntamente com o Hospital Federal dos Servidores do Estado e o Hospital Federal de Bonsucesso, passou a fazer parte da administração pública federal.

3.2.1.8 Hospital Federal de Ipanema (HFI)²⁰

O Hospital Federal de Ipanema – HFI (não possuía essa nomenclatura à época) foi fundado em 1955 pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes - IAPC. Em 1967, após a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, recebeu a denominação de Hospital de Ipanema, passando a estar vinculado à assistência médica do INPS. Em 1991 foi estadualizado mas em 1994, o Hospital foi incorporado à gestão federal por intermédio do Núcleo do Estado do Rio de Janeiro – NERJ (atual Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro – NEMS/RJ). Em 2000, volta a ser gerido pelo município.

Com a declaração de estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, por meio do Decreto n.º 5.392, de 10/03/2005, o Hospital Federal da Lagoa, à época sob a gestão do Município do Rio de Janeiro, foi transferido novamente para a gestão do Ministério da Saúde e, conjuntamente com o Hospital Federal dos Servidores do Estado e o Hospital Federal de Bonsucesso, passou a fazer parte da administração pública federal.

3.2.1.9 Hospital Federal do Andaraí (HFA)²¹

O Hospital Federal do Andaraí – HFA foi criado em 1945 como Clínica de São Jorge. Em 1955, passou a se denominar Hospital dos Marítimos, tendo sido integrado ao Instituto

²⁰ Disponível em: http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/7375_%20Relatório%20201503296.pdf

²¹ Disponível em: http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/7375_%20Relatório%20201503296.pdf

Nacional de Previdência Social – INPS (atual Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS) em 1967. Em 2000, foi municipalizado.

Com a declaração de estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, por meio do Decreto n.º 5.392, de 10/03/2005, o Hospital Federal do Andaraí, à época sob a gestão do Município do Rio de Janeiro, foi transferido novamente para a gestão do Ministério da Saúde e, conjuntamente com o Hospital Federal dos Servidores do Estado e o Hospital Federal de Bonsucesso, passou a fazer parte da administração pública federal.



No contexto de federalização dos hospitais foi criado o Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro – DGH/RJ, por meio da Portaria GM/MS n.º 1270/2005, com a finalidade de supervisionar e coordenar os hospitais, atuando de forma integrada com os demais serviços de saúde a fim de fortalecer o Sistema Único de Saúde. O Decreto n.º 8065/2013 traz as competências do DGH/RJ. Segundo o artigo 19, ao Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro compete:

- I - promover a integração operacional e assistencial dos serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, ampliando sua eficiência e eficácia;
- II - articular e coordenar a implementação das políticas e projetos do Ministério da Saúde nas unidades assistenciais sob sua responsabilidade;
- III - implementar ações de gestão participativa e controle social dos serviços de saúde sob sua responsabilidade;
- IV - atuar de forma integrada com os demais serviços de saúde localizados na cidade do Rio de Janeiro, na Região Metropolitana e nos demais Municípios do Estado, com vistas ao fortalecimento e à qualificação das redes assistenciais nesses territórios;
- V - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob sua gestão;
- VI - planejar, coordenar, orientar, executar e avaliar as atividades de contratação de serviços e de aquisição de bens e materiais para as unidades assistenciais sob sua responsabilidade;
- VII - planejar e monitorar a armazenagem e a distribuição de bens e materiais para as unidades assistenciais sob sua responsabilidade. (PORTARIA GM/MS n.1270/2005).

Ressalta-se que o DGH/MS é órgão subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e não se caracteriza como Unidade Orçamentária – UO ou Unidade Gestora - UG.

Sobre o modelo de gestão de suas unidades hospitalares, Ministério da Saúde vem adotando a organização de fundações privadas de apoio com o objetivo de suprir as necessidades dos hospitais, especialmente no que se refere aos recursos humanos e diversificação de fontes de financiamento. Dentre as unidades hospitalares que já têm fundação consolidada temos o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estabelecida em 1991 e o Instituto Nacional de Cardiologia (INCL).

Em 1995/96, na gestão do então Ministro da Saúde, Adib Janete, fortalecesse a constituição das fundações com ritmo e intensidade diferenciadas entre os demais hospitais federais, processo esse condicionado a iniciativa da direção, ao grau de debate e resistência dos profissionais do hospital e as oscilações no cenário político dos hospitais. (MACHADO, 2001, p.143).

Em 2005, a crise da área hospitalar reforça a discussão das Fundações de Apoio como solução à crise da administração pública que é considerada com baixa capacidade operacional, pouca autonomia decisória, e influenciado por políticas externas. Isso porque, além desses entraves da gestão pública, os serviços hospitalares públicos representam um desafio para o SUS na medida que, demandam “uma política de incorporação tecnológica, informatização, modernização administrativa e gestão de recursos humanos comprometidos com o serviço público.” (SANTOS, 2006).

Em 2012 foi assinado um Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Fundação Saúde para a contratação de novos profissionais de saúde e esta passou então a ser a entidade apoiadora do Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal dos Servidores do Estado e do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad.

Observamos nesse cenário que à inserção do profissional no serviço público de saúde via concurso público vem sendo acrescidas outras formas de contratação que implicam na substituição da carreira pública na saúde pelo modelo privado de contratação. Essa mudança tem forte impacto para o profissional de saúde concursado, impõe novas formas de relação do profissional de saúde e o serviço público, que implicam em novos desafios a gestão. As políticas em torno da proteção e promoção da saúde do servidor é um desses desafios que discutiremos no tópico seguinte.

3.3. A política de atenção à saúde do servidor público federal: o ponto de convergência da pesquisa

O Art. 200 da Constituição Federal de 1988 diz que ao Sistema Único de Saúde cabe “(...) II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”. Na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, a saúde do trabalhador passa a ser regida pelos princípios e diretrizes do SUS e toma como premissa que a saúde do trabalhador tem múltiplos fatores determinantes e condicionantes, sendo o trabalho um de importância ímpar. A partir de criação do SUS, iniciativas de integração institucional surgem no cenário das políticas de saúde com a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST) do Conselho Nacional de Saúde.

A saúde do trabalhador surge no Brasil na esteira do Movimento Sanitário e se estrutura a partir da necessidade do Estado intervir mais efetivamente nas relações do processo produtivo, regulamentando os ambientes de trabalho no sentido de proteger e promover condições laborais dignas para o trabalhador, dada as mudanças nos processos de trabalho deflagradas pela reestruturação produtiva e suas consequências para a saúde do trabalhador. A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNTS) foi um marco na estruturação da discussão da saúde no trabalho, contudo, foi na IX Conferência Nacional de Saúde em 1994 e II CNTS que fica estabelecido que a organização das ações de saúde do trabalhador passaria pela consolidação do SUS.

Com o intuito de fortalecer as ações referentes à saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde amplia experiências já existentes no âmbito da saúde do trabalhador e cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da Portaria 1679/GM em 19 de setembro de 2002, com o objetivo de integrar a rede de serviços do SUS, com a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Assim determina a Portaria em seu Art. 1º,

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único – Deverá ser constituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Implantação e de Acompanhamento da RENAST, composta por integrantes das Assessorias Técnicas de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. (PORTARIA 1679/GM EM 19 DE SETEMBRO DE 2002).

A Portaria Interministerial n. 774, de 28 de abril de 2004, instituída pelos Ministros da

Saúde, trabalho e Emprego e da Previdência Social convocou a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, representou um avanço no processo de unificação das ações de saúde do trabalhador e, em novembro de 2004, foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST).

No contexto dos órgãos públicos as questões acerca da saúde do trabalhador permaneciam fragmentadas e com características heterogêneas, dificultando inclusive as ações de vigilância conforme previstas na legislação vigente e, de modo geral, a saúde do servidor não se constituía prioridade.

Em 2003 diante da falta de uma política para a saúde do servidor, o Governo Federal, através do Ministério do Planejamento criou a Coordenação de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOP junto a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento. E, avançando na consolidação de uma política pública de atenção aos servidores públicos federais foram estruturados três instrumentos legais: i) a Política Nacional de Recursos Humanos (PNRH) que enfoca a necessidade de democratização das relações de trabalho; ii) a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) formulada em 2004; e iii) a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS), estabelecida em 2007, e “sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e pela garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A despeito da importância dos três instrumentos legais para o fortalecimento das ações no campo da saúde do trabalhador, daremos destaque a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS) pois está mais diretamente articulada ao objeto da pesquisa. Isso porque, todos os profissionais de saúde entrevistados pela pesquisa são servidores públicos federais e, portanto, estão submetidos a PASS. A Política traz uma proposta de integração das informações e está organizada na forma de um Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Por ser uma política transversal a implantação ocorreu a partir de um processo de negociação envolvendo a área de recursos humanos, sindicatos e técnicos de saúde.

A criação do SIASS é uma importante inovação no campo da saúde do trabalhador pois permite o gerenciamento das informações epidemiológicas e de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, possibilitando que as análises das bases de dados possam servir para a busca ativa de doenças prevalentes, para a elaboração de ações de prevenção de acidentes e das doenças ocupacionais e para estudos como o empreendido por esta pesquisa.

O SIASS foi planejado e instituído pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, sendo regulamentado pelo Decreto nº 6.833 de 2009 e pertence ao Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) cujo objetivo é

[...] coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo. (DECRETO N^o 6.833 DE 29 DE ABRIL DE 2009).

Os três eixos de atuação do SIASS são apresentados no artigo terceiro do referido decreto, e assim diz:

- I – **assistência à saúde:** ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público federal;
- II – **perícia oficial:** ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde o servidor para o exercício de suas atividades laborais; e
- III – **promoção, prevenção e acompanhamento da saúde:** ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho (DECRETO N^o 6.833 DE 29 DE ABRIL DE 2009).

O novo modelo de perícia para servidores públicos federais, em consonância com a Política de Atenção à Saúde do Serviço Público está centrada não mais decisão médica, mas embasada no parecer de uma equipe multidisciplinar. São adotados protocolos técnicos como parâmetro na concessão da licença, aposentadoria por invalidez, além da indicação do número de dias para os principais grupos de patologias.

O servidor comparece a Unidade do SIASS e realiza a anamnese social seguindo para a perícia médica, que conhecedora do seu perfil avaliará, além da capacidade laboral, os aspectos sociais e ambientais que estão contribuindo para o quadro. A avaliação da situação sócio-econômico-profissional e de saúde permite traçar o perfil da população dos servidores que realizam perícia na Unidade SIASS, possibilitando a estruturação de uma política para promoção e manutenção de sua saúde a partir desse sistema gerencial.

Consideramos que a PASS e o SIASS significam um grande desafio para a gestão da saúde dos servidores ao primar por diretrizes como normatização, uniformização de procedimentos, transparência nos critérios técnicos, agilidade administrativa, racionalidade no alocamento dos recursos, equipe multiprofissional de trabalho e não mais equipe centrada na figura do médico do trabalho ou perito médico. Contudo, a implantação e organização das unidades SIASS ainda representa um processo em curso. Há de se reconhecer o avanço que

representa a implantação de um sistema gerencial padrão para os dados periciais dos servidores mas, também destacar que essas unidades apresentam diferenças significativas no que se refere as efetivas mudanças no modelo de funcionamento centrado na avaliação médica das doenças profissionais. Sendo as ações de promoção, prevenção, vigilância dos ambientes de trabalho e o apoio assistencial uma experiência isolada de algumas unidades SIASS.

3.4. O aparato jurídico-legal do serviço público federal frente ao adoecimento do servidor: o cenário de direitos da pesquisa

Quanto ao aparato jurídico-legal, a Lei n. 8.112 de 11 de dezembro de 1990 dispõe sobre o regime único dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, inclusive no que concerne as questões da saúde do servidor. E, com o Decreto n. 7.009, de 09 de novembro de 2009, o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, regulamentou a licença para tratamento de saúde do servidor da administração federal direta, autarquia e fundacionais e o papel da perícia e junta pericial na avaliação e acompanhamento das questões da saúde do servidor.

No manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, a perícia é definida como “ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do servidor por médico ou cirurgião dentista formalmente designado.” (SIASS, 2010, p.01).

E a Incapacidade Laborativa “a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, decorrente de alterações patológicas consequentes a doenças ou acidentes.” (SIASS, 2010, cap. I, p.1).

Segundo os parâmetros do Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal(2010), a presença de uma doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. É a partir da análise feita pelo perito oficial em saúde que a repercussão da doença no desempenho das atribuições do cargo será avaliada e o afastamento indicado, quando a doença for considerada incapacitante para as tarefas da vida diária (AVD) e laborais.

O rito pericial ao conjugar o ato médico ao ato administrativo define os processos de licença por motivo de saúde, aposentadoria por invalidez, deficiência, readaptação, nexos de acidente, reabilitação funcional, doença profissional, doença relacionada ao trabalho e restrição da atividade laboral. Assim, cabe ao perito e/ou a junta pericial avaliar os casos nos

quais o servidor apresenta uma incapacidade total, permanente ou omni-profissional²² para o desempenho das atribuições do cargo, função ou emprego.

A incapacidade poderá ser considerada em decorrência de uma **deficiência** parcial ou total e considerada como decorrente de uma deficiência parcial ou total, e enquadrada dentre as categorias de deficiência física, auditiva, visual, mental e múltipla. Poderá também estar associada a **acidente em serviço**, quando o ocorre com o servidor federal, pelo exercício do cargo ou função ou emprego no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atividades a serviço da Administração Pública Federal, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou mental.

A incapacidade poderá ser atestada, ainda, por **doença profissional**, ou seja, doença decorrente, desencadeada ou agravada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade profissional ou adquirida em função de condições ambientais específicas em que se realiza o trabalho. Neste, a causa de ocorrência da incapacidade é necessariamente a atividade laboral. E, por fim, a incapacidade por **doença relacionada ao trabalho**, em que a atividade laboral é fator de risco desencadeante, contribuindo ou agravando um distúrbio latente ou de doença preestabelecida.

Será em função da avaliação da incapacidade, que o perito médico oficial poderá indicar a readaptação, reabilitação, restrição da atividade laboral ou licença por motivo de saúde.

A readaptação é a investidura do servidor pós avaliação pericial em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental. Após constatação da incapacidade do servidor para as atribuições do seu cargo, a junta pericial sugerirá o que o servidor poderá e os que não poderá realizar, devido à limitação imposta por sua doença ou lesão. Caso o servidor não seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, configura-se caso de restrição de atividades e o servidor deverá retornar ao trabalho no seu cargo de origem, mesmo que seja necessário evitar algumas atribuições. É a junta que orienta a chefia imediata quanto às atividades que deverão ser evitadas. Caso não haja um cargo para o qual o servidor possa ser readaptado, compatível com suas limitações, a junta deverá sugerir sua aposentadoria por invalidez.

²² Quanto à atividade desenvolvida a incapacidade pode ser uniprofissional, multiprofissional e omni-profissional. A incapacidade uniprofissional é a incapacidade que alcança uma atividade específica, a incapacidade multiprofissional é a incapacidade que alcança diversas atividades e a incapacidade omni-profissional é a incapacidade que abrange toda e qualquer atividade.

A reabilitação funcional é um processo de duração limitada destinado a permitir que a pessoa com incapacidade adquirida alcance os níveis físicos e mentais funcionais de modo que possibilite seu retorno ao trabalho.

A **restrição de atividade** é a recomendação para a não realização de uma ou mais atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiros.

A **licença por motivo de saúde** é o direito do servidor de ausentar-se, sem prejuízo da remuneração por motivo de tratamento da própria saúde ou de pessoa de sua família. As licenças por motivo de saúde, segundo a Lei 8.112/1990 são: i) licença por motivo de doença em pessoa da família; ii) licença para tratamento de saúde; iii) licença à gestante; iv) e licença por acidente de serviço. E para efeito de contagem das licenças serão considerados os somatórios dos períodos concedidos dentro da mesma espécie de licença.

Tem destaque a licença para tratamento de saúde por se tratar do objeto de estudo da tese e, portanto, traremos alguns elementos adicionais para a compreensão do processo vivenciado pelo servidor licenciado. A licença para tratamento da saúde do servidor é considerado como efetivo exercício até o limite de 24 meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo. Após esse prazo, poderá ser concedida licença para tratamento da própria saúde, ressaltando-se que esse será contado apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade.

As licenças de até 120 dias, ininterruptos ou não, no período de 12 meses serão avaliadas por perícia singular e acima deste número de dias, obrigatoriamente, por junta composta por três médicos. Destaco esse aspecto do aparato legal porque as licenças psiquiátricas são normalmente licenças prolongadas e implicam corriqueiramente na avaliação pericial por uma junta médica.

A conclusão do exame pericial é comunicado por meio de laudo pericial de licença para tratamento de saúde e é entregue ao próprio servidor. Caso a conclusão pericial exija reavaliação da capacidade de trabalho, o servidor é orientado a retornar à perícia médica antes do término da licença.

O servidor que no curso da licença julgar-se apto a retornar à atividade deve solicitar à unidade de atenção a saúde do servidor o reexame de seu caso e este será submetido a novo exame pericial. Caso não se configure mais a limitação de saúde, a perícia emitirá laudo de reassunção fixando a data do retorno ao trabalho. O servidor, caso se faça necessário, poderá

ser encaminhado para avaliação pela equipe multidisciplinar em saúde, ficando a critério do perito essa indicação.

A aposentadoria por invalidez ocorre quando o servidor é acometido de uma doença que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo. Quando o servidor não tiver as condições de saúde necessárias a realização das atividades do cargo, função ou emprego deverá ser afastado para tratamento. Caso seja constatada a impossibilidade de reversão da condição e não for possível a readaptação, ou ainda, expirado o prazo de 24 meses de afastamento pela mesma enfermidade, ininterruptos ou não, será sugerida a sua aposentadoria por invalidez.

Como as licenças psiquiátricas costumam ser longas e renovadas por muitos meses, a possibilidade de aposentadoria por invalidez é comum na perícia de profissionais afastados por ansiedade e/ou depressão. A enfermidade ensejadora da invalidez deve ser a mesma que motivou as licenças para tratamento de saúde nos 24 meses, ou doenças correlatas, como ocorre no caso dos transtornos mentais.

No caso de limitações de atividades, a perícia poderá sugerir a restrição de atividade para uma recolocação funcional dentro do mesmo cargo, função ou emprego. Desse modo, muitos profissionais que são licenciados por transtorno mental são recolocados na atividade laborativa, para o mesmo cargo, com restrição de atividades, o que significa, na maioria dos casos, ser afastado da assistência direta ao paciente.

Outra possibilidade legal é a remoção de servidor por motivo de saúde (Art. 36 da Lei n. 8.112/1990). O exame para concessão de remoção para outra unidade federal ao servidor por motivo de sua saúde ou de pessoa de sua família será realizado a pedido do próprio. O servidor, munido de parecer que indique necessidade de remoção por motivo de saúde, deverá requerer a sua remoção ao titular da unidade de recursos humanos ou na unidade de atenção à saúde do servidor.

O laudo, emitido por junta, é indispensável à análise do pedido de remoção e deverá atestar a doença que fundamenta o pedido e é, por vezes, uma solicitação do servidor da saúde quando atestado o transtorno mental.

Ainda analisando o aparato jurídico legal, no parágrafo 1º do artigo 186 da Lei no 8.112/1990 são definidas as doenças que permitem ao servidor a concessão da licença bem como dos benefícios. São essas: **Alienação Mental**, Cardiopatia Grave, Cegueira posterior ao ingresso no serviço público, Doença de Parkinson, Esclerose Múltipla, Espondilartrose anquilosante, Doença de Paget, Hanseníase, Nefropatia Grava, Neoplasias Malignas, Paralisia

irreversível e incapacitante, Síndrome da imunodeficiência adquirida e Tuberculose Ativa. Hepatopatia grave e Contaminação por radiação.

Para fins da pesquisa é oportuno entendermos o que se define em termos periciais como Alienação Mental, dado que a licença médica por ansiedade e depressão entre os profissionais de saúde entrevistados é avaliada com base nesse descritivo definido no Manual de Perícia Médica (SIASS):

Conceitua-se alienação mental como sendo todo quadro de transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da sanidade mental, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornado o indivíduo inválido para qualquer trabalho. O indivíduo torna-se incapaz de responder por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional. O diagnóstico de um transtorno mental não é, por si só, indicativo de enquadramento como alienação mental, cabendo ao perito a análise das demais condições clínicas e do grau de incapacidade, na forma orientada adiante neste Manual. No laudo médicopericial, constará apenas a expressão "alienação mental." (BRASIL, 2014, p.45).

São passíveis de enquadramento como Alienação Mental: esquizofrenias nos estados crônicos e residuais; outras psicoses graves nos estados crônicos e residuais; estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson, etc) e retardos mentais graves e profundos. (BRASIL, 2014, p.45). São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:

- 1) Transtornos afetivos ou do humor, quando comprovadamente cronicados e refratários ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível do funcionamento mental;
2. Quadros epilépticos com sintomas psicóticos, quando caracterizadamente cronicados e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
3. Outros transtornos psicóticos orgânicos decorrentes de lesão e disfunção cerebral, quando caracterizadamente cronicados e refratários ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
4. Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas graves. (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2014, p.45).

São quadros não passíveis de enquadramento: Transtorno da personalidade; Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas leves e moderadas; Retardos mentais leves e moderados; Transtornos relacionados ao estresse e somatoformes (reação de ajustamento, reação ao estresse); Transtornos mentais

orgânicos agudos e transitórios (estados confusionais reversíveis); e os Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves). (BRASIL, 2014, p.46).

Em contextos de trabalho com demandas de performance e eficiência aumentadas, como é o trabalho hospitalar, o “doente” no trabalho destoa. O adoecer, especialmente em se tratando do adoecimento mental, comporta sempre um risco de exclusão do mundo do trabalho, temporário ou definitivo. É como se saúde e trabalho fossem concebidos como duas esferas exclusivas uma da outra.

Como sinaliza Lhuilier (2012), cada situação de “licença de trabalho”, “licença doença” trás consigo um sistema de expectativas, exigências e constrangimentos que “operam uma seleção entre problemas de saúde integrais e outros, entre riscos aceitáveis e o outro entre o que pode ser coletivizado e o que deve permanecer ou manter-se disfarçado, relegado à esfera privada.” (LHUILIER, 2012, p.16).

A forma como cada situação será vivenciada pelo profissional e seu curso dependerá também da legitimidade outorgada pelo sistema legal da perícia médica e dos seus desdobramentos junto ao hospital.

Essa apresentação se fez necessária considerando que as narrativas dos profissionais de saúde entrevistados pela pesquisa fazem menção aos aspectos legais do afastamento, assim como, da experiência vivida junto a perícia médica oficial, e nos dão suporte para nossa proposição de que uma das dimensões da licença psiquiátrica em profissionais de saúde que trabalham em hospitais se refere a uma ruptura com sua condição de trabalhador e as possibilidades legais de um relição a uma nova condição de trabalhador. A licença de saúde fará com que o trabalhador mude temporariamente ou em caráter definitivo da condição de trabalhador para a condição de doente, o que implica um reposicionamento frente ao trabalho.

Capítulo 4. CLÍNICA DO TRABALHO: INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL E TRABALHO HOSPITALAR

"Trabalhar não é apenas dedicar-se a uma atividade. É também estabelecer relações com os outros, envolver-se em formas de cooperação e de troca, inscrever-se numa divisão de postos e das tarefas, confrontar os pontos de vista e as práticas, experimentar e dar visibilidade às capacidades e aos recursos de cada um, transmitir saberes e capacidades, validar as contribuições singulares (...) É enfim, ser capaz de pôr sua marca no seu ambiente e no curso das coisas."
Dominique Lhuilier, 2006.



**Figura 5 - Tempos Modernos (1936)
Charles Chaplin**

O termo “Campo da Saúde Mental” tem sido utilizado para agrupar estudos e práticas que foram sendo desenhadas a partir da Reforma Psiquiátrica e que deslocaram a cena da assistência hospitalar (manicômio) e da figura central do psiquiatra para outros dispositivos assistenciais e para equipes multiprofissionais. Nesse novo contexto, o transtorno mental é pensado em articulação com diferentes campos sociais, inclusive o cenário de discussão e análises acerca da saúde do trabalhador.

Esse capítulo percorrerá os conceitos do campo da saúde mental relacionada ao trabalho, de modo a ser possível discutir a experiência de prazer e sofrimento/adoecimento dos trabalhadores da saúde deflagrada pela dinâmica do trabalho hospitalar.

4.1 O campo da Saúde Mental e o Trabalho

As mudanças que se dão no capitalismo neoliberal modificam fortemente as relações

de trabalho e caracterizou as relações de trabalho em todos os segmentos da produção. Aos trabalhadores é exigido o máximo de flexibilidade para a execução de suas atividades, e como destaca Lima, (2001, p.56), é preciso disciplinar, ao máximo, os(as) trabalhadores(as), apropriando-se de sua subjetividade, de forma que a expropriação do seu trabalho e a superexploração sejam vistas com naturalidade e todos(as) se sintam seduzidos(as) pela ideia de serem parceiros(as) do capital.

O capitalismo, ao definir as relações de produção, definiu também uma forma de ser trabalhador, que por vezes é sentida como algo naturalizado, mas que, no entanto, é produto das forças que movimentam as relações em torno do capital. Lima (2001) traz uma síntese do que seriam as exigências impostas ao trabalhador nos tempos modernos:

Sujeitos criativos, inovadores, que compreendam o sentido e a velocidade das mudanças, preparados para fazerem escolhas com agilidade e sempre a postos para o encontro com o novo. Devem saber conviver com a pressão, com o medo, com a inconstância, com a concorrência e a competição – alma da sobrevivência. Devem apresentar-se ao mercado com seus conhecimentos e habilidades atualizados e compatíveis como o ritmo acelerado das mudanças (LIMA, 2001, p.58).

No caso do trabalho imaterial (Marx, 1989), como é a ação cuidadora no trabalho em saúde, cabe destacar que se trata de um conjunto de atividades cujas ações não se restringem a execução de tarefas, mas que visam, sobretudo, concebê-las e criá-las. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Para atender a essas exigências, não basta ao trabalhador ter o domínio da técnica, é preciso competências que estão relacionadas à inteligência e aos sentimentos e afetos. É nesse contexto que competências como “inteligência emocional”, “controle das emoções”, “gestão dos afetos”, entre tantos outros, ganha espaço e o interesse dos trabalhadores. Isso porque prometem “ensinamentos fundamentais” para o sucesso no trabalho e gerenciamento das carreiras. Eis um campo que avança ano a ano.

O ‘ser trabalhador’ é mais que dominar uma técnica, é maneira como os sujeitos se reconhecem e se apresentam socialmente e, por isso, a pergunta “o que você faz?” se torna sinônimo de “com o que você trabalha?” quando nos apresentamos socialmente. Da forma como a resposta é formulada avançamos em termos da compreensão que temos uns dos outros. É o trabalho que nos permite tal compreensão por ser constitutivo das identidades e subjetividades dos trabalhadores, ainda que não o único. Para o trabalhador, o trabalho não é importante somente enquanto meio de subsistência, ele possui, sobretudo, o valor de assegurar ao sujeito seu estatuto de humano. Como aponta Costa (1994), o ‘ser trabalhador’ é um acontecimento social construtor da identidade, um modo como o sujeito se atrela ao

universo sociocultural, assim como existe sua identidade social, étnica, religiosa, de classe, política, etc.. E, na mesma direção Borsoi (2007, p.107) afirma que,

[...] o fundamental é a compreensão de que o trabalho é um momento significativo entre outros momentos significativos na vida dos indivíduos, independentemente do caminho teórico que possamos adotar. Se nossa humanidade só é possível a partir da singularidade do mundo dos afetos e do mundo do trabalho, então é necessário o reconhecimento prático do trabalho como dotado também de significado especial na vida das pessoas que dele vivem. (BORSOI, 2007, p.107).

Dado o valor simbólico do trabalho e do ser trabalhador podemos afirmar ainda que, com as exigências advindas das atuais relações capitalistas de produção, muito da subjetividade é mobilizado podendo levar ao prazer ou ao sofrimento do trabalhador em sua atividade. Lima (2001) ao analisar a relação do trabalhador com a organização do trabalho destaca que

[...] o choque entre a história pessoal de cada um(a) de nós, rica em projetos, esperanças, desejos, sonhos e uma organização de trabalho que a ignora, certamente, estará carregada de situações de conflitos e angústias e, portanto, geradora de sofrimento. Isso acontece toda vez que o homem ou a mulher não podem fazer modificações na sua tarefa no sentido de torná-la mais adequada, ou em conformidade com as suas necessidades. (LIMA, 2001, p.60)

Temos então um campo desafiador e profícuo de discussões que busca articular subjetividade, saúde e trabalho com toda a sua complexidade. Esse campo nomeado como da “saúde mental e trabalho” tem fomentado estudos que abordam o trabalho no processo de construção da subjetividade, sua relevância nos processos de adoecimento psíquico e a influência dos ambientes laborais na ocorrência de transtornos mentais e no sofrimento psíquico, sem desconsiderar o trabalho também como *locus* privilegiado de satisfação e investimento do trabalhador.

Destacamos que há, no campo da saúde mental e trabalho, certas divergências no que se refere ao papel do trabalho nos processos de adoecimento. Para alguns autores o trabalho é entendido como determinante e estruturador do adoecimento psíquico. Para outros, o trabalho é considerado um desencadeante, uma “porta de entrada”, para o adoecimento. Em ambos está em jogo a necessidade de se considerar a dimensão da vida no trabalho como produtora de subjetividade e dos processos relativos à saúde mental, o que de algum modo consideramos que aproxima a maioria dos estudos.

Na tentativa de construir uma sistematização do conhecimento produzido na área, Lima (2013, p. 319) destaca dois textos que são emblemáticos por delimitarem as abordagens

teórico-metodológicas diferenciadas em saúde mental e trabalho, das quais derivam estratégias de intervenção distintas. São esses, os textos de Borsoi (2007) e Jaques (2003) que assinalam quatro amplos conjuntos teóricos que discutem saúde mental e trabalho: i) as teorias sobre o estresse; ii) a corrente voltada para a psicodinâmica do trabalho de Dejours; iii) a abordagem epidemiológica e/ou diagnóstica e iv) os estudos sobre a subjetividade no trabalho que se realizam numa perspectiva sócio histórica. Nesse último incluímos a clínica da atividade proposta por Yves Clot, a ergologia proposta por Yves Schwartz e a psicossociologia do trabalho.

Desses modelos é possível extrair dois eixos constitutivos (Lima, 2013): um eixo que destaca o diagnóstico dos sintomas de origem psíquica, em sua vinculação a situações de trabalho; e o outro eixo no qual a ênfase não recai no diagnóstico de doenças ocupacionais, mas nas vivências dos trabalhadores nas situações de seu cotidiano laboral que são produtoras de prazer e, também, de sofrimento/adoecimento. O que se pretende nas duas abordagens, cada qual a seu modo, é:

[...] encontrar a relação entre trabalho e saúde mental, tentando apontar os nexos entre aspectos do trabalho e sofrimento psíquico. Pode-se notar que apesar das distâncias teórico-metodológicas existentes entre elas, há, pelo menos, um consenso: desencadeado, determinante ou constituinte, o trabalho pode ser considerado, de alguma maneira, motivo de sofrimento que muitas vezes limita o trabalhador, quando não o impede efetivamente de trabalhar. (BORSOI, 2007, p.107).

A pesquisa ora apresentada transita entre esses dois eixos na medida em que parte do diagnóstico do adoecimento mental por ansiedade e/ou depressão, reconhecido pela perícia médica como doença ocupacional, para analisar a vivência de sofrimento dos profissionais de saúde em sua história de vida laboral. Destaca sua filiação à psicossociologia do trabalho e pretende lançar mão de conceitos das diferentes correntes teórico-metodológicas para analisar o objeto de estudo nas complexas, múltiplas e ricas articulações do trabalho na vida dos trabalhadores e trabalhadoras – profissionais de saúde. De nossa parte, ainda que reconheçamos a existência de outros modelos classificatórios quanto aos grupos de abordagens no campo da saúde mental e trabalho (Seligmann-Silva (1997; 1994), Tittoni (1997), Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004), Fernandes e colaboradores (2006)) tomamos no curso desse capítulo e na construção das análises a classificação descrita por Jacques (2003) e Borsoi (2007).

O campo da saúde mental e trabalho é fecundo de articulações, mas ainda encontra-se muito aquém de impactar as relações de trabalho na contemporaneidade. Se encontramos

entraves para que alguns processos de adoecimento do corpo dos trabalhadores sejam reconhecidos como relacionados ao trabalho, encontrar uma relação entre sofrimento psíquico, saúde mental e trabalho é um desafio ainda maior. Ainda que existam muitos esforços de sistematização, a questão em torno da possibilidade de se determinar um nexo causal entre o adoecimento mental e o trabalho é destacada por muitos autores. Nas palavras de Dejours (1994), “não é possível quantificar a vivência, que é em primeiro lugar qualitativa.” (DEJOURS, 1994, p.22). Acrescenta-se a isso que os próprios trabalhadores têm dificuldade de identificar seu sofrimento como sendo de ordem psíquica e raramente o associam a situações de trabalho. Os “problemas pessoais” só devem aparecer após a jornada de trabalho e não devem nele interferir, ao custo do trabalhador ser considerado inábil para o trabalho, não saber controlar suas emoções, impondo riscos para a manutenção do seu emprego.

Além disso, o diagnóstico da doença mental grave ou transtorno mental grave não tem lugar na organizações. Antes de se tornar um problema capaz de colocar o trabalho em análise, o trabalhador tende a ser afastado ou se afastar do trabalho com diagnósticos que funcionam como “rótulo”, que normalmente não refletem o que de fato lhe faz sofrer, que não propõem qualquer nexo com o trabalho e que, por fim, o associam as vivências pessoais ou a uma suscetibilidade ou predisposição para o adoecimento mental.

Frente ao desafio de se afirmar o nexo causal entre o sofrimento psíquico e a saúde mental e as situações de trabalho, as diferentes correntes teórico-metodológicas se mantêm num esforço contínuo de sistematização e análise dos processos de trabalho e vivências do trabalhador, de modo que se possa avançar na compreensão dos riscos psicossociais no trabalho. Recorremos às palavras de Borsoi (2007) para falar do trabalho que compõe a vida e que na vida, junto com tudo o mais que é vivido, poderá produzir sofrimento.

Se os modos humanos de viver incluem o lugar do trabalho, da sexualidade e da família; se a história de vida das pessoas é também a sua história biológica e a história dos momentos percebidos por elas como significativos – se é assim, para qualificar e compreender os modos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho (sejam eles configurados ou não como transtorno ou doença mental), é necessário, além de considerar a concretude da situação de trabalho, levar em conta os vários aspectos da história do trabalhador, bem como seu modo de significar os eventos marcantes da sua vida. (BORSOI, 2007, p.108).

Outro elemento importante para analisarmos o sofrimento e o adoecimento no trabalho é superarmos o “psicologismo” e “sociologismo” nas análises das relações entre trabalho e saúde. O psicologismo que busca a tudo explicar considerando os fenômenos psicodinâmicos e intrasubjetivos e o sociologismo que atribui toda a análise aos fatores e causas sociais e

históricas. Lima (2000) seguindo nesse esforço, resgata as formulações do psiquiatra Le Guillant, autor da Psiquiatria Social e diz que:

[...] para se compreender o caráter patogênico de uma atividade profissional devemos considerar a história do indivíduo na sua integralidade, resgatando “suas formas de julgar e de se conduzir”, além das “representações do mundo forjadas por essa história”. Ou seja, a explicação para o problema não se encontra, nem nos dados de personalidade, nem naqueles advindos do contexto social, considerados isoladamente, mas sempre nas formas pelas quais eles se articulam construindo uma trama complexa que se traduz, em última instância, na trajetória de cada indivíduo. (LIMA, 2000, p.155. *grifo atual*).

Assim, analisaremos o prazer e o sofrimento de profissionais de saúde que atuam em hospitais públicos federais, a partir da análise de suas narrativas sobre a história de vida laboral, tornando Desse modo é possível a discussão das questões da saúde mental no trabalho hospitalar sem circunscrevê-las unicamente a aspectos psicológicos ou tampouco sociológicos, ao contrário, partiremos da experiência individual para analisar o contexto social. Apostamos na compreensão de que a vida se constrói no entrecruzamento de várias esferas da experiência, produzindo diferentes sentidos, significados e subjetividades. Não podemos ignorar que o sofrimento psíquico do trabalhador emerge do conjunto de sua existência nas complexas articulações entre vida, percurso profissional e situações de trabalho nas quais o trabalhador está inserido. E para compreendê-lo em toda a sua complexidade é preciso um diálogo entre as diferentes correntes teóricas do campo da saúde mental e trabalho, o que nos permite a psicossociologia.

Logo, ancorados nessa perspectiva teórico-metodológica, percorreremos algumas das correntes teóricas do campo da subjetividade, saúde mental e trabalho, destacando os conceitos que lançam luz sobre o objeto de pesquisa da tese. Em especial, os conceitos da psicodinâmica do trabalho, da abordagem epidemiológica e/ou diagnóstica e dos estudos sobre a subjetividade no trabalho que se realizam numa perspectiva sócio histórica. Vamos a elas.

4.1.1 Abordagem Epidemiológica e/ou Diagnóstica

A pesquisa, ao analisar o curso do sofrimento e adoecimento no trabalho entre profissionais de saúde que trabalham em hospitais, tomando como marco analisador a licença por ansiedade e/ou depressão dada pela perícia médica, lança mão da discussão epidemiológica e diagnóstica. Essa abordagem surge na década de 1980, partindo das concepções de homem e de trabalho formuladas pela teoria marxista, liga-se ao campo de

saúde pública/saúde coletiva no Brasil, sendo voltada especialmente para os recém criados serviços de atenção à saúde do trabalhador, nas diferentes esferas de governo. (ARAÚJO, 2013, p.331). E, podemos pressupor que, em medidas diferentes, vem influenciando também o atendimento na perícia médica no que se refere ao reconhecimento do sofrimento psíquico e do adoecimento mental no trabalho.

O que a epidemiologia procura mostrar é que, dependendo das condições como o trabalho é realizado, ele determinará modos característicos de sofrimento psíquico. A partir do estudo de grupos profissionais busca-se realizar o diagnóstico tanto da organização na qual os profissionais estão inseridos, quanto a seu impacto em relação à saúde mental. Trata-se de estudos por categorias específicas de trabalhadores, com o objetivo de analisar suas condições concretas de trabalho, bem como a organização do trabalho, de modo a estabelecer um perfil de adoecimento por categoria profissional. O uso de instrumentos padronizados de avaliação de características e de condições de trabalho é frequente nessa abordagem, articulando métodos quantitativos e ferramentas epidemiológicas. Ao produzir estatísticas sobre a prevalência do adoecimento mental em determinados grupos profissionais tem a possibilidade de ampliar o olhar sobre as questões do desgaste e do sofrimento psíquico, contribuindo para legitimar institucionalmente a vivência dos trabalhadores, inclusive no reconhecimento do nexos causal e garantias trabalhistas. Contudo, essa vertente muitas vezes não é capaz de identificar a complexidade e a inter-relação entre as diferentes dimensões da vida no trabalho, produzindo conclusões parciais e limitadas.

O fato de ser uma abordagem cujo foco é a doença mental tem sua relevância epidemiológica e de saúde pública/saúde coletiva, pois se tratam de doenças com forte impacto em termos de gestão pública, tendo em vista o número de dias de afastamento do trabalho que produzem e o custo envolvido em licenças e aposentadorias psiquiátricas. Destaca-se que essa abordagem se torna limitada na medida em que o foco excessivo na doença obscurece a “dimensão estruturante do trabalho, portadora de identidade e conformadora de subjetividade, ou as formas de vida em movimento no trabalho, da plasticidade humana na cena laboral.” (ARAÚJO, 2013, p.332).

Em nossa pesquisa há elementos do trabalho nos hospitais federais - quais sejam, serem hospitais de alta complexidade e com complexas condições de trabalho, terem uma organização do processo laboral marcadamente hierarquizado, com diferenças entre as categorias profissionais em termos de poder, prestígio, autonomia e remuneração, que podem ser associados a processos de sofrimento no trabalho e, no limite, associados a determinados

diagnósticos médicos. O diagnóstico de ansiedade e/ou depressão pode, portanto, ser analisado em termos epidemiológicos para a produção de evidências empíricas do nexo psicológico. No entanto, consideramos que a análise não se reduz a tais evidências e requer um avanço em termos da psicodinâmica envolvida no caminho do trabalho prescrito ao trabalho realizado e na observação das subjetividades em curso no trabalho hospitalar e, para tanto, é preciso observar as vivências subjetivas dos trabalhadores.

4.1.2 A Psicodinâmica do Trabalho

Na origem da psicodinâmica do trabalho, temos o debate com os estudos desenvolvidos nos anos 50 por Le Guillant (1984) com telefonistas parisienses. O autor estabeleceu relações entre o trabalho e a psicopatologia ao identificar um distúrbio que nomeou como “*Síndrome Geral de Fadiga Nervosa*” que se caracterizava por manifestações somáticas variáveis que invadia a vida fora do trabalho.

A psicodinâmica do trabalho, com Dejours (1994), propõe uma análise dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho. Apresenta o conceito de sofrimento psíquico como uma vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o conforto (ou bem estar) psíquico e destaca a utilização de estratégias coletivas de defesa construídas e mantidas pelos grupos profissionais para a realização de seu trabalho. Enfoca o sofrimento resultante do conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico do trabalhador e analisa os destinos deste sofrimento, em função das condições que presidem sua transformação em prazer ou seu agravamento patogênico. Dejours (1993) ao analisar o valor atribuído ao trabalho afirma que

[...] a atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida – é também uma forma de inserção social onde os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados. O trabalho pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, mas pode, também, constituir-se em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento. A possibilidade da segunda hipótese está vinculada a um trabalho que permita a cada indivíduo aliar as necessidades físicas, o desejo de executar a tarefa. (DEJOURS, 1993, p.98).

O trabalho é o que se precisa inventar e acrescentar de si mesmo às prescrições feitas pela organização para fazê-las funcionar e a esse “*zelo*” Dejours chama “*trabalho vivo*”. Segundo o autor, o “*zelo*” trata da inteligência que permite ao trabalhador inventar soluções para anular a distância entre a tarefa prescrita e a atividade efetiva. É a mobilização desta inteligência em situações de trabalho difíceis, a despeito dos conflitos que surgem entre os

trabalhadores em torno do modo de tratar a distância entre o prescrito e o efetivo. O zelo no trabalho é o “engajamento afetivo da subjetividade em conflito com o real que se dá a conhecer a quem trabalha.” (DEJOURS, 2012, p.364)

A psicodinâmica do trabalho se volta à coletividade do trabalho e não aos indivíduos isoladamente. O diagnóstico do sofrimento psíquico no trabalho aponta para a necessidade de intervenções voltadas para a organização do trabalho. O método proposto por Dejours é fundamentado no modelo clínico de base psicanalítica, com ênfase no discurso do trabalhador e compreende a relação entre trabalho e saúde mental com base prioritariamente na história primária dos indivíduos, nos seus aspectos intrapsíquicos que são privilegiados na expressão do sofrimento psíquico. O trabalho tem importância por definir o momento de expressão do sofrimento que resulta da estrutura psíquica característica do indivíduo. “Les décompensations psychotiques et névrotiques dépendent en dernier ressort de la structure des personnalités, acquise bien avant l’entrée dans la production.” (DEJOURS, 2000, p.158.).²³

O trabalho poderá ser vivenciado como prazeroso e equilibrante se permitir a expressão do desejo ou será fonte de sofrimento psíquico se precisar ser reprimido por não encontrar ressonância no trabalho realizado. Frente a uma situação laboral sentida como agressiva, o sujeito defende-se primeiramente com a produção de fantasmas que lhe permite suportar a realidade pela via da sublimação. Por exemplo, no trabalho taylorizado, essa via está bloqueada, pois o conteúdo da tarefa e seu modo operatório são definidos pela empresa e não pelo trabalhador. Utiliza-se do conceito de sublimação, que tem sua origem em Freud, segundo o qual as pulsões parciais da infância – cuja satisfação é de natureza sexual – são substituídas por atividades socialmente valorizadas, para afirmar que são essas mesmas pulsões que serão sublimadas e redirigidas ao trabalho. O trabalho repetitivo e fragmentado, característico do taylorismo e presente em outras formas de organização do trabalho, reduziria a possibilidade de sublimação levando, por meio da repressão, a doenças somáticas e psicológicas.

Para Dejours a estrutura de personalidade determina a forma e o conteúdo da descompensação psíquica e somática, mas não é suficiente para explicar o momento escolhido para a descompensação. Assim, uma vivência ou evento laboral poderá desempenhar papel preponderante nesse processo. Dejours (2000, p.158) destaca, então, três componentes da

²³ Tradução Livre. As descompensações psicóticas e neuróticas dependem em última análise da estrutura das personalidades adquiridas bem antes da entrada na produção.

relação entre o homem e a organização do trabalho que podem ser considerados como deflagradores da descompensação psíquica ou da doença mental.

La fatigue que fait perdre à l'appareil mental la souplesse de ses rouages; le système frustration-agressivité réactionnelle qui laisse sans issue une part importante de l'énergie pulsionnelle; l'organisation du travail tant que courroie de transmission d'une volonté étrangère que s'oppose aux investissements pulsionnels et aux sublimations. (DEJOURS, 2000, p.158).²⁴

A partir da psicodinâmica do trabalho, Merlo (2013, 2003, 2002) afirma que para a sublimação ocorrer, possibilitando que o trabalho seja fonte de prazer, é preciso que a organização do trabalho cumpra algumas condições: i) ter um espaço entre a atividade prescrita e a organização do trabalho real; ii) permitir ao trabalhador assumir responsabilidades e ter algum tipo de atividade de concepção; iii) estabelecer uma correlação entre a situação de trabalho (“teatro do trabalho”) e a situação interna do trabalhador (“teatro psíquico interno”) produzindo uma ressonância simbólica; iv) possibilitar uma condição ética, o que significa ter, além da atribuição do salário, um reconhecimento por parte dos interlocutores quanto a sua contribuição no trabalho, um julgamento de utilidade e gratidão dos superiores hierárquicos e v) condições sociais de sublimação que possibilitam ter a valorização do trabalho pelos próprios colegas. (MERLO, 2013, p.373-374).

Na produção de prazer ou sofrimento patogênico estão em jogo duas formas de julgamento do trabalho – o *julgamento de utilidade* e o *julgamento de beleza*. (DEJOURS, 2005, 2010). O primeiro se refere ao julgamento feito essencialmente por aqueles que em relação ao ego ocupam uma posição hierárquica e recai sobre a utilidade econômica, social ou técnica da contribuição. O segundo tipo de julgamento é feito pelo coletivo de pares, por pessoas que conhecem o ofício como aquele cujo trabalho está sendo submetido a julgamento. É a partir principalmente desse julgamento de beleza que será possível construir uma identidade no trabalho, permitindo a cada trabalhador fazer parte do coletivo e construir uma identidade referida as regras do *métier*. Essas regras são construídas por subversão e transgressão daquilo que é prescrito pela organização do trabalho e faz merecer o julgamento de beleza e o reconhecimento dos pares. Esses julgamentos dizem respeito especificamente ao trabalho, ao fazer do trabalhador e não ao ser do ego. O que se avalia é num primeiro momento a qualidade do trabalho e não a pessoa. É num segundo tempo que o ego se apropria

²⁴Tradução Livre. A fadiga que faz o aparelho psíquico perder a flexibilidade em seu funcionamento; o sistema frustração-agressividade reativa que deixa sem fim uma parte significativa da energia pulsional; a organização do trabalho atuando como uma contensão da vontade estrangeira que se opõe aos investimentos pulsionais e sublimatórios." (DEJOURS, 2000, p. 158).

dessa conquista no registro do fazer e há um deslizamento para o registro do ser – para o registro de uma identidade. (DEJOURS, 2005, p.55). Dessa apropriação se dará a identidade de “ser trabalhador”, reforçando a importância do julgamento do trabalho, como reconhecimento pelo outro, para a subjetividade. “O reconhecimento é a forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição a eficácia da organização do trabalho, isto é, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência.” (DEJOURS, 2005, p.56). Há no trabalhador uma expectativa de ego em relação à realização do eu, que é possível através da construção de uma identidade, de uma pertença e de uma contribuição original ao trabalho.

Apporter sa contribution et son consentement aux accords normatifs dans un collectif implique souvent le renoncement à une partie du potentiel subjectif individuel en faveur du vivre ensemble et de la coopération. Renoncement pour accéder à la reconnaissance et donc à l'appartenance à un collectif, un métier, une communauté.²⁵ (DEJOURS, 2009, p.35).

Uma forma possível de analisarmos as licenças psiquiátricas entre profissionais de saúde é considerando que esses profissionais licenciados, cujo sofrimento se transformou em adoecimento mental, tiveram uma ruptura no *julgamento de utilidade* e no *julgamento de beleza*. Na ausência do reconhecimento pelos superiores hierárquicos e pelos pares, a identidade profissional é corrompida e transformada em identidade doente. Na psicodinâmica do reconhecimento, “trabalhar não é apenas produzir, é também produzir-se a si mesmo,” (DEJOURS, 2010, p.41), no sentido do fortalecimento de uma identidade. A saúde mental no trabalho se beneficiaria justamente dessa dinâmica do reconhecimento para manter sua estabilidade e o prazer no trabalho.

O sofrimento psíquico e o seu agravamento como adoecimento mental aparece relacionado aos cerceamentos psíquicos ligados ao trabalho. Dejours (2000) atribui à origem dos problemas de saúde a impossibilidade para se mudarem ou se aliviarem esses cerceamentos. A psicodinâmica do trabalho e a psicanálise nos ajudariam a pensar a forma como o trabalhador elabora sua realidade laboral concreta e as bases da vivência individual e intrapsíquica. Analisa a “força motriz” que em termos psíquicos luta contra os constrangimentos do trabalho prescrito e busca um trabalho inventivo que seja fonte de

²⁵ Tradução Livre. Dar contribuições e consentir com os acordos normativos em um coletivo implica muitas vezes renunciar a uma parte do potencial subjetivo individual em favor da coexistência e da cooperação. Renunciar para poder ter acesso ao reconhecimento e então pertencer a um coletivo, a um ofício, a uma comunidade. (DEJOURS, 2009, p. 35).

prazer. Impedir essa força motriz de ser posta em ato no trabalho produz o sofrimento patogênico, pois essa passagem ao ato é algo que extravasa o sujeito, um componente sexual das experiências primárias, que se atualizam na relação com o trabalho. A descompensação poderá se apresentar na forma de inúmeras patologias físicas e mentais e são decorrentes de uma fragilidade psíquica que antecede o trabalho e que se alimenta das características de determinados domínios do trabalho. O sujeito se utiliza da exploração no trabalho como forma de lidar com as dificuldades do funcionamento psíquico e, por isso, diz-se que as patologias atualmente tocam as pessoas mais engajadas no trabalho.

Dejours (2015) não toma o sofrimento e a patologia como uma fatalidade. A patologia é decorrência de uma avaliação individual da performance, de uma doutrina que afirma que tudo no trabalho pode ser controlado, mensurado quantitativamente através da criação de protocolos e se transforma na verdade objetiva no trabalho – como o trabalho deve ser feito. A avaliação individual da performance está, de modo geral, articulada à sistemas perversos de sanção, que tem produzido trabalhadores solitários, que levam colegas a disputas injustas e que deflagram processos de adoecimento. O trabalho real é na atualidade a execução de regras objetivas performáticas e demandam dos trabalhadores a estruturação de estratégias coletivas de defesa. Dejours (2015) se refere a um “sofrimento ético”, uma experiência de traição de si mesmo no contexto da avaliação de performance. É trair o seu valor! Consequência trágica de um ataque profundo a si mesmo, “ao narcisismo”, às projeções, aos ideais de si mesmo, aonde repousa a personalidade. Há uma “perda do solo” sobre o qual se produzem as patologias psiquiátricas e psicológicas. (...) “à savoir le destin des travailleurs passés sous le contrôle de l'évaluation individualisée des performances, c'est avant tout le congédonné à l'éthique professionnelle qu'a des conséquences tragiques.”²⁶ (DEJOURS, 2015, p.83).

Ao analisar o suicídio entre trabalhadores franceses afirma ser o mesmo uma doença profissional limite, uma das consequências do sofrimento ético. O suicídio é produzido pela solidão no trabalho, pela impossibilidade do trabalhador modificar a organização do trabalho, pelo enfraquecimento dos coletivos, pelo incentivo a performance individual e pelos padrões de qualidade total do trabalho moderno. Em oposição a isso está a força do coletivo produzindo um consenso sobre a forma de pensar e realizar o trabalho, possibilitando uma cooperação que aprimora a inteligência operatória e cria condição para se fazer frente a solidão no trabalho, aumentar a confiança entre os trabalhadores, além de possibilitar a

²⁶Tradução livre. “ou seja, o destino dos trabalhadores passa pela avaliação individualizada das performances, que está acima da ética profissional e que tem consequências trágicas.” (DEJOURS, 2015, p. 83).

coparticipação no estabelecimento das regras do *métier*, um coletivo de regras. “Trabalhar não é apenas produzir, é também conviver.” (DEJOURS, 2012, p.370).

Na mesma direção do coletivo de trabalho está a sublimação como mecanismo de defesa, que permite ao trabalhador sacrificar a dimensão sexual da pulsão em prol de um sistema de regras do *métier*. Trabalho psíquico de si sobre si mesmo, nem sempre facilitado pela organização do trabalho, mas que produz o sentimento de pertencimento tão importante para a questão do trabalho e para as questões da saúde.

No que tange ao objeto de análise da tese, consideramos que os conceitos da psicodinâmica do trabalho destacados contribuem na análise da dimensão de fragilidade psicossocial que observamos estar presente nas narrativas dos profissionais entrevistados pela pesquisa e retornará no capítulo das análises. A nosso ver, toda a contribuição dessa perspectiva teórica não exclui a possibilidade de ampliarmos as análises utilizando outros campos teórico-metodológicos que nos permita discutir os aspectos ligados ao processo de trabalho hospitalar e sua relação com o sofrimento psíquico e/ ou adoecimento mental do profissional de saúde.

4.1.3 Estudos sobre a subjetividade no trabalho

Incluiremos entre os campos teórico-metodológicos que analisam a subjetividade no trabalho numa perspectiva sócio histórica a Clínica da atividade, a Ergologia e a Psicossociologia do Trabalho considerando que estes campos têm em comum o fato de privilegiarem a análise das experiências dos sujeitos no mundo do trabalho. Levam em conta o fato de que os indivíduos são agentes e ativos na construção de seu processo de vida e contextualizados histórica e culturalmente. Assim sendo, a história de vida do trabalhador em toda a sua complexidade é considerada na compreensão do sofrimento, de modo que o trabalho poderá deflagrar modos de sofrimento na medida em que é também constituinte da subjetividade dos indivíduos.

A ergologia acrescentou à análise do trabalho o conceito de “*uso de si*”. O trabalho, segundo o autor, não é mera execução do prescrito, é um espaço de negociação, “o trabalho não é mera execução, mas uso, já que o indivíduo é constantemente convocado a manifestar-se de formas que escapam aos enquadramentos e regras pré-estabelecidas.” (SCHWARTZ, 2000, p.34). A possibilidade de uso de si é que permitirá ao trabalhador desenvolver seu potencial criativo e o seu prazer no trabalho. Interrogamos em nossas análises se frente à dureza de determinadas práticas no contexto hospitalar e das dificuldades encontradas para o

“uso de si” por parte dos profissionais que lidam com a assistência direta ao paciente, não estaríamos diante da via de produção de uma subjetividade paralisada capaz de deflagrar processos de sofrimento. Isso porque consideramos que o “uso de si” por parte dos profissionais de saúde depende da possibilidade de um projeto de cuidado que lhe faça sentido.

A Clínica da Atividade é uma abordagem desenvolvida por Yves Clot na França (2006, 2008) para o qual o trabalho é antes de tudo uma atividade dirigida à atividade de outros sujeitos, dirigida pelos desejos, expectativas e projetos do trabalhador e também pelos aspectos coletivos do trabalho. A atividade é dirigida ao ofício, ao gênero profissional e se inscreve numa história coletiva, em regras próprias de ofício, em um coletivo de trabalho. A tarefa prescrita pela organização é redefinida pelos coletivos que formam e transformam os *gêneros sociais da atividade* em *gêneros de situações de trabalho*, que funcionam como uma memória impessoal e instrumento com os quais os sujeitos agem ao mesmo tempo no mundo e entre si. (CLOT, 2007, p.52).

O autor considera que as discordâncias criativas ou destrutivas que surgem na estrutura inacabada das atividades sociais formam o sistema simbólico do trabalho e chama a isso de gênero profissional. No cotidiano da ação no trabalho, serão essas tensões que o sujeito buscará transformar em intenções mentais fazendo-as prevalecer na tarefa que lhe é confiada, irá partilhar com os outros e, eventualmente, as colocará a serviço de um gênero de situação a promover. (CLOT, 2007, p.68). Segundo este autor, a “beleza” e o interesse por um ofício não se reduzem a um interesse por uma técnica, ao seu exercício tão somente. Além desses, há também uma “consciência partilhada” que une e com grande intensidade aqueles que praticam uma determinada atividade, sejam ou não da mesma geração. (CLOT, 2007, p.71). Quanto ao objeto de análise da tese consideramos que há entre os profissionais de saúde essa *consciência partilhada* e que ela se expressa muito fortemente no “projeto cuidador” que une os gêneros profissionais. Ainda que, no processo de fortalecimento desses gêneros profissionais em questão nos deparemos, frequentemente, com “discordâncias criativas ou destrutivas” quanto aos diferentes projetos cuidadores.

Os conceitos dessa perspectiva teórica estão sinalizados por contribuir para a análise da licença psiquiátrica em profissionais de saúde dando destaque à força do coletivo de trabalho e não às vivências intrapsíquicas. O trabalho exige um engajamento subjetivo do trabalhador. Na Clínica da Atividade a dinâmica do reconhecimento é pensada em relação ao ofício, no nível transpessoal. O ofício é o mediador privilegiado da relação sujeito-trabalho e

o reconhecimento está na possibilidade do sujeito se orgulhar daquilo que faz, e precisamente fazer alguma coisa de sua atividade para tornar-se respeitável no contexto de um determinado gênero profissional ou renová-lo.

A falta de reconhecimento se coloca então quando a memória coletiva desse gênero profissional deixa de estabelecer os critérios de qualidade do trabalho. Segundo Bendassoli (2012, p.43), “para a Clínica da Atividade, o reconhecimento depende da reflexão do sujeito sobre se o que ele está fazendo honra com os critérios do gênero profissional.” Na medida que as regras do ofício são interiorizadas pelo sujeito, ele próprio é capaz de julgar se o seu trabalho atende aos critérios de um trabalho bem feito, dispensando a busca por um reconhecimento interpessoal. O ofício é o coletivo no indivíduo desempenhando uma função psicológica de interlocutor interno. Para a Clínica da Atividade, o reconhecimento significa reconhecer-se em algo, fora de si e de outro, no ambiente do ofício. E diz que são os “previsíveis genéricos” do ofício que permitirão ao sujeito enfrentar os desafios do real da atividade e as incertezas da organização do trabalho. (CLOT, 2007, p.257).

O coletivo de trabalho é uma construção transpessoal, pensado em termos do ofício que conforma e é formado por uma matéria simbólica que conserva a memória das trocas subjetivas. Na Clínica da Atividade, o trabalho é definido como operador de desenvolvimento e saúde, pois é por meio dele que o sujeito constrói o seu mundo e a si próprio. (BENDASSOLI, 2012, p.44).

Osório (2007) destaca que essa perspectiva de análise do trabalho “não é centrada na luta contra o sofrimento, mas na atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver [...] ou seja, busca possibilidades de superação de impasses pelos próprios trabalhadores”. Ao invés de analisar o trabalho em função de seus riscos, Clot propõe que pensemos no trabalhador como sujeito da ação e no trabalho como motor do desenvolvimento do poder de agir. E será a partir da análise da atividade que poderemos ter acesso aos modos de existência e aos padrões de adoecimento no trabalho. Entendendo atividade como o que se faz mas também

[...] aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos – aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures. É preciso acrescentar a isso – o que é um paradoxo frequente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem a fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar, aquilo que se tem que refazer. (CLOT, 2007, p.116)

Assim, nos deparamos com um conceito caro para o curso das análises das narrativas dos profissionais entrevistados pela pesquisa que é o conceito de “atividade impedida”

cunhada pela Clínica da Atividade. Frente à atividade impedida o trabalhador enfrenta a si mesmo e aos outros para realizar, com maior esforço, aquilo que tem a fazer. Ressaltamos que estar ativo implica fazer escolhas. Na ausência de espaço e subsídios para fazer as escolhas e negociações a que o trabalho obriga o trabalhador, este fica paralisado, em atividade impedida. O trabalhador não pode fazer o trabalho dentro dos critérios de qualidade que o gênero de atividade profissional indica e não tem o reconhecimento necessário, perde o poder de agir, fica impedido de agir para atingir os fins propostos para a atividade.

Há de se considerar também a possibilidade de redução do poder de agir, rompe e paralisa a ação do trabalhador e faz emergir uma subjetividade adoecida no lugar da subjetividade trabalhadora. A fadiga e o sofrimento nessa perspectiva são compreendidos não somente como o que se faz como também por aquilo que não se pode fazer – a atividade impossível, atividade impedida.

A atividade afastada, ocultada ou inibida nem por isso está ausente. A inatividade imposta lança todo o seu peso sobre a atividade presente. Pretender prescindir disso na análise do trabalho equivale a retirar artificialmente aqueles que trabalham dos conflitos vitais de que eles buscam libertar-se no real. (CLOT, 2007, p.116).

Por fim, com as formulações da Clínica da Atividade de Yves Clot é possível afirmar que o trabalho tem uma função psicológica e não se resume somente ao exercício de uma capacidade técnica. Daí podermos dizer que poderá ser fonte de prazer, mas também de sofrimento.

No trabalho, o sujeito jamais é somente o simples representante de uma atividade de trabalho é também obra e ação: obra no sentido de que produz coisas duradouras destinadas a tornar o mundo habitável, estando entre essas coisas os gêneros de vida profissional a ser retomados; ação no sentido de que gera resultados subjetivos indissociáveis do agente, produzidos em comum e transmitidos por narrativas que não são meras arengas que servem a sustentação do esforço solitário. (CLOT, 2007, p.200).

É fundamental dizer que Yves Clot e a Clínica da Atividade se afastam de qualquer perspectiva de análise do sofrimento que o considere como algo do qual o sujeito possa ser protegido pela ação de especialistas. O autor recusa o higienismo crescente nos ambientes de trabalho, que acrescenta a tantos outros riscos, o risco psicossocial e afirma que “para lutar contra as doenças do trabalho, não encontramos nada melhor que a saúde.” (CLOT, 2011, p.5). Para a clínica da atividade, frente ao cenário das “doenças no trabalho” a ação deve se voltar para o cuidado à saúde e não à erradicação das doenças. Saúde é sinônimo de

vitalidade, de poder se manter ativo e colocar de si no trabalho, em relação como o coletivo, o que se conjuga com a concepção de saúde de Canguilhem (1996).

O sofrimento é pensado no contexto do desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores sobre a organização do trabalho. O meio profissional é composto por ações encorajadas ou inibidas, que comporta os equívocos, as grandezas e as misérias do ofício. Trata-se da história coletiva com seus gestos possíveis e impossíveis que agem e possibilitam a transformação do ofício tendo como horizonte o desenvolvimento do poder de agir. “Essa história é – em maior ou menor grau – um recurso decisivo para que a instituição conserve um devir e os sujeitos sua saúde.” (CLOT, 2013, p.7). O ofício estará adoecido quando por razões singulares, o movimento entre as atividades reais, pessoais e interpessoais, a história coletiva transpessoal e as tarefas prescritas impessoais se encontrarem interdidas. E sua reabilitação dependerá de não se negar o conflito do trabalho nem, tampouco, as dissonâncias do meio profissional, mas sim questioná-lo cultivando os afetos. Nas palavras do autor,

A única maneira de defender seu ofício é também atacá-lo coletivamente para forçar seus limites face ao real da atividade. É assim que um “devir outro” do ofício pode ser preservado, uma religação aberta na qual cada um pode tomar parte. O desaparecimento do sentimento de viver a mesma história desvia (de seu norte) a atividade pessoal a ponto de o trabalhador não poder nela se reconhecer. Nesse sentido, a psicopatologia do trabalho não está longe, nem a crise da organização. (CLOT, 2013, p.7).

A força da história coletiva nos parece estar ausente ao tomarmos por análise as narrativas dos profissionais que se afastaram das atividades laborais com um diagnóstico de ansiedade e/ou depressão. Consideramos que, houve no contexto dessas licenças, uma perda do desenvolvimento do poder de agir, perda da possibilidade de transformação dos impasses que surgem no coletivo, que ganha certa radicalidade com o diagnóstico psiquiátrico, principalmente por este, em muitos casos, representar uma impossibilidade de retorno ao trabalho ou um retorno com limitações. Essa “gênese de sofrimento”, essa atividade “encarcerada”, é uma amputação do poder de agir. Como diz P. Ricoeur citado por CLOT (2007, p.274), “o sofrimento não é unicamente definido pelo dor física ou mental, mas também pela diminuição, ou até a destruição da capacidade de agir, do poder fazer, percebida como um atentado à integridade de si. Esse desenvolvimento “reprimido” pode, aliás, ter vários destinos.”

São inegáveis as contribuições dos campos teórico-metodológicos utilizados até aqui para conferirmos as bases teóricas da tese. Contudo, nesse ponto da apresentação chegamos

ao principal aporte teórico da tese – a psicossociologia. Nascida na década de 30, a psicossociologia constitui um campo de investigação que articula campo social, condutas humanas e vida psíquica. Analisa os grupos, as organizações e as instituições considerando-os como mediadores da vida pessoal dos indivíduos, além de serem criados, regidos e modificados por eles.

A psicossociologia do trabalho se insere nos debates acerca da ação do homem sobre o seu ambiente, incluindo dentre essas atividades de transformação de si e do social, *o trabalho*. Trata-se, portanto, de uma perspectiva teórica necessariamente pluridisciplinar que explora os processos de engendramento do psíquico e do social, utilizando contribuições simultâneas da psicologia, da psicanálise e das ciências sociais. Além de se articular também com outras teorias do campo da saúde mental e trabalho.

A psicossociologia do trabalho, com Dominique Lhuilier, propõe uma terceira via de compreensão do sofrimento e adoecimento no trabalho ao distanciar-se do debate recorrente entre psicogênese e sociogênese²⁷ dos distúrbios psíquicos e ao se utilizar da concepção de “adaptação-desadaptação” desenvolvida por Claude Veil (2012), que se conjuga com a concepção de saúde de Canguilhem (1996). Esse autor leva em conta a história do sujeito no momento do adoecimento e, de igual modo, as normas de trabalho em determinado ambiente laboral. Trata-se, portanto, de “manter juntos o sujeito, em sua dinâmica psíquica, e suas inscrições sociais contextualizadas e normalizadas.” (LHUILIER, 2014, p.9). O autor interroga as normas de trabalho, os conflitos e imperfeições delas revelada pelas desadaptações dos trabalhadores.

Nas situações de trabalho está em jogo uma exigência de transformação da realidade que funciona como mediação das relações entre os sujeitos. Os trabalhos de Mendel (1998, 1999) reconhecem essa “triangulação” através dos conceitos de ato-poder e de movimento de apropriação do ato. O primeiro conceito se refere ao poder *do* ato de transformação da realidade e o poder *sobre* o ato, de que dispõe o sujeito. O segundo conceito, de *movimento de apropriação do ato* se refere ao desenvolvimento da atividade a fim de torná-la mais consciente, o que pressupõe que o sujeito possa se distanciar da rotina e do que é feito maquinalmente para assumir uma atividade pela qual se sinta responsável e que esteja de acordo com seus valores. Esse movimento de apropriação do ato não se refere somente a uma

²⁷Na psicopatologia do trabalho a *psicogênese* é a corrente encabeçada por Paul Sivadon (1969), que trabalha com uma clínica de distúrbios individuais do sujeito, considerando sua tarefa e suas características individuais como “capacidades de adaptação” e a *sociogênese* é a corrente encabeçada por Louis Le Guillant (2006), que privilegia o peso das condições concretas de existência e as incidências psicopatológicas das condições de trabalho. (Lhuilier, 2014, p.9)

escolha pessoal, mas também a ações coletivas capazes de transformar as normas de trabalho, ou seja, um trabalho individual e coletivo de renormatização. (LHUILIER, 2014, p.10).

Para Lhuilier (2014) o que está essencialmente em jogo no trabalho é produção de si e do mundo e uma transformação da realidade guiada por uma representação do sentido dessa transformação. Para a autora, “o sujeito não está somente engajado na intersubjetividade, ligado aos outros pelo imaginário e pelo simbólico. Ele também se liga aos outros por meio das relações de transformação da realidade, uma via essencial de confrontação com o real.” (LHUILIER, 2014, p.11). As questões relativas ao sofrimento e adoecimento estariam relacionadas, na contramão dessa via transformadora no real. Há uma “atrofia” e “anestesia” da vida psíquica, em situações nas quais atividade e práxis se desarticulam e o real da atividade é reduzido a gestos e condutas programadas e destituídas de afeto. Nas palavras da autora:

[...] o trabalho é sempre orientado simultaneamente pela conduta do sujeito e seus próprios motivos, pelo segmento da realidade a ser transformada e pelas atividades e expectativas dos outros, sejam eles prescritores, coautores ou usuários – clientes do trabalho realizado. Mas temos que ir além disso e reconhecer que o conceito de trabalho humano não pode ser desarticulado da concepção daquilo que funda as unidades sociais (ou seja, as exigências da ação) e nem daquilo que funda a subjetividade (entendida como desenvolvimento da vida psíquica). (LHUILIER, 2014, p.11).

A relação entre subjetividade e trabalho busca referência também na psicanálise freudiana. A vida psíquica é animada por conflitos intrapsíquicos que resultam das tensões entre as diferentes instâncias do aparelho psíquico e também diferentes forças pulsionais. Além disso, a vida psíquica também está baseada no corpo, que é sempre solicitado na atividade de trabalho (Kaés, 1984) e no social, visto que o sujeito não pode se construir fora de uma relação com o outro. “O sujeito está inscrito em laços sociais e psíquicos, pela mediação do que se define em psicossociologia, como formações transindividuais. (LHUILIER, 2014, p.12).

A autora sinaliza três outros aspectos da análise do trabalho no âmbito da psicossociologia que entendemos serem importante para compreendermos a dinâmica no qual o sofrimento no trabalho pode ser desencadeado. O primeiro aspecto se refere ao fato do trabalho representar para o sujeito enfrentar pressões e limites impostos pelos obstáculos do real e pelas exigências do viver e do fazer junto. A qualidade do trabalho, na análise da autora, não se reduz à “bela obra”, mas à possibilidade de um fazer criativo. (WINNICOT, 1983). O impedimento da criatividade estaria na origem da vivência patogênica no trabalho.

O segundo aspecto seria considerar o trabalho como uma instituição social e psíquica. Ele é social na medida em que sustenta e legitima as atividades sociais e psíquica por mobilizar investimentos, representações e valores que garantem as bases para a identificação do sujeito. A instituição-trabalho é produção humana e não somente o que se impõe aos homens. O impedimento em se pensar o “por que fazer” e contemplar a própria atividade através do que se busca fazer seria mais uma vivência de sofrimento no trabalho.

Por fim, o terceiro aspecto em destaque é o sentido do trabalho, aquilo que não se prescreve, não se decreta, que é co-construído no duplo movimento de investimento de desejos inconscientes e de validações sociais. O sentido do trabalho remete ao lugar que se reserva ao desejo em sua relação com a energia pulsional e com a sublimação como expressão socializada da pulsão. A sublimação só pode se realizar quando a dedicação do sujeito for objeto de reconhecimento social. A autora, assim como nós, considera indispensáveis as referências de Dejours (2009) e Clot (2008) acerca da questão do reconhecimento, mas sinaliza que o sentido do trabalho e seu reconhecimento estão ancorados na divisão técnica e social do trabalho. “Cada uma dessas divisões constitui uma segmentação das representações do que se tem de fazer, do que é essencial fazer, do que é um trabalho bem feito, à luz de pontos de referência próprios ao lugar ocupado nessas divisões e das atividades a elas associadas.” (LHUILIER, 2014, p.12). Além disso, a divisão do trabalho também é moral e psicológica, Hughes²⁸, (1996 apud LHUILIER, 2014), e dá origem ao campo de análise do “*sale boulot*” ou “*trabalho sujo*” em profissões ou tarefas que tem como objeto o negativo psicossocial, ou seja, aquilo que é rejeitado socialmente. “*Essa rejeição é sinônimo de clivagem e de projeção a serviço da depuração, das tentativas de eliminar o negativo.*” (LHUILIER, 2014, p. 12). O negativo psicossocial recobre aquelas atividades que estão à sombra do social, e servem para a neutralização do que é o objeto de negação no “*sale boulot*”, e por isso é colocado à margem ou no esquecimento. (LHUILIER, 2012, p.25).

Os julgamentos de valor sobre determinados trabalhos pesam também sobre a autoimagem da pessoa que o exerce. Na divisão moral do trabalho, as profissões que se encontram na parte de baixo da escala de valor seriam aquelas cujas tarefas são física ou simbolicamente nojentas, humilhantes, degradantes, sinônimo de transgressão de valores morais. Os profissionais que lidam com o “*sale boulot*” estão constantemente confrontados

²⁸ HUGUES, E. (1996). Le regard sociologique. *Essais choisis*. Paris: Ehes.

HUGUES, E. (1996). Le drame social du travail *Actes de la recherche en sciences sociales* (Les nouvelles formes de domination dans le travail, (2), 115, 94-99.

com o que se apresenta como “mau objeto”, necessitando de estratégias defensivas e ideologias defensivas que estejam a serviço da defesa individual e coletiva. Se algumas profissões se caracterizam por lidar diretamente com o trabalho sujo, com ofícios de pouco prestígio e até mesmo considerados indignos, temos outras profissões que comportam uma parte de “sale boulot”, nas quais estão presentes também tarefas desvalorizadas ou desagradáveis. E será esse “sale boulot” objeto de processos de delegação e invisibilização. Essas tarefas só ganham reconhecimento quando deixam de ser realizadas. São exemplos clássicos do “sale boulot” a atividade dos trabalhadores do lixo, os coveiros, os carcereiros, os policiais e alguns ofícios do hospital.

Essa discussão do reconhecimento no trabalho tem importância nos diferentes campos teórico-metodológicos e, inclusive, está relacionada aos processos de sofrimento e adoecimento físico e psíquico. A psicossociologia do trabalho nos oferece uma nova dimensão para a análise do reconhecimento que se acresce a análise interpessoal da Psicodinâmica do Trabalho e a análise transpessoal da Clínica da Atividade, qual seja, o reconhecimento também como um trabalho da cultura, que qualifica ou desqualifica determinadas profissões e/ou tarefas.

O trabalho da cultura é concebido como estando a serviço de uma terrível tarefa, que consiste em fazer que os humanos vivam juntos, obrigando-os, individual ou coletivamente, a transformar sua tendência à agressividade e à destrutividade impostas pela satisfação de seus próprios desejos, usando o outro como objeto de gozo. (LHUILIER, 2014, p.14).

Na perspectiva clínica da psicossociologia, o trabalho tem ressonâncias fantasmáticas. Os “trabalhadores do corpo” como são os médicos, os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, estão confrontados no cotidiano de trabalho com a morte e seus equivalentes e a via fantasmática não estará suspensa na atividade. Há nessas uma solicitação de intervenção sobre o “envelope corporal” do outro, aonde supostamente haveria um interdito. (Anzieu, 1974). Tratar, manipular, tocar rompe com os limites e fronteiras com o outro significa uma transgressão autorizada, um ato de poder absoluto. O interdito primário do não tocar que é organizador da sexualidade genital e da vida social, nas práticas de saúde ganha outro contorno. Consideramos que há uma sublimação do interdito que a transforma numa prática de autoridade de si sobre o corpo do outro, funcionando como uma ressonância fantasmática do trabalho na saúde. A máxima “fazer o mal” para “fazer o bem” será um dos organizadores

das práticas no campo da saúde e também estará presente em processos de sofrimento numa dimensão intrapsíquica.

Por fim, para a psicossociologia do trabalho, segundo as formulações de Dominique Lhuilier (2009), o mal-estar no trabalho e os sofrimentos que emergem no mundo do trabalho podem ser agrupados em três grandes grupos: i) as patologias da atividade impedida ou “aprisionadas”; ii) as patologias da solidão e da equivocidade no trabalho; e iii) as patologias dos maus-tratos e da violência.

No grupo das *patologias da atividade impedida ou “aprisionada”* estão as patologias de sobrecargas (stress, burnout, karoshi), a fadiga associada à falta de atividade nas situações de ostracismo ou de “encarceramento”, (LHUILIER, 2012, p.23), as perturbações musculoesqueléticas, as formas brandas ou graves de dissociações psicológicas e os transtornos mentais. Nesse grupo estão às situações de “des-obramento” imposto, no qual ao trabalhador não é dada a possibilidade de mostrar aos outros e a si o seu valor através do trabalho, deflagrando processos de intensa desvalorização pessoal. Isso porque, o trabalho é uma forma como o sujeito deixa sua marca e se inscreve numa obra coletiva. A “atividade impedida” induz a uma paralização do dinamismo interno do trabalhador, o impossibilita de investir sua energia vital na atividade e, por consequência, o sujeito inicia um processo de retraimento, perda da intersubjetividade e esvaziamento do sentido do que faz. O sujeito se apresenta dissociado de seu gesto/ato no trabalho. (LHUILIER, 2009).

No grupo das *patologias da solidão e da equivocidade no trabalho* estariam os sofrimentos deflagrados pela precariedade dos ofícios, dos coletivos de trabalho e pelo contexto de individualização, estimulados pelos novos modos de gestão de pessoas, que traz uma perspectiva individualizada de carreira, com a fragilização dos coletivos de trabalho, perda de espaços coletivos de debates que privam o trabalhador da discussão sobre os critérios de um trabalho a contento e do reconhecimento pelo outro. A autora identifica como uma equivocidade do contexto de trabalho atual a crescente dificuldade em se determinar os meios e os fins da ação, dificultando a apropriação subjetiva da atividade. Em especial, no trabalho no setor de serviços, aponta a ambiguidade que emerge da relação do trabalhador com seu cliente (profissional de saúde – paciente). Tal ambiguidade surge da indeterminação do que seria uma boa relação de serviço e, muitas vezes, leva a uma disjunção entre o trabalho que se realiza e aquele que se gostaria de realizar.

No grupo das *patologias dos maus-tratos e da violência* está o assédio moral como um dos seus principais sofrimentos, mas não o único, fruto das relações de trabalho como um

exercício de força num cenário de relações de poder. “Abuso que começa com um abuso de poder, prossegue com um abuso narcísico – no sentido de que o outro perde totalmente a auto-estima – e pode chegar por vezes a um abuso sexual.” (HIRIGOYEN, 2010, p.16). Trata-se de um sofrimento que se origina pela falta de mediadores entre os sujeitos no trabalho, levando as relações de poder presentes na organização a não encontrarem parâmetros coletivos e institucionais que funcionem como balizadores das relações. Os trabalhadores vivenciam relações assimétricas de poder com a organização do trabalho.

Em todas essas patologias que surgem da relação do sujeito com o trabalho está expresso um bloqueio na capacidade de negociação do trabalhador com o seu meio e um consequente impedimento ao seu desenvolvimento. A impossibilidade de afetar e transformar a organização do trabalho faz com que o ambiente seja considerado ameaçador e penoso, o que coloca em cena a estreita relação entre saúde e criatividade. A condição para não adoecer é não travar e impedir a criação no trabalho. A saúde seria então a capacidade de se lidar inventivamente com os limites, obstáculos e restrições encontrados no processo de trabalho. (LHUILIER, 2009, p.99). Aqui reside uma concepção importante da atividade impedida. Na medida que trabalho é sempre diálogo, negociação, conflito frente as escolhas, temos um aspecto concordante entre Psicossociologia do Trabalho, Clínica da Atividade, Ergonomia e Psicodinâmica do Trabalho.

4.2. O Processo de Trabalho em hospital: da insatisfação ao sofrimento

Nesse ponto abordaremos alguns elementos da divisão técnica, social, moral e psicológica do processo de trabalho hospitalar a fim de caracterizar as vivências dos profissionais de saúde.

Os ofícios do cuidado constituem uma atividade nobre, reconhecida e valorizada socialmente por restabelecer a saúde e o bem estar. Mas, essa atividade também comporta uma outra face que é a da exposição e manipulação dos corpos. A divisão moral no campo da saúde demonstra bem a clivagem que existe no interior das práticas hospitalares - as atividades terapêuticas dos médicos e enfermeiros e as atividades de limpeza dos dejetos corporais, feita pelos auxiliares de enfermagem e outros profissionais de suporte ao cuidado. Esse segundo grupo não divide o mesmo prestígio das atividades terapêuticas, nem tampouco os benefícios materiais e simbólicos dos médicos e enfermeiros. Segundo afirma Lhuilier (2005) sobre a divisão do trabalho hospitalar:

La division hospitalière du travail reflète, à sa façon, le degré d'impureté des fonctions remplies. Les infirmières délèguent les plus humbles de leurs tâches traditionnelles aux aides-soignantes et aux femmes de service. « La pureté physique de l'organisme humain dépend d'équilibres fragiles; les médecins et ceux qui les assistent interviennent aux frontières où ces équilibres sont, de fait, souvent perturbés. Rendre la santé (c'est-à-dire, une forme de pureté), voilà le grand miracle. Ceux qui opèrent ce miracle sont plus qu'absous de l'impureté potentielle de leurs tâches; mais ceux qui accomplissent les tâches humbles, sans être reconnus comme les auteurs de ces miracles, n'ont droit qu'à un médiocre prestige. Ce qui permet d'insister sur le fait que la division du travail va bien au-delà du simple phénomène technique, et qu'elle contient d'infinies nuances psychosociologiques.» (LHUILIER 2005, p.85).²⁹

Dentre os diferentes grupos profissionais estudados por Lhuilier no campo do “sale boulot”, damos destaque aos profissionais da enfermagem do hospital, os quais compuseram um dos grupos de entrevistados pela pesquisa. Entendemos que esta categoria vivencia as questões do “sale boulot” num duplo sentido, dada a divisão moral e psicológica do trabalho. O enfermeiro graduado tem nos auxiliares e técnicos de enfermagem um grupo que cuida da “parte suja da assistência de enfermagem” que é a manipulação dos excrementos na assistência. Podemos supor que, o enfermeiro graduado tem uma vivência do “sale boulot” minimizada por transferir aos técnicos essa tarefa dentro da assistência de enfermagem. Contudo, podemos inferir que o trabalho do enfermeiro também poderá ser vivenciado como um “sale boulot”, dada as relações de desprestígio e desvalor que, em muitos casos, ocorre na relação com o trabalho do médico.

Assim, reconhecemos que a divisão técnica, social, moral e psicológica se reflete nas relações entre os profissionais de mesma categoria, como é o caso da enfermagem, mas também nas relações entre profissionais de diferentes categorias, visto que estão todos envolvidos na assistência ao paciente, estabelecendo modos próprios de cuidado do mesmo. As posições profissionais no hospital se traduzem em práticas de poder num contexto hierarquizado e se refletem na imagem que os profissionais tem de si e do valor de sua atividade. O imperativo “cada um no seu lugar” se afirma como parte da construção das relações de autoridade e é uma maneira de se legitimar e validar as práticas.

O trabalho hospitalar se caracteriza como uma atividade de prestação de serviços e em

²⁹A divisão do trabalho hospitalar reflete a sua própria maneira, o grau de impureza das funções desempenhadas. Os enfermeiros delegam aos mais humildes e as mulheres as tarefas tradicionais de cuidado. "A pureza física do corpo humano depende de frágeis equilíbrios; os médicos e aqueles que os ajudam intervêm nesses limites que estão, muitas vezes, interrompidos. Restabelecer a saúde (isto é, uma forma de pureza) é o grande milagre. Aqueles que operam este milagre são absolvidos da impureza potencial das suas funções; mas aqueles que executam tarefas humildes sem serem reconhecidos como os autores destes milagres, só têm direito a um prestígio medíocre. Isso que nos permite enfatizar que a divisão do trabalho vai muito além do fenômeno técnico simples e contém infinitas nuances psicológicas." (LHUILIER, 2005, p. 85).

seu cotidiano podem emergir algumas formas de violência expressas na relação do prestador de serviço-profissional de saúde com o usuário-paciente, nas relações interpessoais, nas relações entre as hierarquias e nas formas de poder presentes no hospital.

Essa dimensão relacional no hospital é denominado, por alguns autores, de trabalho “sentimental” (Vieira, S.B.; Seligmann-Silva, E.; Athayde, M., (2004)) e é atribuída a uma outra função que o profissional deve exercer que é a de “saber ser” em oposição ao “saber-fazer”. Desse modo, os autores citados destacam ao analisar o trabalho de profissionais de saúde de uma clínica obstétrica de alto-risco em um hospital universitário do Nordeste que

[...] as trabalhadoras em questão não mobilizam apenas suas capacidades físicas e cognitivo-intelectuais, seus conhecimentos formais, mas também os afetos porque esses as constituem e atravessam as relações econômicas, salariais e de poder. Portanto, é preciso compreender a mobilização psíquica através da qual se exprime a dimensão afetiva e pela qual se conquista um equilíbrio psíquico (ainda que instável) no trabalho. (VIEIRA, S.B.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAÍDE, M., 2004, p.136).

Sobre o trabalho relacional e o processo de adoecimento podemos inferir que se o trabalhador escolhe trabalhar em saúde tendo como horizonte de atuação uma vontade de cuidar, “uma dimensão de cuidador que todos os profissionais de saúde têm.” (MERHY, 1998), a atividade que o distancia desse cenário, ou que não favorece sua realização, será sentida como frustrante, insatisfatória, estressante e, até mesmo, adoecedora. Sobre isso acrescentam Assunção e Lima (2010),

[...] muitas vezes o trabalhador pode estar adoecendo porque, se por um lado, é requisitado a se importar com o usuário, pondo em uso suas habilidades e capacidades relacionais, por outro, muitas vezes, é sistematicamente impedido de levá-las a cabo, explorando em sua inteireza as possibilidades destas relações, a fim de cumprir uma série de demandas institucionais e burocráticas do trabalho.(ASSUNÇÃO E LIMA, 2010).

Outra característica do trabalho em hospital que cabe ser analisado é a necessidade de funcionamento diuturno, implicando no trabalho em regime de plantões. Sendo este modo de funcionamento justificado por necessidades de natureza tecnológica, imposições econômicas, e, por fim, pela necessidade de atendimento ao doente através de uma retaguarda diuturna.

O regime de trabalho em turnos e plantões é considerado uma risco relativo à organização do trabalho hospitalar, fonte de penosidade física e psíquica no trabalho. O trabalho em turnos tem efeitos nos sincronizadores individuais que ficam invertidos em relação aos demais sincronizadores sociais, comprometendo os ritmos circadianos e

provocando desordens biológicas, psicológicas e sociais nesses trabalhadores. (RUTENFRANZ e alii, 1989) Além disso, abre prerrogativa para os duplos vínculos e jornadas de trabalho estendidas para os profissionais de saúde, o que é especialmente favorecido pelos baixos salários e pela ausência de uma política de carreira para o setor, transformando-se em uma prática especialmente comum entre os profissionais dos serviços de saúde. Os múltiplos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, o *multiemprego*, é um elemento importante para a análise dos fatores relacionados ao sofrimento psíquico.

O contexto da globalização e informatização dos serviços de saúde produziu impacto também na gestão dos procedimentos realizados. As tecnologias trouxeram a possibilidade de agilizar a realização de muitos procedimentos, exames, análise bioquímicas e minimizou a margem de erros do resultado desses, por outro lado, reduziu também o número de profissionais envolvidos nesses processos e desqualificou um saber antes totalizado pelo profissional de saúde.

A automatização de segmentos do processo de trabalho reorientou o seu ritmo e domínio das suas etapas, mas ao desqualificá-lo tornou seus autores elementos dispensáveis. Paradoxalmente, a atenção requerida pelos novos procedimentos e aparelhagem cada vez mais ágeis e especializados requer a presença de um trabalhador mais atento e condicionado. (PITTA, 1999, p. 49).

O universo das tecnologias em saúde, cada dia apontando para novos recursos diagnósticos e terapêuticos, transformou o paciente em um consumidor dos serviços de saúde e aos profissionais de saúde cabe atender as múltiplas expectativas dos pacientes-consumidores. E mesmo quando analisamos o cenário dos serviços públicos, principalmente quando tomamos o hospital para a análise, podemos encontrar a mesma relação de consumo de tecnologias das práticas privadas em saúde. O saber do profissional é substituído pelo domínio das tecnologias, e consideramos que se essa passagem é também fonte de sofrimento para o profissional que se vê destituído do sentido relacional do seu trabalho.

O trabalho no meio hospitalar se sustenta em inúmeras prescrições que são oferecidas a título de uma “racionalização” do trabalho, da qualidade e da segurança do paciente. As transformações no mundo hospitalar apontam para a hierarquia e a segmentação profissional e colocam de um lado, os *experts*, que se referem ao discurso institucional normatizado e, de outro, os trabalhadores do hospital, que tem uma abordagem sempre relacionada com as situações de trabalho que vivenciam. O trabalho prescrito é estabelecido segundo o conhecimento médico-epidemiológico acerca dos riscos e a prática dos profissionais é

orientada pela representação global e dinâmica do trabalho a realizar. Essa protocolização crescente da assistência hospitalar visa uma estandarização do trabalho. O conflito se estabelece quando essa “racionalização” do trabalho hospitalar tem que se a ver com a diversidade de patologias, diversidade de pacientes e variabilidade dos processos de tratamento. Surgem, então, o dilema “*da gestão das singularidades em grande escala.*” Minvielle³⁰ (2000, LHUILIER, 2012, p.27) que produz uma reorganização informal do trabalho e das práticas como um compromisso entre as exigências administrativo-institucionais, profissionais e interindividuais que estão submetidas às singularidades de cada paciente atendido. (LHUILIER, 2012, p.27). Dilema que não podemos deixar de considerar que, por vezes, se torna conflito e sofrimento frente às diferenças nos projetos de cuidado.

A falta de reconhecimento dos esforços dos profissionais em fazer essa gestão das contradições concorre para um silêncio sobre o trabalho real. “O que se faz e não pode ser dito. O que é dito que deve ser feito não pode fazer-se.”(LHUILIER, 2012, p.29). A isso acrescenta-se um outro aspecto das transformações do trabalho que estão potencializadas no trabalho hospitalar – o isolamento que é favorecido pelas reformas estruturais, pela diversidade dos horários de trabalho e pela precariedade dos coletivos. Sobre isso adverte Lhuilier (2012),

O reenvio do trabalho aos bastidores tem um custo psíquico muito pesado. Ele está no fundamento do aumento das queixas em matéria de falta de reconhecimento. Problemática cuja dupla face é preciso enfatizar: a dificuldade crescente de ver seu trabalho reconhecido mas também de se reconhecer no trabalho realizado, tanto nos modos de fazer quanto nos objetivos perseguidos e nos resultados obtidos. (LHUILIER, 2012, p.34)

Eis mais um dos aspectos da penalidade psíquica no processo de trabalho hospitalar. Além deste, destaca-se a qualidade das relações interpessoais que podem favorecer tanto vivências de prazer e bem-estar no trabalho quanto também levar ao sofrimento intenso. Essas relações interpessoais envolvem os profissionais com os seus pares, profissionais de outras categorias, hierarquias, pacientes, familiares e o próprio impacto dessas relações nas vivências extra-laborais. As relações interpessoais no cenário hospitalar retomam o conceito de co-produção que caracteriza o setor de serviços de saúde, e implica num fluxo produtivo que

³⁰ MINVIELLE, Étienne. Gérer et comprendre l’organisation des soins hospitaliers. In: CRESSON, Geneviève; SCHWEYER, François-Xavier. **Professions et institutions de santé face à l’organisation du travail**. Rennes: ENSP, 2000, p.115-133.

envolve todos atores e que nem sempre é facilmente coordenado, podendo produzir situações de violência. Assim destaca Vieira, S.B.; Seligmann-Silva, E. e Athayde, M., (2004),

A violência verbal e não verbal é perceptível objetivamente, porém os danos (psicológicos) daí decorrentes são difíceis de avaliar, uma vez que, frequentemente, o servidor, alvo direto da violência, prefere não falar sobre a agressão sofrida, embora suas marcas se mantenham por longo tempo (VIEIRA, S.B.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M., 2004, p.140).

Essa dimensão relacional do trabalho em saúde e em especial do trabalho hospitalar, muitas vezes, entra em choque com a lógica de organização do trabalho em saúde centrada em procedimentos, exames laboratoriais e atendimentos altamente especializados e fragmentados. Para Franco e Merhy (2005) a tecnização da assistência ignora a dimensão relacional e cuidadora do trabalho em saúde, dificulta o processo de produção de cuidado, reduz a capacidade do “uso de si” no desempenho das atividades laborais e impede que o trabalhador se reconheça no trabalho bem feito (CLOT, 2007) e com sentido.

O trabalho na contemporaneidade coloca em evidência as emoções, que deixam de ser algo da vida extra-laboral e passam a ser consideradas como um instrumento de trabalho. É preciso transformá-las em uma competência – competência emocional no trabalho, uma capacidade de colocar seus afetos a serviço da organização do trabalho, assim como a inteligência está, facilitando o trabalho. O reconhecimento da necessidade de uso das emoções e a gestão destas pelos profissionais da saúde que lidam com a assistência direta ao paciente, não implica ocultarmos os custos psíquicos desse uso. Lhuilier (2006) afirma que

Dans les professions de la relation, la sensibilité à la souffrance d’autrui relève d’une compréhension empathique, d’une forme de compassion nécessaire pour permettre une écoute réceptive, une disponibilité psychique à l’autre. Les mécanismes identificatoires apparaissent comme à la fois nécessaires et menaçants : l’expérience de la souffrance d’autrui ne peut être dissociée de la prise de conscience de sa propre souffrance comme réalité douloureuse et profondément humaine. C’est parce qu’elle est en continuité avec ce que nous savons pouvoir éprouver que la souffrance physique, psychique, sociale de l’autre nous est intolérable. Apprendre à côtoyer la souffrance, à l’entendre sans être happé, contaminé et annihilé par elle, est un apprentissage professionnel difficile mais indispensable.³¹ (LHUILIER, 2006, p.99).

³¹ Tradução livre. Em profissões do relacionamento, a sensibilidade para o sofrimento dos outros implica em uma compreensão empática, uma forma de compaixão necessária que permita uma escuta receptiva, uma disponibilidade psíquica para outro. Os mecanismos identificatórios aparecem, ao mesmo tempo como necessários e ameaçadores: a experiência do sofrimento dos outros não pode ser dissociada da consciência de seu próprio sofrimento como realidade dolorosa e profundamente humana. Isso porque essa continuidade nos faz experimentar o sofrimento físico, psicológico, social do outro que nos é intolerável. Aprender a lidar com o sofrimento, ouvi-lo sem ser apanhado, contaminado e destruído por ele é uma aprendizagem profissional difícil, mas essencial. (LHUILIER, 2006, p.99).

Para Faria; Araújo (2010), o trabalho em saúde e os encontros profissionais-usuários pode produzir efeitos tanto positivos quanto negativos. No caso de bons encontros poderão advir prazer e uma efetiva relação cuidadora. Em caso de maus encontros, poderemos observar a desqualificação do profissional, dificuldade de estabelecimento de vínculo, desresponsabilização do usuário, atendimentos focados em procedimentos, sofrimentos e adoecimento.

Outro aspecto importante do trabalho no setor saúde conforme destaca Vieira, S.B.; Seligmann-Silva, E.; Athayde, M., (2004), é o *caráter sexuado desse trabalho sentimental*. O setor saúde é o que apresenta os maiores índices de mão-de-obra feminina. As competências femininas – *“meiguice, passividade, amor ao próximo”*, não são valorizadas enquanto qualificação formal e não são reconhecidas como trabalho profissional. Favorecem, conseqüentemente, que determinadas categorias profissionais, historicamente femininas, como a enfermagem, o serviço social e a psicologia, sofram com sua maior exploração e subordinação nos serviços de saúde.

Molinier (2004) a partir do arcabouço teórico da psicodinâmica do trabalho aborda as diferenças de gênero na relação com o trabalho. Contrapõe as defesas construídas pelos homens através da identidade viril no trabalho, a *“ideologia da compaixão”* presente entre mulheres trabalhadoras. Nos homens, a dimensão coletiva das estratégias de defesa visa lutar contra o medo gerado no trabalho através da virilidade social, que se apresenta como demonstrações de coragem no domínio dos riscos.

Para discutir as ideologias defensivas entre mulheres, a autora se utiliza do trabalho da enfermagem, trazendo elementos de interesse para o contexto da tese, visto que as categorias profissionais abordadas na tese – enfermagem e serviço social, são predominantemente formadas por mulheres.

A autora afirma que a confrontação com o sofrimento do outro é fonte de um sofrimento específico que é a *compaixão* (sofrer com), e se caracteriza como “processo psíquico desencadeado pela obrigação determinada pelo confronto com os doentes, mesmo quando não se tem vontade, e que só se elabora graças a um esforço coletivo. A compaixão é fruto de uma construção social.” (MOLINIER, 2004, p.19). As conversas da enfermagem se esforçam para “desdramatizar” as situações vividas no hospital, deixando o cotidiano mais agradável. O sentimento de vulnerabilidade é congruente com a feminilidade e por isso é preciso dissociar o “ser-mulher” do profissionalismo. As conversas irônicas frequentemente

encontradas nos ambientes hospitalares e o “zombar de si mesma” pode ser interpretado, segundo a autora, como uma componente das defesas “femininas”.

Quando as enfermeiras do hospital não conseguem mais trabalhar conforme seus valores, ou quando seu trabalho é sentido como indigno. Ou quando tem que realizar uma tarefa que não se deseja e que pode ser nefasta ao paciente é preciso acionar defesas próprias a esse coletivo. Não é a compaixão que é patogênica mas a impossibilidade crônica de lhe dar uma saída coletiva no cuidar. (MOLINIER, 2004, p.20). A compaixão não é naturalizada, ela é uma forma de relação, uma postura idealizada no registro da sensibilidade feminina e serve a interesses defensivos ao sofrimento.

Outra estratégia que a autora destaca no trabalho de enfermeiras no hospital é o “ativismo”, frente as insatisfações com a organização do trabalho e a fadiga. É possível pensar que o profissional poderia pedir sua transferência de posto de trabalho ou setor, contudo, a autora observa que para muitas enfermeiras tal mudança (ou demissão) somente ocorre após uma fase de ativismo.

O ativismo é uma estratégia, clássica no meio hospitalar, que consiste em querer concluir sua tarefa integralmente, notadamente a não sacrificar a humanidade dos cuidados, sem contar suas horas de trabalho. O ativismo privilegia então o sentido do trabalho. Mas é uma estratégia a curto prazo que ocorre sobre a diminuição da vida pessoal e sobre o esgotamento profissional, o qual numerosos trabalhadores que cuidam de outras pessoas tentam amenizar usando automedicação. Se o ativismo é explorado pela organização do trabalho, ele não é reconhecido nem recompensado.” (MOLINIER, 2004, p.20).

É possível inferir que o *ativismo* descrito, ao caracterizar uma forma defensiva das enfermeiras previamente lidarem com os conflitos vivenciados no hospital, poderá antecipar não somente demissões e mudanças de posto de trabalho mas também a indicação de afastamento e licença médica.

Outro aspecto relevante em se tratando do grupo da enfermagem diz respeito ao sofrimento gerado pela conciliação do trabalho com a maternidade, que é visto como uma dificuldade individual e não como vivência a ser socializada e superada coletivamente. Ao não conseguir conciliar a contento vida profissional, conjugal e maternal, isso é interpretado como uma inabilidade pessoal. Essa personificação das dificuldades e a impossibilidade de dar a isso um encaminhamento coletivo, conduz as enfermeiras a ficarem sozinhas, no silêncio e na culpa por sua “devoção” ou “fragilidade”, quando não acabam por serem deflagrados processos ansiosos e depressivos. E essa vivência em relação a maternidade não

se apresenta somente em relação ao grupo de enfermeiras mas como uma questão do gênero feminino presente na relações de trabalho.

Por fim, e não menos importante na configuração do processo de trabalho hospitalar está a precariedade dos serviços públicos de saúde no Brasil e a falta de uma rede ambulatorial que atenda às necessidades de saúde da população. Esse cenário faz com que o profissional que atua nos hospitais públicos experimente uma situação de impotência em atender as demandas da população, o que favorece inúmeras formas de violência interpessoal envolvendo os coprodutores do serviço de saúde, e desencadeando múltiplas formas de sofrimento físico e mental entre os profissionais.

Esses são alguns elementos do processo de trabalho em hospital que apontam para uma relação deste com a produção de sofrimento em profissionais de saúde. Em nossa perspectiva de análise acerca do sofrimento e adoecimento mental dos profissionais de saúde que trabalham em hospitais, a explicação para o problema não se encontra circunscrito aos dados de personalidade, nem tampouco se encontram nos dados sociais considerados isoladamente. A vivência de sofrimento e adoecimento mental advém das formas como estes aspectos se articulam, construindo uma trama complexa que se traduz na trajetória de cada indivíduo, na sua história de vida laboral.

4.3. A licença do trabalho: do prazer ao sofrimento e adoecimento no trabalho

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Essa agenda de prioridade se apresenta como uma resposta não apenas nacional, mas mundial ao processo de adoecimento crescente dos trabalhadores da saúde. (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007)

O levantamento bibliográfico sobre os principais motivos de afastamento e licença do trabalho no setor de serviços trouxe dados significativos em termos da relevância do tema da Saúde Mental no Trabalho. Um estudo realizado na Universidade do Espírito Santo analisou os dados de licenças médicas apresentadas pelos servidores da Universidade no período de março de 2007 a fevereiro de 2009 como justificativa para a ausência ao trabalho. Foi uma pesquisa documental, descritiva e quantitativa que apresentou como resultado que 29,68% dos afastamentos estavam relacionados a Transtornos Mentais e Comportamentais, seguido por 29,53 por Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo, bem como 11,58% por Neoplasias e 11,48% por Doenças do Aparelho Circulatório e os dados permaneceram estáveis pelos dois anos pesquisados. (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011)

Borges (2001) em estudo realizado com 155 bancários no qual se analisou a principal causa de problemas de saúde que necessitaram de consulta médica foram as Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo, 72%, seguidos de Transtornos Mentais e Comportamentais, com 33,5%.

Quando a literatura científica discute o processo de adoecimento no trabalho em saúde, além do foco relacional trabalhador-usuário do processo de trabalho em saúde, tem destaque outros aspectos como a falta de infraestrutura, falta de condições ergonômicas, risco de acidentes e doenças ocupacionais, risco de contaminação, excesso de burocratização nos serviços, hierarquização e verticalização das relações interpessoais, o contato cotidiano com a dor, sofrimento e morte de pacientes.

Quanto às interpretações das manifestações de sofrimento, parece que estas não encontram lugar na sociedade pós-industrial, ela é vista como falta de motivação, fraqueza ou desequilíbrio emocional, todos com um sentido que responsabiliza ou mesmo culpabiliza o profissional por seu sofrimento e adoecimento. As mudanças em termos de reestruturação produtiva exigem que o profissional se mantenha aberto as transformações e se expresse com satisfação na vida e no trabalho. O sofrimento é inadmissível, pois sinaliza para uma incapacidade do profissional na gestão de sua carreira. É como se houvesse a máxima Adoecer sim, Sofrer não! E como o sofrimento nunca deixa de estar no jogo das relações interpessoais, a despeito de toda estratégia moderna de motivação no trabalho, ele também se fará saber, ainda que tenha que alçar ao rótulo de “adoecimento”. Brant e Minayo-Gomes (2007, p. 466) destacam que “[...] as manifestações de sofrimento, em determinados espaços institucionais, passam por um processo de adoecimento; entendido como atribuição e introjeção da identidade de doente, independentemente da existência ou não de uma doença.”

O sofrimento é uma reação às ameaças à existência humana que podem advir do próprio corpo, do mundo externo e dos relacionamentos com outros homens. Brant e Minayo-Gomes (2007) afirma que

[...] enquanto o sofrimento remete à concepção de reação e vontade de viver como fundamento da vida, o adoecimento é expressão de inércia e insurreição contra a vontade afirmativa de transformação. Denominamos como adoecimento o processo de construção da identidade de doente a partir da manifestação do sofrimento, independentemente da presença ou ausência de doença. A doença não é somente o desaparecimento de um ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital; logo não há desordem, apenas a substituição de uma ordem esperada por outra que nada serve, mas que é necessário suportar. (BRANT; MINAYO-GOMES, 2007, p.466).

Ser nomeado como doente ou apresentar-se com uma licença médica que lhe justifique se afastar do trabalho por condições de saúde constituem identificações socialmente reconhecidas e que se situam não somente no âmbito da clínica médica, mas também nos domínios sociológicos. O estado de sofrimento no trabalho não confere o estatuto de doente e sim de não-adaptado a uma condição que é tomada como natural, a organização do trabalho em suas múltiplas facetas. O sofrimento contínuo cria desconforto na organização do trabalho, pois ele não pode ser incluído em uma categoria institucional. As queixas precisam ser transformadas em síndromes para que sejam legitimadas, é neste momento que elas adquirem um estatuto institucional que apaziguam o mal estar que causavam anteriormente no âmbito institucional, quando não tinham denominação específica.. A transformação da manifestação do sofrimento em adoecimento por parte daquele que o padece pode ser tomada como um último recurso, talvez, de enfrentamento do sofrimento em sua relação com o processo de trabalho.

O adoecimento e afastamento do trabalho nos fazem pensar sobre as marcas e os efeitos que essa ruptura deixa nos trabalhadores. Num cenário de trabalho violentamente competitivo, onde a produtividade move uma engrenagem complexa, aqueles trabalhadores que são afastados de suas atividades pelo adoecimento passam a ser considerados incapazes e improdutivos. Eles ocupam como licenciados o avesso da norma produtiva e perdem sua inscrição social de trabalhadores. E com isso, numa sociedade que reverencia a capacidade produtiva dos sujeitos, esses trabalhadores representam um tempo “sem lugar” e são frequentemente questionados sobre sua doença, incapacidade e condição de improdutividade.

A globalização e a competição que lhe é decorrente transformam os trabalhadores em gestores de suas carreiras (GAULEJAC, 2001) numa perspectiva individualista, fazendo com que cada trabalhador seja responsável por seu sucesso ou fracasso. Os movimentos coletivos perdem força produzindo uma contexto fértil para a produção de sofrimento e o adoecimento como um caminho para aqueles que não conseguem responder às demandas do capital e da produção. O trabalho é uma categoria analítica integradora que se apresenta de modo central para dos sujeitos, atingindo vários campos da vida humana: o do fazer, o do ter e o do ser, enfim, nada lhe escapa. (GAULEJAC, 2011).

O percurso teórico feito até aqui nos permite tomar as narrativas dos profissionais em análise e melhor compreender a dimensão de fragilidade psicossocial, a dimensão da perda do ato-poder, a dimensão do sofrimento ético-profissional e a dimensão de religação a uma nova

condição de trabalhador que consideramos estar presente nas licenças por ansiedade e/ou depressão entre profissionais de saúde que atuam em hospitais.

Como psicossocióloga é possível interpretar essas dimensões em duas direções: de *transformação social* e dos *remanejamentos psíquicos*, ou seja, nas tensões entre o social e o psíquico, o coletivo e o individual, presentes nas relações de trabalho. E, nesse processo de análise psicossociológica lançamos mão dos conceitos, como ferramentas para compreendermos as vivências de sofrimento e adoecimento no trabalho hospitalar.

Capítulo 5. HISTÓRIA DE VIDA LABORAL E OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

“Todo acontecimento-ruptura cria uma inflexão temporal, ele marca a temporalidade, ele rompe com a ilusória ideia de linearidade, visto que separa o tempo entre o antes e depois. Ele também traz um esgarçamento de sentido para aquele que o experiência. O sujeito não consegue mais se representar como antes. Toda atividade de atribuição de sentido encontra-se anestesiada, congelada, “vazia de sentido.”

Teresa Carreiro, 2003.



**Figura 6 - Ciranda - Arte Naïf
Antônio Poteiro**

A pesquisa “TRABALHAR E ADOECER: investigação sobre os transtornos ansiosos e depressivos em profissionais de saúde licenciados” é fruto de um percurso de 15 anos na assistência hospitalar e de uma observação sobre os caminhos e descaminhos que o trabalho pode produzir na vida das pessoas. Se o trabalho pode ser fonte de sentido, reconhecimento e prazer fazendo com que deixemos nossa marca nas atividades que desenvolvemos, por outro lado, também nos confronta com outra produção possível - o sofrimento e adoecimento produzido pelo e no trabalho.

Assistimos profissionais adoecerem e sob o atestado da psiquiatria de ansiosos e depressivos inaugurarem um novo status em suas trajetórias de trabalhadores. Para analisar esse processo foi preciso fazer uma escolha teórico-metodológica que nos permitisse uma aproximação do percurso profissional desses trabalhadores até o momento de seu afastamento profissional sob a justificativa de um diagnóstico de ansiedade e/ou depressão. Assim, tendo como aporte teórico a psicossociologia, perspectiva teórica que integra dimensões subjetivas e sociais utilizaremos este capítulo para descrever nosso percurso metodológico, o trabalho de

campo da pesquisa e a escolha da “*história de vida laboral*” como método qualitativo de abordagem da questão que movimenta essa tese.

5.1 O método “história de vida laboral”

Para falar de “história de vida laboral”, como denominada nos trabalhos de (2013, 2012, 2011, 2001) é fundamental dizer que estamos nos referindo a uma ampliação do que se cunhou chamar de “história de vida” como uma das metodologias das ciências sociais. Ela se origina do pragmatismo americano e destaca a natureza simbólica da vida social. A 'história de vida' é uma metodologia de pesquisa qualitativa que se funda com a sociologia, na Escola de Chicago e como método permite uma compreensão dos fenômenos sociais a partir do mundo do agente social. (Coulon, 1992; Grafmeyer e Joseph, 1990; Thomas e Znaniecki, 1998 apud CARRETEIRO, 2003).

O incremento das pesquisas que envolviam a análise das diferentes relações sociais vivenciadas pelos indivíduos em relação ao estudo de suas histórias de vida originou a sociologia empírica. A “história de vida” surge, então, como um método investigativo que faz apelo as singularidades da história de um indivíduo para a compreensão de um grupo ou fenômeno social. A psicossociologia vislumbra através do método da “história de vida” uma articulação entre as dimensões sociais e psíquicas. (ENRIQUEZ: 1997; GAULEJAC, 1987).

Para Gaulejac, a narração da história de vida permite que a experiência vivida por um sujeito possa nos fazer apreender o sentido e a função de um fato social. Trata-se de uma reconstrução, um acesso à memória em perspectiva dinâmica, na busca por uma interpretação de uma situação atual e sócio-histórica. A essa perspectiva teórica e metodológica o referido autor chamou “Romance familiar e trajetória social” e a originalidade deste método é vincular a realidade objetiva externa dos fatos sociais à realidade subjetiva da experiência. Assim, a narrativa pessoal se produz pela multideterminação de fatores, criando interfaces inter e transdisciplinares para a compreensão dos fatos sociais.

Esse método leva a uma realidade que ultrapassa os narrador. Este ao contar sua história nos permite acesso ao seu mundo subjetivo e também aos fatos sociais. (GAULEJAC, 2005). Nesse processo se coloca uma relação de cumplicidade entre pesquisador e entrevistados que da parte do primeiro produz uma escuta engajada e ao entrevistado um contexto favorável para contar e ressignificar a sua história a partir do endereçamento de sua narrativa para o pesquisador.

Segundo Carreteiro (2001), “o objetivo desta concepção é poder compreender as relações entre os eixos psíquicos, familiares e sociais que afetam os sujeitos analisando as formas adotadas de apropriação ou de incorporação dos mesmos ao longo de uma trajetória de vida.” (CARRETEIRO, 2001).

Na singularidade da presente pesquisa, a narrativa de sofrimento psíquico e adoecimento mental pelos profissionais de saúde nos permite acesso tanto à vivência subjetiva quanto aos vários eixos sócio-históricos e institucionais que atravessam a vida dos sujeitos em sua trajetória laboral. Além de nos permitir formular uma relação dessas vivências com as práticas sociais relacionadas ao trabalho. As categorias sofrimento, adoecimento e trabalho hospitalar serão analisadas a partir da metodologia “história de vida laboral”, cunhada por Carreteiro (2013), numa articulação com as transformações no mundo do trabalho, os efeitos da reestruturação produtiva nos serviços de saúde, os valores e a ética do trabalho associados a produção de sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental. Sobre a metodologia história de vida laboral, assim afirmam Pinto, Carreteiro e Rodriguez (2015),

A história de vida laboral, em síntese, visa favorecer que se compartilhem, através de uma perspectiva clínica as violências, sofrimentos, os prazeres, os vínculos sociais e seus impedimentos nas situações de trabalho. É importante a sensibilidade de perceber as situações de trabalho que remetem a ações repetitivas ou que fazem apelo à criatividade e as novas mobilizações coletivas. (PINTO; CARRETEIRO; RODRIGUEZ, 2015, p.996).

Por fim, a estrutura da pesquisa de campo que apresentamos nesse capítulo parte da premissa psicossociológica de que as histórias pessoais narradas pelos entrevistados, e aqui sintetizadas pela pesquisadora, representam a forma do sujeito se atrelar ao universo do trabalho, atravessados por fatores psíquicos, familiares, sócio-ideológicos e culturais que influenciam na produção da subjetividade.

5.2 Trabalho de campo

5.2.1 Critérios de elegibilidade para participação na pesquisa

Considerando o objeto de estudo e análise da tese, definimos como critérios para a participação na pesquisa ser profissional de saúde graduado, servidor público federal inserido em um dos hospitais federais do Rio de Janeiro, com atuação na assistência direta ao paciente e ter se afastado, ao menos uma vez, das atividades laborativas com licença médico-psiquiátrica por ansiedade e/ou depressão. Ao longo do trabalho de campo, definimos que a

categoria profissional estudada seria o servidor público federal graduado em enfermagem e serviço social. Foram excluídos os profissionais graduados em outras áreas, os que não atuam na assistência direta ao paciente e profissionais de nível médio e administrativo.

Sobre os critérios definidos cabem alguns esclarecimentos. A pesquisa circunscreve sua análise a esfera federal considerando ser este um vínculo público ainda com alguma perspectiva de carreira e com uma situação salarial que a diferencia favoravelmente quando comparados com os profissionais que atuam na esfera estadual e municipal.

A escolha pela categoria profissional de enfermeiros e assistentes sociais para compor o grupo de servidores públicos estudado se deu em virtude dessas profissões serem muito fortemente marcadas pela inserção no serviço público, além de serem categorias numericamente expressivas no hospital. E também porque esses dois grupos profissionais foram os que mais demonstraram interesse em participar da pesquisa e narrar sua história de vida laboral e a vivência de afastamento do trabalho por ansiedade e/ou depressão.

Utilizamos o critério de atuar na assistência direta ao paciente por ser essa a principal atividade dos enfermeiros e assistentes sociais, ainda que ocupem cargos de chefia, coordenação e gestão no hospital. Cabe também esclarecer que, participaram da pesquisa profissionais licenciados de diferentes hospitais e não de um único hospital federal pois o aspecto valorizado pela pesquisa foi o “ser servidor público federal” e não o de ser “servidor de um determinado hospital federal.”

E quanto ao critério utilizado na definição do tipo licença médico-psiquiátrica, elegemos para participação na pesquisa profissionais de saúde licenciados com o diagnóstico de ansiedade e/ou depressão, conforme descrito no DSM-V(2014). Ressaltamos que há um espectro de quadros clínicos sob o título de Transtorno Depressivo e Transtorno ansioso, conforme descrição que segue. Contudo, não consideramos tais diferenciações e tornamos elegível para a pesquisa quaisquer dos quadros incluídos sob os dois diagnósticos amplos.

A seguir trazemos uma síntese da classificação no DSM-V sobre ambos os diagnósticos:

TRANSTORNO DEPRESSIVO (DSM-V)

Os transtornos depressivos incluem o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro

transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

Os critérios diagnósticos para o Transtorno Depressivo Maior, de acordo com o DSM-V, são:

A. Cinco ou mais dos sintomas seguintes presentes por pelo menos duas semanas e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo; pelo menos um dos sintomas é: 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer (Nota: não incluir sintoma nitidamente devido a outra condição clínica):

1. Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias (p. ex.: sente-se triste, vazio ou sem esperança) por observação subjetiva ou realizada por terceiros (Nota: em crianças e adolescentes pode ser humor irritável);

2. Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros);

3. Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (p.ex. alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou aumento ou diminuição de apetite quase todos os dias (Nota: em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado);

4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias;

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);

6. Fadiga e perda de energia quase todos os dias;

7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);

8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);

9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio;

- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex.: droga) ou outra condição médica (Notas: 1. Os critérios de A-C representam um episódio depressivo maior; 2. Respostas a uma perda significativa (luto, perda financeira, perda por um desastre natural, uma grave doença médica ou invalidez) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, reflexão excessiva sobre a perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observado no critério A, que pode assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora estes sintomas possam ser compreensíveis ou considerados apropriados para a perda, a presença de um episódio depressivo maior em adição a uma resposta normal a uma perda significativa, deve também ser considerado cuidadosamente.
- D.A ocorrência de episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro transtorno especificado ou não do espectro esquizofrênico e outros transtornos psicóticos;
- E. Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. As vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais.

Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por estresse, por serem persistentes (p. ex., em geral durando seis meses ou mais), embora o critério para a

duração seja tido como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade, sendo às vezes de duração mais curta em crianças (como no transtorno de ansiedade de separação e no mutismo seletivo). Como os indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1). Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental. (APA, 2014).

5.2.2 As entrevistas e os aspectos éticos da pesquisa

A realização de entrevistas individuais seguindo um roteiro semiestruturado foi definida como a forma de termos acesso a história de vida laboral dos profissionais e a sua trajetória de adoecimento. O roteiro de entrevista semiestruturada (ANEXO II) é composto por um questionário de identificação e perguntas abertas. O roteiro seguiu três grandes agrupamentos de perguntas: i) a escolha pela profissão; ii) o trabalho no serviço público federal; e iii) o processo de licença médica por ansiedade e depressão.

A entrevista era orientada por eixos temáticos, ainda que o imprevisível e o imponderável da escuta clínica também estivessem presentes compondo as narrativas. Vale destacar que aconteceram em ambientes diferenciados, atendendo especialmente o dia, horário e local mais conveniente para o entrevistado. Sendo assim, os profissionais escolheram conversar com a pesquisadora em espaços muito distintos - cafês, restaurantes, residência, universidade e no próprio hospital, o que imprimiu ao encontro da entrevista muitas particularidades e que sinalizam sobre a forma como cada profissional se dispôs a falar.

Alguns profissionais foram entrevistados ao final de uma jornada de trabalho, ainda no hospital, e chegavam com seus jalecos, ainda como se estivessem cumprindo mais uma de suas tarefas. Aos poucos se sentiam mais acolhidos para espontaneamente tirarem o jaleco para narrar suas histórias de vida laboral, sem a obrigatoriedade de mais uma tarefa a realizar. Destaco que para aqueles que optaram por serem entrevistados no hospital isso significou

estender sua permanência no hospital por cerca de 2 horas a mais.

Alguns profissionais optaram por espaços públicos para serem entrevistados e pareciam já terem uma demanda pronta para falar de sua vivência de sofrimento e, por isso, reservavam tempo dentro de suas atividades para irem ao encontro do pesquisador, ainda que escolhessem o local da entrevista - café, restaurante ou universidade.

E dois profissionais entrevistados propuseram receber a pesquisadora em suas residências, o que marcava muito fortemente o modo como narravam o sofrimento, pois pareciam tentar criar uma intimidade de “contar a uma amigo o que se sente”, mesmo se tratando de uma pesquisadora que ambos os profissionais não conheciam, até o momento do encontro da entrevista.

Foram respeitados os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, tendo a pesquisa sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal Fluminense – Niterói-RJ (parecer n.º. 242.619/2013) As entrevistas aconteceram entre outubro/2012 a novembro/2014. É importante ressaltar que não se considera terem havido riscos quanto à participação na pesquisa. No entanto, sabe-se que os sujeitos podem viver as mesmas situações de diferentes maneiras, e por isso, estivemos atentos aos sinais de sofrimento psíquico manifestos pelo entrevistado.

Durante a realização de muitas das entrevistas pode-se perceber a mobilização afetiva que o ato de narrar sua história desencadeia, através do choro, do silêncio e da dor expressa nas palavras dos participantes. Em todas as referidas situações, o entrevistado foi questionado sobre o desejo de interromper a entrevista, o que em nenhuma delas aconteceu, apontando em certa medida para o desejo em serem ouvidos. É importante salientar que a perspectiva ética que engloba o bem estar dos sujeitos é prioridade em relação a qualquer outro procedimento.

Foram realizadas 11 entrevistas no total, sendo os profissionais entrevistados oriundos de 4 hospitais diferentes. O grupo entrevistado foi majoritariamente feminino com a participação de um único entrevistado do sexo masculino. A prevalência de mulheres se justifica por ser a assistência em enfermagem, bem como o trabalho do serviço social atuações predominantemente femininas. Todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III) autorizando não somente sua participação, mas também a gravação em áudio da entrevista.

Os dados de cada profissional foram preservados, além dos de sua instituição de origem.

5.2.3 Os eixos temáticos da pesquisa

O recorte de investigação seguiu 3 eixos temáticos, já citados anteriormente, de forma a circunscrever o objeto de estudo. Contudo, as temáticas foram abordadas a partir de uma escuta clínica que permitisse ao entrevistado narrar suas vivências, sentimentos e opiniões num contexto de liberdade e acolhimento.

Os eixos temáticos foram:

1. o encontro entre a organização do trabalho e as trajetórias de vida profissional;
2. os significados atribuídos ao trabalho – prazer e sofrimento;
3. a transformação das insatisfações no trabalho em sofrimento e adoecimento.

O recorte da investigação possibilitou um estudo que aposta numa análise a partir da trajetória de inserção do profissional no serviço público, suas expectativas e projetos, o encontro com a organização do trabalho hospitalar, as estratégias para lidar com ela, o significado atribuído ao trabalho, como fonte de prazer e sofrimento, as questões de estabilidade e reconhecimento e, por fim, o evento do adoecimento refletido em licenças e afastamentos médicos. Enfim, as construções subjetivas que articulam aspectos familiares, sociais, institucionais e de vida laboral.

5.2.4 A narrativa e hipótese da pesquisa

Consideramos que o narrar talvez possa trazer como efeito para o narrador, não só participar de um pesquisa mas favorecer o início do descongelamento da subjetividade licenciada. A hipótese que orienta este trabalho é que a licença de saúde cria uma ruptura na trajetória profissional do trabalhador (CARRETEIRO, 1993), quando se instala em uma temporalidade média ou longa. Ela é um marco, ou melhor, um acontecimento entre o que ocorria antes dela e o que passa a ocorrer depois. Anteriormente, grande parte do cotidiano se centrava sobre ou em torno do trabalho. O trabalho era um organizador de vida, advindo o acontecimento licença são outros organizadores da existência que passam a operar.

O trabalho é colocado entre parênteses, ele começa a ser nomeado como um tempo verbal passado. A subjetividade trabalhadora progressivamente vai dando lugar a uma outra, a subjetividade licenciada. (CARRETEIRO, 2011). É, nesse contexto existencial marcado pela licença de saúde que a narrativa serve aos entrevistados como uma forma de revisitar as influências familiares na construção da profissão, os projetos profissionais, suas bifurcações,

aspirações, concretizações e as experiências impedidas, as atividades realizadas nos próprios campos de trabalho, as construções coletivas; e, por fim, as condições de trabalho e o advento da licença-saúde.

O roteiro de pesquisa se volta então à reconstrução no espaço tempo de uma entrevista, de uma trajetória. A escuta cria uma tensão constante entre o sujeito narrador e entre as situações narradas. Há um convite implícito a pensar, se questionar. A dinâmica de produzir junto com outras narrativas sobre o seu percurso, interpelar a experiência e se deixar levar por questionamentos do pesquisador, pode funcionar como o início de ressignificações da licença. A análise das entrevistas nos ajudarão a pensar nas diferentes significações que podem ser abertas a partir da subjetividade licenciada.

5.2.5 Definição da amostra

O acesso aos entrevistados se deu através de contato pessoais com profissionais de saúde da esfera federal. Tratou-se de um processo aberto de triagem na qual a vinculação à pesquisa foi voluntária e não dependeu de indicação do hospital federal. Além disso, utilizou-se também como critério para inclusão dos profissionais na pesquisa a técnica “snowball” ou “cadeia de informantes” (BIERNACKI; WALDORF, 1981), na qual cada entrevistado pode indicar outros participantes para a pesquisa. Considera-se que a implicação dos sujeitos com o tema da pesquisa lhes permite fazer essas indicações. Assim, os profissionais de saúde entrevistados inicialmente, que compunha nossa rede profissional, indicaram novos participantes que por sua vez indicaram outros e assim sucessivamente, até alcançarmos o “ponto de saturação” ou “*ponto de redundância*” (DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y.S., 1994).

Segundo os referidos autores, o momento de fechar a amostra e definir o número de entrevistas se dá ao longo da pesquisa, quando se nota a ausência de novas informações relativas à temática investigada, ou seja, quando começa a haver, nas novas entrevistas, redundância de dados. Essa constatação se dá num processo contínuo de análise iniciado já a partir da primeira entrevista realizada. Reconhecemos, contudo, haver na definição do número de entrevistas da pesquisa certa arbitrariedade do pesquisador pois cada entrevista é única na história havendo, portanto, sempre novos dados em cada narrativa. Porém, toda pesquisa toma um objeto de estudo e realiza um recorte e é com base nele que se avalia tanto a persistência dos dados, quanto a “ausência” de novos. Delimitamos, dessa forma, a amostra em 11 entrevistas levamos em conta não somente pela análise dos dados mas também por

nossa avaliação de que os elementos colhidos eram suficientes para a discussão atingir os objetivos que foram definidos no projeto de tese, tomando essa ideia emprestada da metodologia de pesquisa clínico-qualitativa. (TURATO, 2013, p.363).

5.2.6. Análise das entrevistas

À medida que as entrevistas foram sendo realizadas, elas foram transcritas e iniciamos as sínteses e as análises das narrativas. Este momento permitiu identificar os aspectos pregnantes e valorizados pelos profissionais, bem como aqueles que se repetiam nas diferentes narrativas. Esta forma de análise permitiu organizar e sistematizar os dados das entrevistas para que pudéssemos associá-los aos conteúdos da pesquisa bibliográfica

A perspectiva teórica psicossociológica postula serem os indivíduos e o coletivo indissociáveis e permite a construção de articulações entre o social e o psíquico. Essa perspectiva associada à “análise de conteúdo” contribuiu para se estabelecer relações entre o sofrimento individual, o coletivo de trabalho e a instituição hospitalar. Isso porque, analisamos o sofrimento e o adoecimento não somente enquanto uma experiência individual, mas também como uma expressão da cena institucional hospitalar.

A análise do conteúdo das entrevistas nos permitiu passar de um discurso singular produzido na narrativa da história de vida laboral de cada um dos entrevistados para um discurso sistematizado com vistas a compreensão do objeto da pesquisa. Segundo a definição clássica, a análise do discurso é “a ordenação sistemática, objetiva, descritiva, quantitativa, do conteúdo manifesto de um discurso” Berelson³², (1948. apud GIUST-DESPRAIRES, 2005, p. 233), além da análise dos conteúdos latentes ou não conscientes. Optamos pela categorização não apriorística considerando que as categorias emergem do próprio contexto da entrevista após sua leitura atenta e repetitiva, além do embasamento teórico. (BARDIN, 1979).

Na psicossociologia a análise de conteúdo ganha contornos próprios e serve a inúmeras pesquisas que partem das narrativas do sujeito para compreender aspectos psíquicos do narrador e do seu contexto sócio-histórico-cultural. Trata-se de um discurso produzido a partir do que é narrado na entrevista e leva em conta a natureza complexa do conteúdo do discurso para produzir um sentido a partir do que se ouve no espaço da entrevista.

A análise de conteúdo das entrevistas nos permitiu fazer inferências sobre o dito, estabelecer categorias sócio-clínicas com aporte na psicossociologia, tendo por base

³² Berelson, B. Content analysis in communication research. New York: Hafner; 1984.

suposições subliminares de sentido, os diferentes pressupostos teóricos das diversas disciplinas teóricas estudadas e considerando as situações concretas e o contexto histórico-social nas quais os entrevistados estão inseridos, o lugar de onde falam. A definição das categorias sócio-clínicas levou em consideração o “frequenciamento”, ou seja, a repetição de conteúdos comuns a maioria dos entrevistados e a “relevância implícita”, que se caracteriza como aquilo que não se repete nas narrativas dos entrevistados, mas que guarda em si relevância para o estudo. (BARDIN, 1979, p.139).

No processo de análise das entrevistas interrogamos os múltiplos sentidos presente nas narrativas e elaboramos categorias sócio-clínicas que articulam os aspectos psíquicos, sociais e históricos a fim de interpretá-los lançando mão de uma perspectiva interdisciplinar de análise. A análise das entrevistas originou uma compreensão da licença médica por ansiedade e/ou depressão entre profissionais de saúde através da composição integrada de 6 dimensões sócio-clínicas: Dimensão de fragilidade psicossocial; Dimensão da hierarquia no trabalho hospitalar; Dimensão da perda o ato-poder sobre o trabalho; Dimensão do sofrimento ético-político; Dimensão de tentativa de regulação do sofrimento; e Dimensão de religação de uma nova condição de trabalhador. A interpretação dos dados será discutida no próximo capítulo a título de resultados da pesquisa e construção teórica.

5.3 Síntese das entrevistas

Como a intenção de sistematização dos dados das entrevistas, organizamos duas formas de síntese. A primeira tem o formato de três *quadros-sínteses* onde estão apresentadas as informações objetivas dos entrevistados, resguardado o sigilo quanto ao nome e unidade hospitalar federal de atuação.

A segunda forma de síntese é uma narrativa da narrativa, onde são apresentados *relatos-sínteses* em que se procurou reconstruir e ordenar os fatos relatados na entrevista em profundidade. Nessa re-construção fomos o mais fiel a narrativa original dos entrevistados mas destacamos principalmente os dados relacionados ao objeto de pesquisa da tese.

5.3.1 Quadros-sínteses

Os dados pessoais e familiares do conjunto de entrevistados, os dados profissionais e o histórico de licença médica e afastamento do trabalho estão resumidos nos quadros a seguir.

Quadro 1: Síntese dos dados profissionais do conjunto de entrevistados.

| Quadro síntese dos dados profissionais do conjunto de entrevistados | | | | | | | | |
|---|-----------------|----------------------------------|--|----------------|--|---|----------------------------------|---------------|
| Nome | | Graduação | Formação complementar | Hospital | Setor no qual trabalha ou trabalhava | Tempo de formação | Tempo de serviço público federal | Duplo vínculo |
| 1 | Açucena | veterinária serviço social | Especialização em Violência Doméstica, Criança e Adolescente | Hospital Alfa | Pediatria e UTI Pediátrica | 26 anos (veterinária) e 7 anos (serviço social) | 7 anos | Não |
| 2 | Anis | enfermagem / psicologia | Especialização em Gestão Hospitalar; Especialização em Psicologia, Subjetividade em Instituições de Saúde e Mestrado em Psicologia | Hospital Beta | Clínica Médica (trabalhou em inúmeros setores como enfermeiro) | 31 anos (enfermagem) e 4 anos (psicologia) | 29 anos | Sim |
| 3 | Acácia | serviço social | Especialização em Gerontologia | Hospital Alfa | Urologia adulto Uropediatria | 17 anos | 10 anos | Sim |
| 4 | Amarílis | Enfermagem | Residência e Mestrado em Saúde Pública | Hospital Beta | Pediatria/ Central de Esterilização de Material | 10 anos | 07 anos | Sim |
| 5 | Camélia | Enfermagem | Mestrado não concluído em terapia intensiva | Hospital Beta | Pediatria | 16 anos | 07 anos | Sim |
| 6 | Dália | serviço social | Graduação em psicologia, especialização em psicanálise e psicologia jurídica e mestrado em saúde coletiva | Hospital Alfa | Núcleo de qualidade e segurança do paciente | 09 anos | 07 anos | Sim |
| 7 | Azaléia | técnica de enfermagem enfermeira | X | Hospital Gama | Cardiopediatria | 10 anos | 09 anos | Sim |
| 8 | Íris | serviço social | Residência em Saúde Pública e Mestrado Saúde Coletiva | Hospital Gama | Cardiopediatria | 19 anos | 08 anos | Sim |
| 9 | Rosa | Enfermagem | Residência em Clínica Médica e Cirúrgica e Especialização em Cardiologia | Hospital Alfa | Maternidade Alojamento Conjunto | 13 anos | 10 anos | Não |
| 10 | Lírio | Enfermagem | Residência em Obstetrícia | Hospital Delta | Ambulatório | 08 anos | 04 anos | Sim |

| | | | | | | | | |
|----|----------------|------------|-------------------------------------|---------------|-----------|---------|---------|-----|
| 11 | Gérbera | Enfermeira | Especialização em Gestão Hospitalar | Hospital Alfa | Pediatria | 10 anos | 08 anos | Sim |
|----|----------------|------------|-------------------------------------|---------------|-----------|---------|---------|-----|

Quadro 2: Síntese dos dados familiares do conjunto de profissionais de saúde entrevistados.

| Quadro de síntese dos dados familiares do conjunto de entrevistados | | | | | | | |
|---|-----------------|------|-------|--------------|--------------------|---|---|
| | Nome | Sexo | idade | estado civil | filhos (idade) | Histórico familiar de transtorno mental | quem e qual hipóteses diagnóstica do familiar |
| 1 | Açucena | F | 48 | Casada | sim (17 e 14 anos) | Sim | pai e tio paterno/ transtorno de humor |
| 2 | Anis | M | 54 | Casado | sim (25 anos) | Não | mãe/ depressão |
| 3 | Acácia | F | 39 | Casada | sim (06 e 09 anos) | Não | - |
| 4 | Amarílis | F | 37 | Divorciada | Não | Sim | mãe/depressão |
| 5 | Camélia | F | 38 | Solteira | sim (13 anos) | Sim | avó/esquizofrenia |
| 6 | Dália | F | 38 | Casada | Não | Sim | mãe/transtorno bipolar |
| 7 | Azaléia | F | 34 | divorciada | Não | Sim | mãe/transtorno bipolar |
| 8 | Íris | F | 40 | casada | sim (05 anos) | | mãe e irmã/depressão |
| 9 | Rosa | F | 36 | casada | sim (01 e 05 anos) | Não | - |
| 10 | Lírio | F | 32 | casada | sim (2 anos) | Sim | tia paterna/depressão |
| 11 | Gérbera | F | 39 | casada | Sim (07 e 10 anos) | Não | - |

Quadro 3: Síntese do histórico de licença médica e afastamento do trabalho do conjunto de profissionais de saúde de profissionais de saúde.

| Quadro síntese do histórico de licença médica e afastamento do trabalho do conjunto de profissionais de saúde entrevistados | | | | |
|---|----------|---|--|---|
| Nome | | Diagnóstico | Período | encaminhamento pós-licença |
| 1 | Açucena | transtorno de humor não especificado | 3 meses (2012) | Permanece licenciada. Não conseguiu readaptação para unidade próxima a sua residência na primeira tentativa junto a perícia do Ministério da Saúde. |
| | | transtorno de ansiedade/depressão | em licença médica na ocasião da entrevista há 10 meses (2012/2013) | |
| 2 | Anis | lesão degenerativa da coluna | 6 meses | Readaptação Funcional Atuava em setores destinados a profissionais com limitação de atividade. Pediu exoneração de um dos vínculos públicos e a pedido trabalha na clínica médica (sem restrição de atividade). |
| | | Depressão | 1 ano | |
| 3 | Acácia | Depressão | 30 dias (2009) | Remoção por questão de saúde para outra Unidade Hospitalar do Ministério da Saúde concedida pela perícia |
| | | Labirintite | 20 dias (2012) | |
| | | Estresse | 30 dias (2012) | |
| | | transtorno de ansiedade e depressão | 6 meses (2013) | |
| 4 | Amarílis | peritonite/apendicite/ cirurgia de apêndice | 6 meses (2009) | Readaptação Funcional. Atua em setor destinado a profissionais com limitação de atividade (central de esterilização) |
| | | Peritonite | 2 meses (2009) | |
| | | Peritonite | 1 mês (2010) | |
| | | Depressão | 11 meses e meio (2010/2011) | |
| 5 | Camélia | transtorno de pânico | 10 dias (2012) | Em período de licença médica e aguardando nova perícia. Não se considera em condições de retornar ao trabalho. |
| | | Depressão | 6 meses (2013) | |
| 6 | Dália | depressão/síndrome de bourn out | 1 ano (2012/2013) | Retornou para o serviço de origem, atuando em outro setor de sua escolha. |
| 7 | Azaléia | hérpes facil por estresse | 15 dias (2008) | Em período de licença médica e aguardando nova perícia. Não se considera em condições de retornar ao trabalho |
| | | Depressão | 6 meses (2013) | |
| 8 | Íris | Depressão | 2 meses (2011) | Retornou para o serviço de origem, atuando em outro setor de sua escolha. |
| | | Depressão | 4 meses (2011/2012) | |
| | | Depressão | 1 mês (2012) | |
| | | Depressão | 6 meses (2013) | |
| 9 | Rosa | depressão gestacional | 7 meses (2012) | Retornou para o serviço de origem, atuando em outro setor de sua escolha. |
| | | depressão/ansiedade patológica/síndrome de burn out | 3 meses e 10 dias (2013) | |
| 10 | Lírio | depressão/ansiedade | 9 meses (2013/2014) | Retornou para o serviço de origem, atuando em outro setor de sua escolha. |
| 11 | Gérbera | Depressão | 4 meses (2014/2014) | Retorno para o serviço de origem |

5.3.2. *A vivência uma a uma: histórias de vida laboral que cruzam trabalho e adoecimento*

A apresentação que segue traz uma síntese das histórias de vida laboral dos profissionais de saúde entrevistados para a pesquisa. Essa sistemática tem como objetivo reorganizar a entrevista, descrevendo a narrativa com as informações obtidas de modo que permita integrar os elementos da história de vida, do percurso profissional e do processo de sofrimento e afastamento do trabalho em uma narrativa da narrativa original com enfoque biográfico.

Aspectos em destaque na organização da síntese:

- *Principais influências para a escolha da profissão;*
- *Escolha pelo serviço público federal;*
- *Condição de inserção no Hospital Público Federal;*
- *Principais pontos de insatisfação no trabalho;*
- *Tentativas de melhorias no processo de trabalho;*
- *Condições de afastamento do trabalho; e*
- *Condição de retorno ao trabalho.*



5.3.2.1 *Açucena*

“[...]Quando eu entrei de licença, a minha vida ficou tão sem sentido com o trabalho. Eu falei: e agora? O que que vai ser da... eu percebi que eu era o trabalho, eu tinha negligenciado tantas outras coisas, tantos outros setores da minha vida que eu fiquei assim... é...sem referência... pessoal, profissional, né?”(sic).

A entrevistada Açucena, 48 anos, casada, mãe de duas filhas, 17 e 14 anos, formou-se primeiro como veterinária em uma universidade pública federal no período de 1983 a 1988. A atividade de cuidar dos animais num contexto no qual as famílias viviam em situação de precariedade total desencadeou um primeiro conflito profissional que a levou a abandonar a atividade de veterinária depois de formada.

Por esse motivo, mesmo sem o apoio de seus pais, candidatou-se e foi aprovada em um concurso público de nível médio para visitador sanitário, para atuar na atenção primária em saúde de um município do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido esta uma atividade

pautada nos princípios da reforma sanitária em saúde e que repercutiu enormemente em sua formação profissional.

Já casada e grávida de sua primeira filha passou a trabalhar em outro município do Estado do Rio de Janeiro, mais próximo de sua residência e trabalhava com meninas adolescentes em situação de risco psicossocial. A partir do contato com as assistentes sociais, surgiu seu desejo de iniciar uma segunda graduação, que lhe parecia mais adequada ao trabalho que gostaria de realizar. Para isso, fez novo vestibular e iniciou o curso de serviço social em uma universidade pública federal. Ainda na graduação foi aprovada em inúmeros concursos públicos nessa área, não podendo assumir por ainda não estar formada.

No último ano de graduação realizou dois importantes concursos, para a Justiça Federal e para o Ministério da Saúde, sendo aprovada em ambos para o cargos de Assistente Social. Conseguiu assumir a vaga no hospital federal sem concluir a monografia de graduação, com ajuda dos coordenadores, para não perder a oportunidade de ingresso no serviço público federal no ano de 2007. Seu interesse principal era trabalhar na atenção primária em saúde mas considerou que o hospital era a oportunidade de dar início à atividade de assistente social, apesar de se sentir muito cansada após 4 anos de faculdade morando distante e trabalhando concomitantemente.

Foi integrada à equipe de serviço social de um dos hospitais federais de emergência, foi lhe dada a possibilidade de escolher os seus dias e horários de trabalho e atuar no setor da pediatria como era sua intenção, pois não haviam outras profissionais interessadas nessa área de atuação.

Com o passar dos anos passou a sentir-se sobrecarregada por trabalhar sozinha na pediatria, frustrada pela pouca resolutividade de seu trabalho, pela falta de ações intersetoriais do hospital, pelas características do trabalho no plantão social e pelos dilemas, impedimentos e contradições do exercício de seu trabalho como assistente social. Acrescenta-se a tudo isso o fato de morar muito distante do seu trabalho, o que a levou a alugar uma vaga nas proximidades do hospital para poder trabalhar, provocando-lhe muita vergonha, além do distanciamento de sua família

Iniciou inúmeras tentativas de modificação do processo de trabalho através de reuniões de equipe, assessoria/consultoria de um professor universitário para a equipe, contudo as sugestões encaminhadas não foram adotadas pela chefia do serviço social nem pela direção do hospital.

Percebeu seu processo de sofrimento quando começou a se irritar com os demais profissionais com os quais trabalhava, com os familiares das crianças que atendia e pela irritação com o marido e com as filhas. Simultaneamente a irritação, iniciou quadro de insônia, dores na mão e dores musculares que pensava ser um efeito de somatização. Começou a sentir que o hospital lhe roubava qualidade de vida, que era ausente em relação a sua família em função de sua intensa dedicação ao hospital, tinha episódios de choros frequentes no hospital quando, então, procurou atendimento psiquiátrico que a licenciou por 3 meses.

Sentia-se constrangida com o diagnóstico psiquiátrico e com o afastamento do trabalho. Não sabia o que fazer sem o seu trabalho e envolvia-se, no início da licença, somente com as atividades de tratamento. Com o tempo conseguiu iniciar outras atividades sem sentir-se culpada por não estar trabalhando. Retomou as atividades profissionais após a licença na pediatria, contudo, não conseguia trabalhar no mesmo processo de trabalho. Os sintomas reiniciaram deflagrando novas licenças que eram prorrogadas pelos próprios peritos federais diante do seu relato. No momento no qual a entrevista foi realizada estava de licença há 10 meses e aguardava nova perícia para o mês seguinte.

Destaca sua fragilidade pessoal também como um fator que contribuiu para o seu processo de adoecimento profissional e considera que outros profissionais podem ter uma capacidade de resiliência maior que a sua.

Ainda sente-se desconfortável com a licença, faz planos para quando retornar ao trabalho, destacando que precisará não assumir tantas atividades. Mantem-se envolvida com inúmeros tratamentos de saúde e com algumas atividades de artesanato que a ajudam a lidar com o tempo livre da licença. Sobre a licença diz ter sido importante para poder rever sua relação com o trabalho mas diz ter perdido sua referência profissional.

No momento, não quer mais retomar suas atividade no hospital e tenta conseguir transferência para trabalhar mais próximo de sua residência pois não sente-se capaz de retomar os atendimentos sociais na pediatria nem tampouco fazer o trajeto de sua casa para o trabalho e vice-versa em virtude do adoecimento.

O psiquiatra indicou sua transferência para um local de trabalho mais próximo de sua residência mas o processo ainda tramitava na perícia federal sem desfecho até a ocasião da entrevista, permanecendo a mesma de licença e aguardando nova perícia.



5.3.2.2 Anis

“[...]Dentro desse período de licença pensei em várias coisas, mas no primeiro momento é de solidão, é de abandono, é de uma certa desesperança, uma certa impotência.”(sic).

O entrevistado Anis, 54 anos, casado e pai de uma filha de 25 anos, fez a graduação de enfermagem em uma universidade pública federal no período de 1979 a 1983. A principal influencia na escolha de sua profissão foi a mãe, que também trabalhava em hospital. Foi a própria que diretamente lhe sugeriu a escolha pelo curso de enfermagem. Antes de iniciar sua formação como enfermeiro trabalhou em laboratório de análises clínicas, o que também favoreceu sua escolha profissional.

Em 1985 prestou concurso e foi aprovado para trabalhar como enfermeiro em um hospital federal universitário e neste hospital iniciou suas atividades profissionais. Quando assumiu sua vaga hospital, já estava aprovado para o cargo de enfermeiro de um segundo hospital federal universitário mas aguardava a convocação. As vagas destinadas à esse concurso foram desviadas para o Ministério da Saúde e, assim, o alocando em pouco tempo em um dos hospitais federais do Rio de Janeiro, no mesmo período no qual iniciou suas atividades no hospital universitário.

Seu interesse sempre foi o trabalhar em hospital público, especialmente no hospital público do município no qual morava e em virtude da relação desse hospital com a cidade.

Ainda recém formado, começou a trabalhar em duas escalas de plantão, sendo de dia em um hospital e a noite em outro. No hospital universitário trabalhou em clínica médica por cerca de três anos e na emergência por 20 anos até se licenciar. No hospital federal trabalhou no serviço de terapia intensiva e no serviço de doença infecto-parasitária até se licenciar.

Por sua formação como técnico de laboratório ganhou um perfil profissional diferenciado, com grande habilidade em procedimentos invasivos. A principal dificuldade no início da sua atividade profissional residia na discrepância entre a formação na escola de enfermagem e o processo de trabalho no qual são efetivamente inseridos no espaço do hospital. Além disso, destaca-se a tarefa específica do trabalho do enfermeiro que é fazer a gestão de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Em 2005 foi diagnosticado com tuberculose e teve sua primeira licença médica, tendo se afastado por pouco tempo pela características subclínicas da doença.

Por sua experiência na emergência do hospital universitário como plantonista e ao questionar as condições de trabalho e assistência ao paciente no setor, é convidado pela direção à assumir a chefia do serviço de emergência. A condição para o aceite seria a junção

dos seus dois vínculos públicos federais no hospital universitário, permitindo a sua dedicação exclusiva.

Assim, inicia um período de intensa dedicação a emergência do hospital universitário, no qual deflagrou mudanças importantes no processo de trabalho influenciado pela Política Nacional de Humanização. Na mesma época, foi indicado pela direção da unidade para um curso de gestão hospitalar na ENSP.

Após eleição de reitor da universidade, o diretor do hospital é modificado e o que assume indica outro Diretor de Enfermagem. Após alguns meses de embate com a Direção atual, pede demissão do cargo de gestão de serviços de emergência que ocupou por seis anos e retorna para a atividade de enfermeiro plantonista no hospital universitário, além de ser reintegrado ao quadro de enfermeiros do hospital federal.

O processo de sofrimento e depressão tem início quando percebe o desmonte de todo o trabalho construído, a saída dos diferentes profissionais envolvidos no processo de implantação da Política de Humanização no hospital, a mudança na qualidade da assistência e a perda de um projeto de trabalho que era a sua fonte de realização profissional.

Em alguns meses se afasta de suas atividades profissionais nos dois hospitais num quadro de depressão pois a permanência no hospital se tornara insuportável. Como tinha um histórico de lesões degenerativas na coluna, artrose e outras complicações, a depressão potencializou as dificuldades osteo-musculares. No primeiro momento, afastou-se por 6 meses em virtude das lesões degenerativas da coluna e, no segundo momento, por solicitação e indicação psiquiátrica, se afastou por depressão, perdurando essa licença por cerca de 1 ano.

Destaca seu histórico familiar de lesão degenerativa da coluna e depressão como fatores de risco que foram agudizados durante a vida profissional e que sua fonte de sofrimento esteve relacionado ao modelo de gestão e de relações de poder que se estabelecem dentro da estrutura do hospital.

Durante uma parte do período de licença sente-se sem rotina e com uma certa impotência e solidão mas, posteriormente, resolve fazer outros investimentos em sua vida, inicia o curso de graduação em psicologia, casa-se novamente e muda de residência.

Permanece de licença por cerca de dois anos quando precisa retornar ao trabalho para não ser aposentado. Reassume tanto no hospital federal universitário quanto no hospital federal, com limitação de atividade indicada pela perícia e retorna ao trabalho em atividades com as quais não tinha qualquer afinidade mas com disponibilidade para trabalhar aonde fosse preciso. Assim, atua em inúmeros setores de ambos os hospitais, sempre em funções

designadas para profissionais com limitação de atividade. Até o momento no qual opta por “se dar alta” da limitação de atividade, ao perceber que o enquadramento “limitação da atividade” funciona como um limitador de sua atividade e capacidade como profissional de saúde e decide declarar legalmente que não quer mais permanecer nesta condição.

Resolve se exonerar do vínculo do hospital federal por questões jurídicas relacionadas ao duplo vínculo e passa a atuar exclusivamente no hospital federal universitário, na assistência da clínica médica, setor onde havia alta rotatividade de profissionais pelas características do processo de trabalho. Altera seu sistema de trabalho de plantonista para diarista para poder ter mais tempo com a família, retoma a atividade de assistência direta ao paciente e logo assume a gestão da clínica médica na qual permanece até o momento no qual a entrevista aconteceu.



5.3.2.3 *Acácia*

“[...]É, tem gente que acha que é um bônus, pra mim foi um ônus! Eu me senti muito inútil, eu sempre gostei de trabalhar. Não quero deixar de trabalhar, nem deixar de ser assistente social. É o contrario, eu quero trabalhar bem!”(sic).

A entrevistada Acácia, 39 anos, casada, mãe de uma filha de 9 anos e filho de 6 anos, formou-se como assistente social em 1997 em uma universidade pública federal, após uma primeira tentativa de cursar psicologia na mesma universidade.

Ainda na graduação participou de um grupo de pesquisa do CNPq na área do idoso e apresentava maior interesse por essa área de atuação. Estagiou na Associação de Portadores de Deficiência do Banco do Brasil que a indicou, na ocasião do término do curso, para trabalhar numa pesquisa com aposentados de um banco público, pois já era reconhecido seu interesse em atuar na assistência ao idoso. Tratava-se de uma contratação por três meses mas, ao final, a própria tomou a iniciativa de apresentar uma proposta de implantação de um setor de serviço social para os idosos aposentados do Banco do Brasil, o que levou a sua contratação.

Em 2001, foi aprovada no concurso da saúde do Estado do RJ para atuar especificamente na área do idoso e em seus dois vínculos de trabalho, privado e público, atuava em sua área de interesse. Em 2005 foi aprovada no concurso da secretaria de saúde da Prefeitura do RJ e pediu seu desligamento da Associação de Aposentados do Banco do Brasil. Essa convocação se deu exatamente uma semana após o nascimento de sua primeira

filha e, por isso, após sua posse entrou de licença maternidade, retornando 6 meses depois. No retorno, escolheu ser cedida para a Secretaria de Assistência Social para trabalhar na ONG da Primeira Dama da época pois a outra opção seria trabalhar em hospital muito distante de sua residência.

Apesar de trabalhar com adolescentes na ONG, em virtude de seu interesse pela questão do idoso, introduziu alguns projetos intergeracionais que tornaram sua atividade muito prazerosa, assim como era o trabalho no núcleo de atendimento ao idoso de um dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro.

Em 2007 estava grávida de seu segundo filho e foi convocada para o tomar posse em um dos hospitais federais do Rio de Janeiro. Como não estava entre as primeiras colocadas não foi chamada para o hospital de sua primeira escolha, onde sabia que existia um núcleo de saúde do idoso no qual poderia atuar. Diante da possibilidade de perder a licença maternidade caso não assumisse, tomou posse no hospital para o qual foi convocada, alguns dias antes do seu filho nascer e permaneceu de licença por 6 meses.

Destaca um grande interesse pelo vínculo federal pois seu marido é militar e pode ser transferido ao longo de sua carreira militar. Além disso, considerava que no hospital federal encontraria melhores condições de trabalho em sua área de atuação.

Em seu primeiro ano de trabalho no hospital tentou introduzir a discussão em torno da saúde do idoso e da oferta de um atendimento especializado. Realizou seminários, fez articulações, cooptou profissionais que trabalhavam na unidade e que tinham interesse em formar equipe multiprofissional em geriatria/gerontologia mas não encontrou apoio na chefia do serviço social, na equipe e na direção da Unidade.

Considerava o trabalho do serviço social pouco valorizado na instituição, com uma equipe individualista que preferia ficar numa “zona de conforto” a tentar buscar melhorias para a efetivação do trabalho. Questionava o funcionamento do plantão social do hospital pois o considerava um trabalho sem sentido.

Depois das tentativas sem sucesso de implementação da atenção ao idoso na Unidade, e num esforço de estruturar um trabalho no hospital, construiu um projeto de atuação na Urologia/Urologia Pediátrica, serviço onde foi lotada. Começou a atuar no grupo de Apoio ao Disrafismo Espinhal da Uropediatria, mas novamente se deparou com o descaso da instituição e teve discordância no tipo de postura de alguns profissionais junto aos familiares dos pacientes, quando, então, novamente se intensificaram os sintomas de angústia, impotência e desânimo.

Em 2009 sofreu a perda do irmão, assassinado aos 25 anos e ficou licenciada por 1 mês num quadro de depressão.

Durante seu percurso no hospital, tentou algumas vezes ser cedida para outro hospital ou para outro órgão público. Primeiro, a direção de um dos hospitais federais a solicitou para compor a equipe de Saúde do Idoso, tendo em vista sua experiência na área. Esse pedido foi feito por duas vezes e ambas foram negadas. Depois, a Superintendência de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde, solicitou sua cessão para compor a equipe da Área Técnica de Saúde do Idoso, o que também foi negado pela direção do hospital, mesmo tendo a Divisão de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde não se oposto a cessão. No último pedido sentiu-se traída e desrespeitada pela chefia e direção pois haviam lhe dito que não criariam dificuldades e, na verdade, responderam negativamente à Secretaria Estadual de Saúde, sem lhe darem ciência do pedido e fazendo tudo às escondidas.

Os sintomas foram se agravando até o ponto de não conseguir chegar ao hospital e, inúmeras vezes, saía de casa para o trabalho e ao chegar às proximidades não tinha forças para caminhar até o hospital e acabava indo para outro lugar ou voltando para casa.

Em 2010 foi obrigada por questões jurídicas relacionadas a acumulação de cargos e financeiras, já que era melhor remunerada pelo Ministério da Saúde, a se exonerar do vínculo na Secretaria de Saúde, sabendo que era a atividade que lhe trazia realização profissional. Passou culpar o hospital por essa perda.

Os primeiros sintomas do adoecimento vieram com crises intensas de labirintite, boca seca e taquicardia e que a faziam não levantar da cama. Em 2012, foi afastada do trabalho por 20 dias, fez os exames necessários sem diagnóstico preciso. No entanto, percebia um enorme alívio por não ter que ir ao hospital.

O seu quadro foi diagnosticado pelo cardiologista como estresse e novamente foi afastada do trabalho por 30 dias.

Numa nova tentativa de realização profissional no hospital, começou a trabalhar no Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, um serviço não formalizado pela direção do hospital, mas cujo trabalho a instigou e lhe trouxe algum ânimo pois fazia alguma interface com a saúde do idoso.

Dessa atividade surgiu um novo projeto de trabalho, articulações com profissionais de outras áreas e uma tentativa de realização profissional. Contudo, o contato com a gestão do hospital trouxe outros questionamentos e uma insatisfação ainda maior, deflagrada por um embate com um dos diretores da Unidade que a impediu de participar de uma reunião para a

qual havia sido chamada no período de suas férias e que trataria do trabalho que desenvolvia. Não quis mais retornar ao hospital. Foi quando procurou atendimento psiquiátrico e encontrou acolhimento, o diagnóstico de depressão, o encaminhamento para terapia, uma nova licença psiquiátrica e a indicação de readaptação.

O maior tempo com a família não foi suficiente para que durante a licença não se sentisse angustiada com o tempo livre e inútil por não estar trabalhando. Assim, como solução passou a ir ao núcleo de atenção ao idoso do Estado ainda que sem vínculo formal.

Essa licença foi renovada ao longo de seis meses e então o processo de indicação de readaptação foi encaminhado para a junta pericial do NERJ. Foi solicitado a própria que justificasse por escrito as razões do seu pedido de readaptação. No entanto, o perito não reconheceu a indicação, alegando que com a readaptação ela não sairia do hospital e, além disso, não havia em sua carta um pedido para deixar de atuar com assistente social.

O processo foi dado como indeferido, no entanto, o perito a encaminhou para o setor de recursos humanos entendendo que o caso era de remoção por questões de saúde. O RH do hospital encaminhou como remoção administrativa, a chefia do setor e a direção indeferiram e foi encaminhado para arquivamento. Nesse dia teve uma crise de choro e angústia no hospital diante de todas as demais assistentes sociais.

Por interferência da assistente social do NERJ foi solicitado ao hospital que reencaminhasse o processo para a junta pericial como remoção por questão de saúde e não remoção administrativa. Alguns dias antes da realização dessa entrevista, foi concedida a remoção pela perícia.



5.3.2.4 *Amarilis*

“[...]Por mais que eu gostasse da assistência, eu tinha medo de ver o sofrimento. Fiz alguns testes e não foram felizes. O sofrimento do outro, hoje em dia, mexe muito mais. Antes mexia no sentido vamos ver o que eu posso pra ajudar ele, eu me empenhava, ficava feliz por estar podendo ajudar e depois é aquela sensação de me tira daqui porque eu não quero ver ninguém sofrer, porque vai me fazer sofrer.”(sic).

A entrevistada Amarilis, 37 anos, solteira, pretendia cursar medicina mas não conseguiu ser aprovada no vestibular das universidades públicas. Diante disso, optou por cursar e trabalhar como instrumentadora cirúrgica, atividade que manteve por 2 anos até decidir retomar os estudos e fazer novo vestibular, quando incluiu como opção em uma das universidades públicas o curso de enfermagem. Nesse ínterim seu pai faleceu exigindo uma reorganização financeira de sua família.

Cursou enfermagem em uma universidade pública federal de 1999 a 2004, frustrada por não ser a profissão que escolhera. Dedicou-se ao curso, mas nutrindo o desejo de fazer a graduação em medicina. Após a conclusão do curso de enfermagem, deu continuidade a sua formação com a residência multiprofissional e com o mestrado em saúde coletiva. Contudo, ainda mantém o projeto inicial de retomar os estudos para fazer vestibular para o curso de medicina.

Foi aprovada em concurso público para enfermeira de um município do Estado do Rio de Janeiro ainda durante a graduação e foi postergando a posse até concluir o curso. Iniciou suas atividades como enfermeira em 2005, conjugando um plantão de 24 horas no SAMU com o curso de residência. Casou-se no mesmo ano no qual iniciou suas atividades profissionais.

As atividades como enfermeira são sempre sentidas como submetidas ao trabalho do médico e com pouca autonomia, o que lhe causa grande frustração no cotidiano de trabalho.

Ainda durante a residência, em 2005, fez o concurso do Ministério da Saúde e foi convocada em 2007 por não ter sido aprovada entre os primeiros colocados, mas foi encaminhada para o Hospital de sua escolha no concurso. Acumula esse vínculo com o da prefeitura, no qual trabalha no setor de epidemiologia.

Tentou atuar na epidemiologia, gerência de riscos ou saúde do trabalhador do hospital federal, por serem áreas afins a sua área de formação, contudo, foi encaminhada para a assistência e escolheu atuar na enfermagem de pediatria.

Trabalhou durante quatro anos, intermeados por inúmeras licenças, na enfermagem de pediatria, num contexto de um número reduzido de enfermeiros para muitas crianças e com pouca divisão entre a atividade do enfermeiro e dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Além disso, a atividade envolvia uma sobrecarga emocional gerada pelo número de crianças oncológicas, crônicas e com patologias raras que permanecem longos períodos internadas e com as quais é impossível não se vincular emocionalmente.

Destaca-se que era a rotina do setor esperar a criança morrer no leito, acompanhar os familiares nesse momento e, por vezes, era preciso sair do setor para chorar e, assim, ser possível continuar trabalhando.

Entre 2009 e 2010 fez quatro episódios de peritonite aguda. Em 2009, no primeiro episódio agudo foi submetida a uma cirurgia de retirada de apêndice, no segundo ficou afastada após ser internada com fortes dores abdominais, quadro inflamatório sem diagnóstico conclusivo. Retornou ao trabalho ainda com fortes dores, diarreia crônica e com diagnóstico

por exclusão de Síndrome do Cólo Irritável e, não conseguindo trabalhar, licenciou-se novamente por dois meses para tratamento.

Em 2010, após dez meses trabalhando na pediatria fez o terceiro episódio de peritonite e foi encaminhada para cirurgia ginecológica, pois interrogava-se se o quadro inflamatório não seria de origem ginecológica. Permaneceu um mês licenciada, ainda sem diagnóstico conclusivo.

Inconformada com sua situação clínica e com o diagnóstico e tratamento indicado, inicia uma busca na internet por síndromes raras da medicina, chegando ao diagnóstico de Angiodema Adquirido pelo uso de Captopril. Considerando que fazia uso dessa medicação desde os 30 anos quando ficou hipertensa e pela similaridade da descrição da síndrome com seus próprios sintomas, em consulta com o cardiologista, foi alterada sua medicação e, desde então, não mais apresentou os sintomas abdominais.

No entanto, percebe não estar bem emocionalmente para cuidar das crianças da pediatria. No mesmo período, em 2010, sua mãe teve o diagnóstico de câncer de intestino e seu casamento estava em período de crise, tornou-se impossível acompanhar a dor das crianças e famílias pois sentia que estava no mesmo processo em relação a sua mãe, no entanto, manteve suas atividades profissionais.

Foi novamente licenciada para acompanhar o tratamento oncológico de sua mãe e como era enfermeira passou a cuidar pessoalmente do tratamento e cuidados. No mesmo período, iniciou tratamento psiquiátrico, pois já se sentia deprimida, foi medicada e encaminhada para terapia. Licenciou-se por depressão por onze meses e meio, pois após acompanhar o tratamento de sua mãe, não conseguia retornar ao trabalho na pediatria.

Após essa última licença, o psiquiatra indicou que fosse retirada da atividade assistencial e, assim, foi readaptada para trabalhar na Central de Esterilização de Material. A perícia sugeriu sua aposentadoria em função do histórico de inúmeras licenças mas ela recusou ser aposentada e preferiu manter suas atividades profissionais.

Logo no início de suas atividades na Central de Esterilização, foi licenciada ainda por quatro meses em virtude de uma hérnia de quadril perdeu a movimentação de uma das pernas. A perícia novamente sugeriu sua aposentadoria, no entanto, ser inapta para uma atividade representaria não poder trabalhar mais, inviabilizando seu projeto de cursar medicina. Optou por retornar ao trabalho.

No momento de realização da entrevista, continuava trabalhando na Central de Esterilização, parou com o uso da medicação pelo efeito de constipação e interrompeu a

terapia. Retornou ao trabalho com restrição laboral e não pode trabalhar na assistência direta ao paciente, sentindo-se subaproveitada na atividade que realiza.



5.3.2.5 *Camélia*

“[...]Antes eu tinha o maior preconceito com esse negocio de depressão. Achava que quem tinha depressão era quem tinha tempo para ficar doente. Até acontecer comigo, paguei pela minha língua. E hoje eu vejo que não é uma situação legal. Só quem passa é quem sabe.”(sic).

A entrevistada Camélia, 38 anos, união estável, mãe de um filho de 13 anos, trabalhou por 16 anos como técnica de enfermagem como plantonista do turno da noite em serviço público municipal e concomitantemente concluiu a graduação de enfermagem em universidade privada em 1998. Ao se formar, começou a trabalhar como enfermeira desviada de função nesse município e foi aprovada para o cargo de enfermeira em outro município do Estado do Rio de Janeiro atuando também como plantonista em hospital geral.

Em 2005, foi aprovada no concurso do ministério da saúde para o cargo de enfermeira e como sempre atuou em pediatria como técnica de enfermagem, foi lotada neste setor do hospital federal. Trabalhou tanto no hospital de sua escolha quanto no setor de sua escolha, por ter sido aprovada no concurso entre os primeiros colocados.

Sua atividade profissional diferenciava-se de suas experiências anteriores pois o setor de pediatria do hospital federal era de maior complexidade, voltado para o atendimento de síndromes raras, oncologia pediátrica, longa internação, pacientes com pouca possibilidade terapêutica e evoluindo, frequentemente, para o óbito. O setor dispunha de poucos profissionais para trabalhar, com uma demanda grande para o enfermeiro, em decorrência do baixo número de técnicos de enfermagem.

Destaca que, por ser o hospital federal um hospital “médico”, com uma hierarquia muito bem definida, a equipe de enfermagem tem pouca autonomia. Sobre isso, percebe uma grande diferença em relação ao hospital federal e municipal. Nesse último, diz ter muito prazer em trabalhar, pois é respeitada como enfermeira e o trabalho é desenvolvido pela equipe sem hierarquias tão demarcadas e com autonomia e voz para todos os profissionais.

Antes da licença médica solicitou, por duas vezes, ser transferida de setor pois percebia mudanças em sua atitude profissional. Chegou a ir trabalhar e não entrar no hospital, quando chegava no setor de pediatria, buscava motivos para sair pois sentia-se ansiosa, apresentava um quadro de insônia que atribuía a uma consequência de anos trabalhando em

regime de plantão como técnica de enfermagem e enfermeira, mas preferia não se medicar. Chegou a alterar seu sistema de plantão para diarista mas não sentiu efeito no quadro de insônia.

Em 2013, procurou atendimento psiquiátrico e psicológico mas manteve-se trabalhando, tendo sido medicada com antidepressivo. Em pouco tempo, interrompeu o acompanhamento psicológico e psiquiátrico e manteve somente o uso do antidepressivo comprado com receitas conseguidas no hospital e, até então, nunca cogitou a possibilidade de afastamento de suas atividades profissionais.

Na mesma ocasião teve um problema conjugal e intensificou seus plantões chegando a trabalhar 48 horas ininterruptas e afastou-se das atividades em casa, lazer e do relacionamento com o filho e familiares. Uma colega de trabalho foi quem sinalizou que algo parecia não estar bem com ela. No final de 2013, procurou novamente atendimento psiquiátrico e o psiquiatra indicou o afastamento das atividades profissionais e alterou seu esquema de medicação.

Destaca o preconceito em torno do afastamento por ansiedade e depressão. Nesse momento, reconhece que precisa se afastar da assistência direta ao paciente porque tem 38 anos anos trabalhando na assistência, não gostaria de ser exposta as situações que levaram ao seu adoecimento. Reconhece o seu potencial profissional, mas não se sente em condições de retornar às atividades no hospital federal. Em seu outro vínculo público, pelas características do trabalho que desenvolve, gostaria de continuar no mesmo setor e na assistência. Hoje sente a depressão com algo de “carne e osso”.

Permanece licenciada e aguardando nova perícia, gostaria de não precisar das medicações e retomar suas atividades profissionais mas não mais na pediatria.



5.3.2.6 Dália

“[...]E aí eu comecei a entrar numa... numa dúvida mesmo sobre as minhas escolhas profissionais e aí assim, de ficar perdida, de ficar ... eu não quero... Comecei a não querer mais ser assistente social! Comecei a não querer mais ser funcionária pública, inclusive. Foi um momento assim, de muito... de mergulho assim, existencial, sabe?(sic).

A entrevistada Dália, 36 anos, casada, cursou em paralelo serviço social e psicologia em duas universidades públicas, por ter sido aprovada em ambos os vestibulares e por não saber ao certo por qual decidir. Concluiu o curso de serviço social em 2005 e o curso de

psicologia em 2006. Ao longo dos cursos identificou-se mais com o serviço social por sua formação mais histórica e política e interessou-se no curso de psicologia pelos estudos de psicanálise.

No mesmo ano da conclusão do curso de serviço social fez o concurso para o ministério da saúde, foi aprovada e em 2007 convocada para assumir em um dos hospitais federais do Rio de Janeiro. Não tinha grande expectativa com o concurso e imagina ser o primeiro de outros melhores que faria. Foi também aprovada o concurso da Secretaria de Defesa Civil (Bombeiros) para trabalhar em um dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro e passou a acumular os dois vínculos públicos.

O início de sua atividade profissional foi muito difícil pois percebia uma grande distância entre sua formação e o modelo de trabalho adotado pelo serviço social do hospital no qual começou a trabalhar. Ficou por dois meses aguardando ser encaminhada para o seu setor/clínica de trabalho e logo no início de sua atividade fez fortes críticas ao serviço, o que desencadeou uma enorme tensão e desgaste com as demais assistentes sociais da equipe. Em uma reunião de equipe foi proposto que trabalhasse no ambulatório de pediatria, setor no qual havia uma demanda para a atividade do serviço social mas que ainda não havia uma rotina estruturada. Assim, iniciou sua atividade no hospital, no entanto, sentindo-se não integrada ao grupo.

Inúmeras vezes pensou em se exonerar do serviço público federal tendo em vista a difícil relação de trabalho que mantinha com a equipe e considerando que teria apoio dos pais para continuar estudando para outros concursos. Contudo, a ida para o ambulatório de pediatria e o reconhecimento salarial dado ao servidor público federal a fizeram permanecer no hospital.

No ambulatório de pediatria estruturou a atividade do serviço social e o mesmo se manteve mesmo depois de sua licença e mudança de setor. O ambulatório não era o setor de sua escolha mas lhe permitia sustentar uma boa relação com os demais assistentes sociais. Seu principal interesse era a atividade na maternidade.

Com a saída de uma das assistentes sociais da maternidade seu nome foi sugerido para ocupar a vaga. Por ser um setor com atendimento de especialidade e de maior complexidade por envolver atendimento a mãe e criança, contatos frequentes com o conselho tutelar e Juizado da Infância e Adolescência precisou aumentar sua carga de trabalho e passou a ser mais exigida pelas demais colegas de setor. Após seis meses de atividade na maternidade, ao se envolver no atendimento de uma mãe que perdeu a guarda de seu filho, passou a ser

perseguida por esta por cerca de dois anos e não encontrou proteção junto ao serviço social. No último episódio foi ameaçada com alicate e sua situação de desgaste no hospital tornou-se insuportável. Procurou atendimento psiquiátrico e foi licenciada por depressão por um ano.

De seu vínculo com a Secretaria de Defesa Civil pediu exoneração pois sentia-se muito fragilizada. Três meses depois, após entrar de licença no hospital, pois se sentia mais fortalecida, pediu para ser reintegrada ao quadro, principalmente por questões financeiras, suspendendo o pedido de exoneração.

Durante seu período de licença manteve-se em tratamento psiquiátrico e psicanalítico e chegou a se questionar sobre sua escolha profissional. Paralelamente, fez um movimento para conseguir transferência do hospital, contactou os chefes de serviço social de vários hospitais, pleiteou junto a perícia do NERJ e conseguiu a transferência em decorrência de sua condição de saúde.

Precisou retomar as atividades por questões legais que não permitiam que a remoção ocorresse estando ela ainda de licença médica. Assim, a pedido, retornou às atividades no ambulatório de pediatria e mantinha uma postura de total isolamento da equipe, aguardando que o processo de remoção tramitasse. Ao mesmo tempo, começou a avaliar a mudança de hospital sob outra perspectiva e entendeu que para ela seria mais difícil recomeçar em outra equipe de serviço social, já que pensava em sair do serviço público federal e reconstruir sua vida com o marido em Cabo Frio. Assim, optou por parar o processo e se manter no hospital de origem. Sentia que não tinha forças para construir um trabalho no serviço social e a atividade no ambulatório permitia que ela ficasse invisível no hospital. Trazia consigo inúmeras críticas a atividade no serviço público.

Em pouco tempo foi indicada pela chefia do serviço social para trabalhar no núcleo de qualidade e segurança do paciente, área de gestão, formada por uma equipe multidisciplinar e ligada diretamente à direção da Unidade. No momento em que a entrevista foi realizada, pelas características do trabalho e das relações interpessoais nesse novo setor, dizia-se despertada para trabalhar e não estar mais sofrendo. Mantém uma relação de distanciamento com o serviço social do hospital, mas considera que a equipe percebeu o seu sofrimento. Ainda avalia a possibilidade de sair do serviço público.



5.3.2.7 *Azaléia*

“[...]Depois eu fui perceber é... na verdade, eu tava muito insatisfeita com a questão da saúde pública.”(sic).

A entrevistada Azaléia, 34 anos, divorciada, trabalhou por 10 anos como secretária administrativa. Seu sonho era passar em concurso público e entendendo ser mais difícil a aprovação em concurso na área administrativa, escolheu e concluiu o curso de técnico de enfermagem, estudando nos finais de semana. Ao final deste, fez também o curso de instrumentação cirúrgica.

Ao concluir o curso, em 2005, fez o concurso do ministério da saúde e de um dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovada em ambos para o cargo de técnica de enfermagem.

Em 2006 foi convocada para o hospital federal de sua escolha no concurso por ter sido aprovada entre os primeiros colocados no concurso. O início das atividades foi difícil, pois os profissionais que estavam terminando o contrato com o hospital dificultaram a entrada dos concursados e algumas chefias chegaram a esboçar seu descontentamento em ter que treinar uma nova equipe de concursados, muitas vezes sem nenhuma experiência, como era o seu próprio caso.

Como estava concluindo o curso de instrumentação cirúrgica, escolheu trabalhar no centro cirúrgico do hospital mesmo sem experiência na área. O clima austero do centro cirúrgico e a relação tensa com a equipe médica fizeram com que após dois anos de atividade no setor, em 2008, solicitasse sua transferência. Nesse mesmo ano, foi licenciada por 15 dias em virtude de um quadro de herpes facial associada ao estresse.

Já trabalhando como técnica, fez o vestibular de uma universidade privada para o curso de psicologia e de enfermagem, foi aprovada nos dois, mas optou pelo curso de enfermagem por ser uma área afim a atividade que já realizava. Para conseguir estudar cumpria uma carga horária extensa composta pelos plantões no hospital federal, o trabalho de diarista em uma unidade básica municipal e a faculdade de enfermagem no turno da noite.

Encontrou muita resistência para conseguir a mudança de setor pois sua relação com a chefia de enfermagem estava difícil. Isso porque durante o período no centro cirúrgico questionou as diferenças no cumprimento de carga horária entre os profissionais, sentindo-se sempre sacrificada em relação aos demais, com uma cobrança sempre maior em relação a ela. Chegou a ser ameaçada em receber uma avaliação ruim no estágio probatório por uma das chefias.

Nesse cenário, foi direcionada ao CTI infantil, setor pré-cirúrgico, mas ao final, com o apoio da chefia geral de enfermagem foi transferida para a cardiopediatria e teve uma ótima adaptação ao processo de trabalho no setor.

Os sintomas de ansiedade surgem em 2013 quando inicia-se no hospital a discussão do ponto eletrônico, o cumprimento de 40 horas semanais e não mais 30 horas, conforme garantido por uma portaria ministerial, a impossibilidade do duplo vínculo, mudanças de chefias e, por fim, um evento em que a chefia imediata a acusa de estar assumindo funções no plantão que seriam de enfermeira e não de técnica. Sobre isso, ressentiu-se pois ela e a colega, também técnica de enfermagem, faziam atividades de enfermeira atendendo ao pedido da própria chefia que não gostava de fazer as funções burocráticas.

Além disso, questiona o cenário de saúde pública no qual o servidor público está sendo penalizado para se justificar a entrada da fundação de saúde, a falta de equipamento num hospital que é centro de referência nacional, o descaso na assistência aos pacientes e a falta de autonomia da enfermagem frente ao trabalho do médico.

Assim, após cinco anos de atividade no setor, passou a ter crises de choro frequentes no plantão, no dia anterior ao plantão no hospital sentia-se muito angustiada, dormia mal e já não desempenhava sua função do mesmo modo. Por último, teve uma crise no ponto de ônibus, indo para o hospital, na qual começou a tremer e chorar e não conseguiu pegar o ônibus pensando que não queria mais estar naquele lugar.

A psicóloga que já acompanhava há dois anos, desde que precisou fazer uma cirurgia de vesícula e não conseguia ser hospitalizada, a encaminhou para a avaliação psiquiátrica. O psiquiatra a medicou com antidepressivo e a afastou das atividades profissionais. Na semana em que foi liberada pelo perito do ministério da saúde para retornar ao trabalho, após 6 meses de licença, apresentou um quadro de diarreia de dez dias e ansiedade intensa, insônia e retornou à licença.

No momento da realização da entrevista, permanecia há sete meses licenciada, em acompanhamento psiquiátrico, psicológico e passando por perícias regulares. Ainda não se considera em condições de retornar ao trabalho.



5.3.2.8 *Íris*

“[...]Eu gosto muito do que eu faço, sabe? Eu gosto muito, muito, muito, muito, sabe? É... faz parte da minha identidade a minha vida profissional, entendeu? Eu me realizo com o meu trabalho, entendeu? Então, é... não poder fazer o meu trabalho é

muito sofrido pra mim, entendeu? Sendo não poder fazer porque eu tô licenciada, sendo porque institucionalmente me impedem de fazer. É sofrido! Seja qual for o motivo, entendeu?”(sic).

A entrevistada Íris, 40 anos, casada, mãe de uma filha de 5 anos, formou-se como assistente social em 1995 por uma universidade federal. Dentre os cursos que considerou cursar estavam agronomia e comunicação social mas, por influencia de familiares que trabalhavam na área, optou pelo curso de serviço social. Outra influencia importante na escolha de sua profissão foi seu percurso em movimento da juventude católica. Sua história de envolvimento em questões ligadas a desigualdade social e a graduação fortemente politizada a levou a engajar-se no movimento estudantil, na luta pelo passe livre de estudantes, entre outros movimentos sociais.

Morava com os pais no Rio de Janeiro, mas após falecimento do pai, sua mãe optou por retornar à sua cidade natal, o Espírito Santo. Assim, prestou vestibular para serviço social nos dois estados, cursou os dois primeiros períodos em uma universidade pública do Espírito Santo e quando sua mãe resolveu voltar para o RJ, fez a prova de transferência para uma das universidades públicas no Rio de Janeiro para poder acompanhá-la nesse retorno. Sua irmã permaneceu no RJ durante todo o período pois tinha vínculo profissional público e não era favorável solicitar transferência por questões políticas.

Concluiu o curso de serviço social, fez a residência em saúde pública e a partir da experiência na área de saúde do trabalhador da residência, escreveu o projeto de mestrado em saúde coletiva e foi aprovada para desenvolvê-lo. No mesmo período fez um concurso público para um município do Estado de São Paulo e foi aprovada. Com o apoio da sua orientadora manteve o mestrado, assumiu no vínculo profissional e mudou-se decidida. Nas suas primeiras férias realizou o trabalho de campo e concluiu o mestrado.

Nessa experiência como assistente social atuou junto a população de rua com abordagem na rua, contudo, por sua formação na área de saúde foi remanejada para trabalhar na assistência de um dos hospitais públicos e depois no programa de reabilitação e readaptação dos servidores do hospital. Por se tratar de hospital cujo quadro de funcionários era quase integralmente de servidores públicos, havia um interesse no acompanhamento e atuação junto aos servidores afastados e licenciados e na intervenção para a melhoria dos processos de trabalho.

Por dois anos atuou nessa equipe, quando numa mudança de gestão política houve um desmonte do trabalho que se transformou num serviço de controle de atestados. Insatisfeita, tentou sua transferência para o CEREST, Centro de Referência de Saúde do Trabalhador mas

como não conseguiu, exonerou-se, voltou para o RJ, voltou a morar com a mãe e foi trabalhar como contratada na Secretaria de Ação Social do município do Rio de Janeiro, como coordenadora técnica dos assistentes sociais do projeto de ensino fundamental acelerado de jovens de comunidades carentes.

Nesse período, 2001, fez o concurso da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro para trabalhar na área de saúde do trabalhador, pois era essa sua principal área de interesse. O trabalho que realizava na secretaria de ação social era considerado um trabalho precário, numa área pela qual não tinha grande interesse, contudo, lhe permitia se manter financeiramente no Rio de Janeiro. Foi demitida junto com muitos outros na mudança de governo do Estado. Ficou dois meses desempregada e foi novamente contratada para atuar no PAIF – Programa de Atendimento Integral a Família de outro município do Estado do Rio de Janeiro, onde permaneceu por quase um ano.

Ao término desse contrato, foi convidada por um amigo para implantar o curso de serviço social numa universidade privada em município do interior do Estado do Rio de Janeiro. Motivada por seu interesse pela prática docente aceitou o desafio mesmo não tendo experiência na área. Trabalhou durante cinco anos nessa universidade e também por dois anos como professora substituta do curso de serviço social de uma universidade pública.

Em 2005, no mês e ano em que se casou, foi convocada a assumir a vaga do concurso da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, interrompeu as atividades docente no município do interior do Estado e passou a trabalhar em uma outra universidade privada, conciliando com o trabalho como sanitarista na SES-RJ.

Nesse mesmo ano, fez o concurso para o Ministério da Saúde visto seu grande interesse em voltar a atuar como assistente social na assistência, ainda que o seu foco não fosse exatamente a atuação hospitalar. Foi aprovada e, em 2006, convocada a assumir no cargo em um dos hospitais federais. Por seis meses, chegou a conciliar quatro atividades profissionais até organizar sua rotina de trabalho.

Cogitou a possibilidade de não assumir sua vaga no o ministério da saúde chegou a pensar em não assumir pois a primeira informação recebida foi a de que cumpririam 40 horas, o que foi revisto por uma portaria ministerial alterando para 30 horas.

Quando assumiu no hospital, por designação da chefia imediata passou a ser a responsável por todos os setores fechados (CTI e enfermaria de adulto), uma vez que o número de profissionais convocados ainda era aquém ao número de setores. A chefia do serviço social solicitou a saída do cargo e a equipe optou por uma representação escolhida por

sorteio. No entanto, foi convidada pela equipe e também pela direção a assumir a coordenação do setor, pois já vinha propondo a discussão do planejamento estratégico do serviço. Assim, afastou-se da assistência direta ao paciente e assumiu a coordenação do serviço no mesmo período no qual o hospital estava discutindo seus protocolos assistenciais num processo de acreditação hospitalar.

Na gestão do serviço social sofreu grande desgaste pois, juntamente com o planejamento estratégico do serviço, começou a se indispor com colegas do setor que mantinham práticas com as quais não concordava como chefia e pelas quais dizia que não iria responder ou assinar. Engravidou nesse período e para não mais se desgastar, entregou a chefia pouco antes da licença maternidade.

No retorno, sete meses depois, passou a atuar no CTI em uma lógica de processo de trabalho com a qual não concordava, mas que devia seguir pois havia sido o consenso da equipe. Em pouco tempo, foi convidada pela chefia do serviço social para trabalhar na equipe do transplante cardíaco adulto apostando que tivesse tido o perfil necessário para o trabalho. Em sua atuação no serviço de transplante desenvolveu o trabalho em rede que propunha para o serviço social como um todo. Apesar de lidar com situações penosas que envolviam os pacientes e seus familiares, seu processo de insatisfação acentuou-se quando por decisão da direção da unidade hospitalar ocorreu o desmonte e divisão do serviço de transplante. A relação das duas equipes instituídas e dos profissionais de todas as categorias profissionais ficou comprometida. As duas equipes formadas tinham perfis diferentes de atuação mas dividiam o mesmo espaço físico de trabalho.

A relação de trabalho com duas outras assistentes sociais do setor, com as quais dividia a mesma sala ainda que de setores diferentes, tornou o seu cotidiano de trabalho muito difícil numa espécie de “assédio sutil”.

Simultaneamente, mesmo se afastando da atividade docente após o nascimento da filha, sentia-se muito culpada por sua ausência no cuidado, inclusive porque morando distante levava muito tempo no trajeto de casa para o hospital e retorno. Sua mãe também passou por três cirurgias ortopédicas, ficou extremamente dependente das filhas. O conjunto desses acontecimentos intensificaram os sintomas da depressão. Passou a se dividir entre os dois empregos, relações de trabalho muito difíceis, a distância que morava do trabalho, as demandas da filha, as solicitações da mãe adoecida e a irmã que também apresentava um quadro depressivo. Após a melhora de sua mãe e irmã, percebeu que também já estava adoecida quando passou a ser especialmente agressiva com a filha.

Os primeiros sinais de adoecimento foram físicos e pelas características similares as doenças cardíacas que acompanhava no hospital, procurou atendimento cardiológico. Após inúmeros exames sem quaisquer alterações foi encaminhada para tratamento psiquiátrico pois apresentava-se insone, muito cansada, abatida, angustiada e com desejo de morrer.

No trabalho já não conseguia chegar no horário por conta da insônia e teve seu horário alterado pela chefia dos serviço de transplante que percebeu sua dificuldade. Nessa ocasião iniciou o uso da medicação antidepressiva e se afastou por dois meses de sua atividade, em junho e julho de 2011. Retornou da licença e começou a perceber que as relações de trabalho no transplante intensificavam seu sofrimento, licenciou-se novamente de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. Fez duas novas tentativas de retorno ao trabalho no transplante: a primeira em novembro de 2012 trabalhando somente por 1 mês e em janeiro de 2013 por 6 meses. Em uma reunião de planejamento da equipe do serviço social, ainda durante sua licença, solicitou sair do trabalho no transplante pois considerava que não conseguiria mais trabalhar nesse setor.

No período de seu retorno, sentiu-se muito mal em uma reunião da equipe do serviço social para discutir processo de trabalho, chorou sem nada falar. Ao final, disse para a chefia que não participaria mais das reuniões de equipe para preservar sua saúde mental. Com o acordo de sua chefia passou a trabalhar no serviço de cardiopediatria, o que por muitos da equipe foi interpretado como um favorecimento, pois considera o preconceito em torno do adoecimento mental muito grande, mesmo entre os profissionais de saúde.

Retornar ao trabalho e lidar novamente com as relações de trabalho difíceis, com o preconceito e indiretas em torno de seu adoecimento foi a forma também de enfrentar o sentimento inicial de incapacidade que a licença lhe produziu, especialmente por ter feito três tentativas anteriores de retorno nas quais não conseguiu permanecer trabalhando. Como tem sua profissão como uma importante fonte de realização, não trabalhar é sentido com fonte de enorme sofrimento.

No momento da realização da entrevista, permanecia há 07 meses trabalhando na cardiopediatria conforme solicitou e se mantinha em tratamento psiquiátrico e psicológico.



5.3.2.9 Rosa

“[...]No último dia que eu fui visitar (os colegas da emergência) me falaram que eu sai, mas que proibiram qualquer profissional de sair da emergência. E é isso que

ficava na minha cabeça, hoje eu posso dizer que o que tá me angustiando é salvar os meus amigos que ainda estão lá. Isso me angustia. Ai, isso me emociona.”(sic).

A entrevistada Rosa, 36 anos, casada, mãe de um filho de 1 ano e de uma filha de 5 anos, formou-se em Enfermagem e Obstetrícia em 2001 por uma universidade pública federal. Pensou em fazer o curso de veterinária, mas ao final optou por prestar vestibular para o curso de enfermagem em todas as universidades públicas, pois queria se manter próxima a família.

Trabalhou como enfermeira em hospital particular e como contratada por dois anos em um dos hospitais federais atuando na emergência. Ao término desse contrato, foi trabalhar em outro hospital particular também no setor de emergência, onde permaneceu por 4 anos.

Após essa período, foi aprovada no concurso da residência em clínica médica e cirúrgica, desvinculou-se dos hospitais privados e passou a dedicar-se exclusivamente a residência em um dos hospitais federais. Ao final, foi contratada para atuar na emergência do mesmo hospital por ter se destacado no atendimento aos pacientes e na dinâmica do setor.

Em 2005 fez o concurso do ministério da saúde e em 2009 foi convocada para assumir no hospital que já trabalhava como contratada.

No mesmo ano engravidou de sua primeira filha e em 2012 do seu segundo filho sem planejar e precisou se afastar do trabalho por sete meses por complicações clínicas e emocionais relacionadas ao período gestacional, que ela própria associava com a atividade que realizava na emergência. Além disso, antes de se licenciar, fazia muitos plantões extras para complementar sua renda e destaca a perda financeira significativa que teve ao entrar de licença.

Quando retornou da licença maternidade de seu segundo filho passou a ter dificuldades em se adaptar ao trabalho na emergência em decorrência das mudanças físicas e estruturais que foram feitas no setor e que tornaram o trabalho muito mais penoso. A equipe fez inúmeras reuniões com a chefia da emergência, contudo, nada foi modificado. Destaca que muitos de seus colegas de setor mencionavam estar adoecidos e precisarem de atendimento psicológico.

Procurou pessoalmente o serviço de saúde do trabalhador do hospital pois percebia que não estava conseguindo suportar aquilo que no seu cotidiano de trabalho considerava errado. Passou a questionar alguns procedimentos médicos que colocavam a vida dos pacientes em risco desnecessariamente, orientava os pacientes e familiares quanto aos seus direitos mesmo que isso significasse expor erros do hospital. Quando a emergência do hospital recebeu a visita da direção dos hospitais e do Ministro para conhecer as mudanças

implantadas na emergência, orientou a equipe a trabalhar normalmente mas incitou os pacientes a apontar as falhas. O diretor do hospital solicitou que fosse afastada da emergência e no serviço de saúde do trabalhador foi orientada a procurar atendimento psiquiátrico e psicológico fora do hospital. Foi quando procurou atendimento em hospital psiquiátrico público próximo a sua residência, iniciou o uso da medicação com restrição, pois ainda estava amamentando.

Sempre foi uma profissional engajada na assistência humanizada ao paciente e mesmo durante todo o seu processo de insatisfação e sofrimento no trabalho, não faltava e não deixava de atender aos pacientes, contudo, passou a se queixar muito, chorava com frequência no plantão, e, por fim, um dia foi levada pelo marido para o plantão mas não conseguiu sair do carro e começou a chorar.

Como o apoio do serviço de saúde do trabalhador do hospital e da perícia médica foi afastada por 3 meses e 10 dias de suas atividades na emergência. Após a licença, também com o apoio da coordenação geral de enfermagem, buscaram um outro setor no qual pudesse atuar. No momento da entrevista, estava em férias, para ser incluída na escala de enfermagem da Maternidade, para atuar no alojamento conjunto de mães. Considera que, poder trabalhar numa rotina de nascimento e vida, ainda que estressante, é mais próximo da assistência que acredita que deve ser oferecida ao paciente.



5.3.2.10 Lírio

“[...]Trabalhava lá muitas vezes, vinha pra cá assim, poxa, totalmente arrastada, totalmente triste. E aí, até o momento, que eu falei assim “Aí, eu não tô aguentando mais assim, eu não tô... não dou mais conta disso!” Eu puxava o último fôlego que eu tinha mas no final eu já em casa, antes de vir trabalhar, antes de vim pra cá, eu me arrumava, tomava banho até pra vim, e ficava de toalha sentada na sala, no meu quarto, assim, pensando “vou não vou, vou não vou?” E ficava naquela, aí as vezes vinha, as vezes não vinha, e... não tava nem aí, de levar falta, não tava nem aí, deixava a falta, deixava tomar falta mesmo, que se dane! Assim, pra mim não tava mais fazendo a diferença. Pra mim nada tava fazendo mais diferença e... paralelo a isso, né?”(sic).

A entrevistada Lírio, 32 anos, casada, mãe de uma filha de 2 anos, formou-se como enfermeira em 2006 em uma universidade pública federal. No primeiro vestibular, tentou ingressar no curso de medicina e não sendo aprovada optou por fazer enfermagem no segundo ano, por ser também uma profissão da área da saúde. Durante a graduação fez também o curso de técnica de enfermagem, mas nunca atuou.

Descobriu na enfermagem a prática do cuidado e durante o próprio curso já sentia-se realizada em sua escolha. Fez o concurso do ministério da saúde antes mesmo de estar formada e foi convocada em 2010. Após concluir a graduação, escolheu fazer o concurso para residência em obstetrícia e estudou por seis meses, tendo sido aprovada em primeiro lugar em 2007. Apaixonou-se pela obstetrícia, trabalhou como residente em todas as maternidades municipais do Rio de Janeiro e foi aprovada num processo seletivo para enfermeiros numa das maternidades, ainda durante o período da residência. Com muita dificuldade conseguiu concluir a residência cumprindo toda a carga horaria determinada e iniciou sua prática profissional como enfermeira na maternidade. Trabalhou no alojamento conjunto de mães da maternidade a noite para poder concluir a residência durante o dia. Paralelamente, fez inúmeros concursos para sua área e em 2008 foi aprovada no concurso e convocada a assumir em uma corporação militar para trabalhar em serviço de pronto atendimento.

A atividade no serviço de pronto atendimento tem relação também com seu processo de adoecimento, o serviço tinha características novas e por isso gerava muitos embates com os pacientes que esperavam pelo atendimento imediato, o que muitas vezes não era possível, produzindo situações inclusive de violência física. A relação com a equipe médica também era difícil, pois cabia à enfermagem fazer a triagem dos atendimentos. Em 2010 surgiu a oportunidade de transferência e passou a trabalhar em ambulância. Em seu vínculo profissional privado na maternidade assumiu a chefia de enfermagem do ambulatório e implantou uma série de rotinas de atendimento de enfermagem no pré-natal.

Em 2010 foi convocada a assumir em um dos hospitais do ministério pelo concurso público federal de 2005 e precisou desvincular-se do trabalho na maternidade, ainda que esta fosse a atividade que lhe proporcionava maior realização profissional.

Ainda que a atividade no hospital federal não fosse em maternidade, havia um enorme interesse nesse concurso visto ser reconhecido por apresentar melhor infra-estrutura de trabalho para o profissional e conseqüentemente melhor assistência à população.

Sua primeira escolha era atuar no ambulatório, mas foi direcionada ao serviço de radiologia aonde existia maior necessidade de profissional. Logo ao assumir, descobriu que estava grávida, fez um aborto espontâneo e ficou licenciada por 30 dias. Pouco tempo depois, engravidou novamente, fez um novo aborto e ficou licenciada por outros 30 dias. No retorno, foi convidada para trabalhar no ambulatório, como era o seu desejo. Engravidou novamente após tratamento e em decorrência do diagnóstico de placenta prévia precisou novamente se afastar das atividades profissionais até o nascimento de sua filha. No retorno da licença

maternidade, em 2012, reassumiu no ambulatório. No mesmo mês, foi redirecionada pela chefia para trabalhar numa enfermaria, pois esse andar do hospital havia sido reaberto e precisava que profissionais de todos os setores fossem realocados a fim de suprir a necessidade desse setor. Como estava retornando de um longo período de licença foi escolhida pela chefia do ambulatório.

A atuação profissional nesse setor tem relação direta com o seu processo de sofrimento e adoecimento, pois precisou aprender uma rotina de enfermaria com a qual não estava habituada e haviam poucos enfermeiros para muitos leitos. Fez inúmeras tentativas de retornar para o ambulatório, contudo, como realizava com dedicação o trabalho que lhe foi destinado, passou a ser um profissional indispensável ao setor, ainda que isso lhe custasse momentos de choro e de muito sofrimento. Em uma das avaliações para acreditação em que o hospital foi submetido, foi escolhida para ser a entrevistada de seu setor pelos avaliadores e por ter sido muito elogiada, considerou que jamais seria liberada para trabalhar no ambulatório.

Passou a sentir-se desvinculada do hospital, seu trabalho fora do ambulatório não tinha sentido e a escala de plantão nesse novo setor passou a interferir também do tempo que tinha disponível para se dedicar a filha que tanto desejou. Seus plantões no hospital passaram a se sobrepor aos da corporação militar. Chegou a completar 48 horas ininterruptas de plantão e já não conseguia estar com sua filha mesmo quando estava em casa por conta do cansaço. Conseguiu um rearranjo de plantões com a sua chefia imediata, mas suas atividades continuavam a lhe produzir muita angústia. Começou a questionar sua vida conjugal, passou a ter pensamentos de morte, não saía mais de casa sozinha, já não conseguia cuidar da filha, começou a faltar inúmeros plantões e chegou a pensar em se exonerar do seu vínculo com o hospital. Para minimizar suas faltas passou a pagar os plantões até o limite do permitido em seus dois vínculos públicos.

Como tinha um histórico de na adolescência ter feito uma tentativa de suicídio, seus familiares se preocuparam ainda mais. Foi então que procurou em março de 2013, atendimento psiquiátrico pela primeira vez. Foi muito mal atendida e procurou uma psicóloga indicada por um familiar que além de atendê-la, encaminhou para avaliação psiquiátrica, foi medicada com antidepressivo e afastada de todas as suas atividades profissionais. Na corporação militar ficou afastada por seis meses e foi readaptada para atuar em setor administrativo (logística de socorro de emergência) a pedido do psiquiatra que a acompanhava.

No hospital federal permaneceu de licença e não foi considerada pela perícia nem por ela própria a possibilidade de readaptação. Assim, sempre considerava que retornar para a atividade no hospital significava voltar a trabalhar no setor de enfermagem, no mesmo contexto anterior a licença.

Estava decidida a se exonerar do ministério da saúde quando, ainda em agosto de 2013, recebeu um telefonema da chefia geral de enfermagem mencionando que havia uma vaga no ambulatório. Não sabendo que ela estava licenciada aguardou até janeiro para que assumisse. Diante da possibilidade de voltar a trabalhar no ambulatório, solicitou uma declaração médica que a liberasse para trabalhar ainda que permanecesse em tratamento. No entanto, a perícia a encaminhou para a junta médica psiquiátrica, antes de liberá-la para suas atividades laborais sem restrição.

Esse processo junto a perícia levou de setembro a dezembro, pois a primeira perícia foi com um médico do trabalho que não quis liberá-la por não ser psiquiatra. A segunda perícia com o psiquiatra marcada para outubro foi remarcada para novembro, pois o médico estava licenciado devido a uma cirurgia e somente voltaria a atender em dezembro. Assim, foi incluída na escala do ambulatório e retomou suas atividades somente em janeiro de 2014.

No momento da realização da entrevista, permanecia trabalhando no ambulatório há dois meses. Sente-se ainda muito ansiosa, frágil e insegura como profissional, mantém o uso da medicação antidepressiva e a psicoterapia. Sente-se como se ainda estivesse se adaptando as suas atividades profissionais e tenta não se cobrar tanto em seu cotidiano de trabalho. Desde o seu retorno ao hospital, não voltou ao setor no qual trabalhava antes de se licenciar.



5.3.2.11 Gérbera

“[...]Eu não gosto de trabalhar com essas pessoas que não tem envolvimento com o que fazem, porque eu acho que tem que ter paixão pelo que faz, entendeu? E você não consegue eliminar essas pessoas, você tem que trabalhar com elas, então você tem dia que você vai pra casa quase explodindo por conta dessas pessoas, porque você não tem como muda-las, não tem o que fazer. Se não souber levar, você é vencido.”(sic).

A entrevistada Gérbera, 39 anos é casada e mãe de dois filhos, uma menina de 10 anos e um menino de 7 anos. Ao longo do período de escolha da profissão relata o interesse por muitas áreas, em especial pela psiquiatria. O primeiro vestibular foi para medicina no qual não foi aprovada. No segundo optou pelo curso de enfermagem, o que justifica por, na ocasião da escola, seu pai ter adoecido com câncer, não ser de família rica e precisar de um

curso mais curto que o de medicina e com retorno financeiro mais imediato. Foi aprovada no vestibular de enfermagem numa universidade estadual e conta ter se sentido feliz e realizada com o curso. Refere ter se identificado com o curso exatamente pelo contato próximo com os pacientes, o que inclusive diz ser o que a motivava inicialmente na escolha pela psiquiatria.

O pai faleceu ainda quando cursava o primeiro semestre da universidade o que a obrigou a trancar o curso para trabalhar e economizar dinheiro para a continuidade da graduação. Passou a ser ela, na ocasião com 17 anos, quem cuidava da mãe e do irmão. Relação de dependência que segundo ela se mantém até hoje. Apesar das dificuldades, conseguiu concluir o curso. Fez estágio em clínica privada de psiquiatria, foi contratada ao seu formar e permaneceu nessa mesma clínica por 13 anos. Foi chefia da enfermagem nessa clínica e diz ter se identificado bastante com as questões administrativas e da organização do trabalho. Em paralelo, trabalhou por curtos períodos com paciente renal, dependência química mas destaca que sua “paixão” é o paciente psiquiátrico. Fez especialização em administração e gerência de serviço mas ressalta que sempre se manteve próxima aos pacientes, que ficava dentro do posto de enfermagem o dia inteiro mesmo cuidando das questões administrativas.

O único concurso público que fez foi para os hospitais federais do Rio de Janeiro para o qual foi aprovada. Nunca havia tentado concurso pois não tinha inicialmente intenção de trabalhar no serviço público pois era bem remunerada na clínica privada. A decisão de tentar o concurso veio após alguns problemas na clínica, tentava implementar algumas mudanças sem sucesso, a clínica começou a viver uma crise e conta que três anos após a sua saída entrou em falência. Ao observar a mudança no padrão da clínica percebeu que precisava procurar outra inserção mais estável e começou a esperar algum concurso para o qual pudesse se candidatar. Não escolheu trabalhar no serviço público federal, esse foi o primeiro concurso que surgiu após sua decisão. Esta não se pautava no desejo de ser funcionária pública e sim mudar sua condição profissional naquele momento. Sempre gostou e se identificou com o serviço privado pois considera que o mesmo tem maior resolutividade, que a dedicação dos profissionais é maior, que as pessoas buscam se especializar para não serem demitidas e que essa busca leva a uma formação melhor e uma melhor assistência ao paciente.

Sobre o serviço público, diz não observar a mesma dedicação dos profissionais que no serviço privado nem tampouco a mesma resolutividade. Teve que se acostumar à ideia de trabalhar em hospital público e com a perspectiva de não poder mudar de trabalho ou ser muito difícil por conta da estabilidade do servidor e pelo salário.

Por ter sido a provada para o hospital de sua escolha e com ótima colocação pôde

escolher o setor de inserção. Nesse período morava em Volta Redonda e sua filha estava com 2 anos, por isso escolheu trabalhar a noite e a vaga disponível era na pediatria. Conta que pediatria foi a disciplina na qual teve maior dificuldade na graduação e que escolheu o setor para trabalhar para romper com essa limitação. Seu principal desafio foi o de aprender a trabalhar no serviço público, principalmente por ter que lidar com pacientes pobres e que passam por vários tipos de violência, o que fica mais evidente na pediatria – maus-tratos, violência, negligência parental. Foi uma “barreira a transpor” a escolha pela pediatria mas diz que não sente mais tanto.

Trabalhou no plantão noturno por 7 anos até adoecer e no retorno da licença médica passou a trabalhar como diarista 3 vezes na semana. Durante o período que trabalhou como plantonista noturna disse ter lidado bem com as questões sociais dos pacientes e considera que a noite tem mais recursos para organizar o serviço que está mais reduzido, enfermeiro e técnicos, diferentemente dos diaristas que lidam com múltiplas equipes, residentes, muitas intercorrências e principalmente percebem mais a “engrenagem parada” que considera ser o hospital. Diz que a equipe de técnicos é um grande problema, especialmente por considerar que se envolvem pouco com o trabalho, que só querem contar o tempo pois sabem que não poderão ser demitidos. O que ao seu ver funciona muito diferente do serviço privado que pode demitir o profissional que não se enquadrava. Demorou muito tempo para perceber que a relação que teria com os técnicos de enfermagem do seu plantão seria diferente do hospital privado. Além disso, por ter trabalhado na parte administrativa antes da entrada no hospital sentia muito a morosidade do serviço público, as licitações arrastadas, a dificuldade para conseguir um exame e principalmente os técnicos que não se comprometem com o trabalho. Considera essa uma característica exclusiva do serviço público pois entende que profissionais ruins não se mantêm nos serviços privados. Percebe essa relação com o trabalho também entre os enfermeiros graduados só que maneira mais velada que entre os técnicos. Relata ter uma relação diferenciada com a equipe médica trazida da experiência no serviço privado. Reconhece a hierarquia e acha que ela deve estar presente, ressalta que aprendeu isso também no serviço militar como bombeira, aonde mantém um segundo vínculo profissional. Diz que é capaz de questionar o trabalho do médico se for necessário mas que nunca precisou brigar porque reconhece a hierarquia. Reforça a hierarquia entre técnicos e enfermeiros, entre médicos e enfermeiros e entre esses e as demais profissões.

Considera que a disputa entre enfermeiros e médicos já está ditada e que no cotidiano ambos os profissionais reforçam isso. Não se considera com tal postura e diz que cada um fez

sua graduação, cada um tem o seu propósito na assistência e quem define a conduta e prescreve é o médico, isso é para ela a hierarquia. A enfermagem pode perguntar mas o médico define a conduta e ela executa a cada plantão.

Sua maior dificuldade está na relação com os técnicos, as rotinas são pensadas e propostas pelos enfermeiros e como os técnicos são em maior número diz que somente fazem o que querem, especialmente em se tratando do serviço público. Sobre a licença médica diz que essa dificuldade com os técnicos não influenciou diretamente. Associa sim a dupla jornada de trabalho, já que na ocasião tinha dois vínculos públicos e múltiplas tarefas a realizar. No seu vínculo como enfermeira do Corpo de Bombeiros trabalha na ambulância com assistência pré-hospitalar e tem, dentre suas tarefas, uma que lhe é especialmente penosa que é “entrar em comunidades”.

Sente que a licença foi precipitada pelas demandas profissionais do duplo vínculo e as demandas familiares e o cuidado dos dois filhos. De início conseguia cumprir suas tarefas mas foi percebendo que tudo começou a ficar muito ruim. Apesar de perceber que já não estava dando conta dos dois vínculos considerava que não poderia prescindir de nenhum deles por questões financeiras. E, por fim, por sua filha ser bailarina a acompanhava nas atividades do final de semana e não conseguia descansar. Mas a maior parte do tempo não estava próxima aos filhos. Pouco antes de entrar de licença ouviu de seu filho que preferia virar mendigo com ela, não teriam dinheiro mas passariam o dia juntos. Isso a desestabilizou profundamente. Quando assumiu no hospital trabalhou por cerca de um ano em três vínculos até pedir demissão, quando seu filho tinha 1 ano. Sente-se muito culpada em relação a isso, especialmente porque na ocasião se separou do marido e precisava financeiramente dos três vínculos profissionais. Sente o adoecimento como uma acúmulo de todos esses acontecimentos.

De início se sentia irritada, brigada muito com todos, inclusive com seu atual companheiro sempre de modo tempestivo e agressivo. Sentia-se muito constrangida com sua agressividade e mais ainda como se estivesse perdendo o controle de si o que a assustava imensamente dado o seu perfil sempre muito centrado. De início não sentiu que isso a estava prejudicando profissionalmente mas aos poucos passou a se recolher mais, conversar pouco para não se irritar e brigar com as pessoas mas, ainda assim, os momentos de descontrole começaram a se tornar mais frequentes até chegar a agressão física com o marido. Foi quando, então, resolveu procurar ajuda psiquiátrica e o médico sugeriu o afastamento do trabalho e o início de medicação para o sono que também estava prejudicado pelos anos de

plantão noturno sem o descanso necessário. Nesse mesmo período do afastamento se separou do segundo marido. Logo respondeu a medicação e começou a sentir-se melhor.

Depois dos 4 meses de tratamento voltou a morar com a mãe e os filhos e para não deixa-los sob cuidados da mãe idosa preferiu passar a trabalhar como diarista no mesmo setor de pediatria. Apesar de se sentir ainda fragilizada tem muito prazer em trabalhar como enfermeira mas, ainda acho difícil a engrenagem hospitalar pública, morosa e com profissionais pouco implicados mas agora procura não se aborrecer com isso. No momento da entrevista estava bastante mobilizada emocionalmente pois na véspera seu filho disse que queria passar a morar com o pai dizendo ser porque ela começa o primeiro dia do ano ao último dia do ano comprometida com o trabalho. No hospital e no Corpo de Bombeiros assumiu suas atividades plenamente.



No capítulo seguinte as narrativas serão analisadas e sistematizada em dimensões que nos permitem discutir as licenças psiquiátricas em profissionais de saúde como um fenômeno que conjuga aspectos pessoais e sociais. Cada sujeito trabalhador se apropria do trabalho a seu modo, inscreve a sua marca e é transformado por sua atividade. Dessa vivência do intrapsíquico com o transpessoal do trabalho há muito a ser pensado e, no que tange a essa pesquisa, nos detivemos na análise da experiência do sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental dos profissionais de saúde expresso nas licenças médico-psiquiátrica por ansiedade e/ou depressão.

Capítulo 6: ANÁLISE DAS NARRATIVAS

“Importante também é ser criterioso e absolutamente honesto ao coligir ou produzir dados, como no caso das entrevistas, por exemplo. Elas não são feitas apenas com bons roteiros, previamente testados e melhorados, mas com atitudes éticas em relação às pessoas pesquisadas.”

Wright Mills, Charles, 1982



Figura 7 - Film Through Me (2012)
Alexi Torres

Nesse capítulo apresentamos as análises produzidas a partir das narrativas dos profissionais entrevistados pela pesquisa acerca de suas histórias de vida laboral e o processo de sofrimento psíquico e adoecimento mental no trabalho hospitalar.

No campo da saúde, a vivência de um processo de saúde/doença pelos profissionais de saúde pode deflagrar repercussões conscientes e inconscientes de acordo com o valor que cada sujeito atribui a esse processo em sua vida. Esse *sentido* atribuído por cada profissional entrevistado para sua vivência de sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental por ansiedade e/ou depressão é o ponto essencial para compreendermos o fenômeno da licença médico-psiquiátrica entre profissionais de saúde, tomando-o como fenômeno intrapíquico, transpessoal e social.

Como pesquisa qualitativa significa que procuramos na análise estudar o fenômeno das licenças médico-psiquiátricas tentando dar sentido ou mesmo interpretar segundo o significado que os sujeitos lhe atribuem. (DENZIN; LINCON, 1994, p. 02). Em nossas análises valorizamos o sentido que os próprios sujeitos entrevistados dão ao sofrimento psíquico, adoecimento mental e a licença médico-psiquiátrica. A análise qualitativa que caracteriza essa pesquisa segue na direção proposta por Minayo (1996, p. 10), quando define o método qualitativo como aquele capaz de incorporar a questão do significado e da

intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Nessa direção, estamos interessados na estrutura social na qual o fenômeno das licenças surge, e a partir do método qualitativo, construímos nossa análise da estrutura social das licenças atentos ao universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a vivência subjetiva dos sujeitos. A licença médico-psiquiátrica e o sofrimento/adoecimento mental são faces de um mesmo fenômeno, no qual o social e o psíquico estão intimamente relacionados.

Nas análises das entrevistas procuramos ser o mais fiel possível as narrativas de sofrimento, as histórias de vida laboral, respeitando o material transcrito e destacando as pistas importantes na construção e compreensão do fenômeno das licenças. Como afirma Triviños (1987), as descrições dos fenômenos estão impregnadas de significado que o ambiente lhe imprime, produto de uma visão subjetiva. Dessa forma, a interpretação dos resultados tem como base a percepção de um fenômeno num contexto.

Nas análises das entrevistas procuramos observar como a licença surge a partir das atividades dos profissionais, nos diferentes modos de relação que atravessam o hospital, no exercício do ofício, na atividade do cuidar e nas interações cotidianas. Uma de nossas premissas é que os modos de trabalho se articulam aos modos de vida e daí decorrem processos de prazer e des-prazer diversos.

A maneira como os entrevistados vivenciam e narram uma situação vivida é singular a cada sujeito e dependem de pressupostos culturais próprios do meio que nutre sua existência.(TRIVIÑOS, 1987). Apesar de construirmos hipóteses ao longo da pesquisa, nossa preocupação não esteve em comprová-las. Ao contrário, nosso trabalho foi o de construir um fio comum as 11 narrativas das histórias de vida laboral, a partir do qual que fosse possível construir uma compreensão para o fenômeno das licenças médico-psiquiátricas.

É relevante dizer que o pesquisador utiliza na formulação da análise não somente conhecimentos teóricos mas a sua própria vivência como profissional de saúde, psicóloga do Hospital Federal de Bonsucesso. Há elementos, portanto, desse percurso profissional que contribuem para a compreensão do processo de trabalho em hospital, quando este é narrado pelo entrevistado. O fato de já ter percorrido os espaços físicos dos hospitais, ter atuado junto a outras categorias profissionais na assistência ao paciente, lidado com as relações de poder presentes no hospital, experimentado as dificuldades de acesso de muitos a saúde pública em

nosso país, construído estratégias para lidar com os desafios da prática do psicólogo em hospital geral, não fica a margem na análise das narrativas dos profissionais de saúde entrevistados. Ao contrário, fazem parte de uma escuta transferencial e contra-transferencial que assumimos e que nos fez sensível as narrativas de sofrimento dos profissionais de saúde muito antes da delimitação do objeto dessa tese. A tese é um produto desse processo totalmente implicado da pesquisadora.

6.1 Dimensões sócio-clínicas da licença psiquiátrica em profissionais de saúde do hospital

O fenômeno da licença psiquiátrica em profissionais de saúde do hospital se apresentou à análise como um espectro multifacetado de dimensões que se articulam e complementam permitindo sua compreensão. São dimensões sócio-clínicas que surgem a partir da escuta clínica nas entrevistas e que no processo das análises se conjugam a fenômenos sociais.

As dimensões sócio-clínicas que propomos como produto da análise das narrativas são fruto de uma leitura psicossociológica plural, que lança mão de conceitos de diferentes campos teóricos para analisar a vivência de sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental por ansiedade e depressão na perspectiva de compreender o fenômeno das licenças médico-psiquiátricas. Assim, conforme destaca Lhuillier (2014, p.07), [...] “a psicossociologia oferece um conjunto de recursos essenciais para os campos da investigação e da ação, constituído pela articulação entre campo social, condutas humanas e vida psíquica.”

A licença psiquiátrica em profissionais de saúde do hospital é compreendida e apresentada a seguir a partir de uma composição integrada de 6 dimensões sócio-clínicas, que somente produzem sentido quando associadas. São essas: *Dimensão de fragilidade psicossocial; Dimensão da hierarquia no trabalho hospitalar; Dimensão da perda o atopoder sobre o trabalho; Dimensão do sofrimento ético-político; Dimensão de tentativa de regulação do sofrimento; e Dimensão de religação de uma nova condição de trabalhador.*

E são apresentadas também na figura-esquema que segue:

Figura 8. Dimensões sócio-clínicas do fenômeno das licenças médico-psiquiátricas em profissionais de saúde dos hospitais federais.



6.1.1 Dimensão de fragilidade psicossocial

A primeira dimensão sócio-clínica que propomos a denominamos de “Dimensão de fragilidade psicossocial” por estar associada a vivência intrapsíquica de sofrimento, que adquire expressão enquanto fenômeno social quando se dá a licença médico-psiquiátrica.

A priori é preciso afirmar que não se trata de uma fraqueza individual como se pode precipitadamente pensar. Ao contrário, trata-se de uma dimensão psíquica de um fenômeno social. Ainda que se trate de uma vivência intrapsíquica, ela é produzida na história de vida dos sujeitos a partir do contexto laboral, coletivo, organizacional e institucional nos quais os profissionais de saúde se inserem.

A noção de fragilidade é utilizada no sentido de que algo do aparelho psíquico é mobilizado na dinâmica do trabalho hospitalar, deflagram vivências intrapsíquicas e desse encontro do profissional de saúde com a sua tarefa poderá advir prazer ou não. Porque para algumas pessoas e não para todas, algumas tarefas são tão penosas? Ou, ao contrário, porque algumas tarefas que parecem tão penosas, alguns trabalhadores as fazem com prazer? Como

responder a isso? A algo do encontro do trabalhador com o seu trabalho que para ser fonte de prazer ou des-prazer depende de colocarmos aspectos psíquicos em cena.

Não se trata de uma culpabilização do profissional de saúde por este não se adaptar ao processo de trabalho hospitalar e sim do reconhecimento de que as vivências intrapíquicas podem, em dado momento da história de vida laboral do profissional, comprometer a realização do trabalho e essa vivência da fragilidade levar a licença médico-psiquiátrica com o diagnóstico de transtorno de ansiedade e/ou depressão. Isso porque, a vivência psicológica para ganhar legitimidade no mundo do trabalho precisa ser descrito a partir do sistema classificatório das doenças.

Quando observamos o histórico pessoal e familiar dos profissionais entrevistados nos deparamos com um dado significativo nessa discussão: uma porcentagem de 90% dos entrevistados respondeu positivamente sobre terem história familiar de ansiedade e/ou depressão. Consideramos que esse dado aponta menos para uma influência genética e mais para um contexto familiar no qual o sofrimento pode ser mais facilmente colocado em palavras sob o contorno de um diagnóstico psiquiátrico. Isso é especialmente importante, pois há ainda entre os profissionais de saúde muito preconceito em torno dos quadros psiquiátricos. Podemos inferir que, para esses profissionais que lidaram em suas histórias familiares com o transtorno mental, o sofrimento psíquico seja mais facilmente nomeado como Transtorno de Ansiedade e/ou depressão.

Concordamos nesse aspecto com os escritos de Erhenberg (1998) quando nos aponta que a depressão é “uma doença da moda” ou o “mal do século”, definindo muitos males psicológicos ou comportamentais os quais os sujeitos vivenciam ao longo da vida. O uso do diagnóstico de ansiedade e depressão vem progressivamente se banalizando na sociedade moderna, de modo que, o que antes era vivido como fragilidade, tristeza e mal-estar, passa a se apresentar como ansiedade e depressão. A esse fenômeno Erhenberg (2004) se refere como sendo tanto um “sucesso médico” quanto um “sucesso sociológico”. Em suas palavras:

[...] la depresión nos instruye sobre nuestra experiencia actual de la persona, pues es una patología de la sociedad en la que la norma ya no se funda en la culpabilidad y la disciplina, sino en la responsabilidad y en la iniciativa. [...] El individuo se enfrenta a una patología de la insuficiencia más que a una enfermedad de la falta, al universo de la disfunción más que al de la ley: el deprimido es un hombre atascado. [...] Desde el punto de vista de la historia del individuo, poco importa que esto designe un mal estar vivencial o una verdadera enfermedad: la depresión tiene de particular que indica la impotencia misma de vivir; que se expresa por la tristeza, la astenia (la fatiga), la inhibición... [...] El deprimido, devorado por un tiempo sin

futuro, se encuentra sin energia, enredado en un "nada es posible". (ERHENBERG 2000, p.16,17).³³

Ao apresentar a dimensão de fragilidade psicossocial como uma das dimensões da licença médico-psiquiátrica em profissionais de saúde queremos justamente tratar o trabalho, enquanto atividade de transformação da natureza, como um cenário possível para experiências humanas de prazer, alegria, do bem viver, e também como cenário para as experiências humanas de tristeza, decepção, frustração. O que não precisa ser necessariamente tratado como “patologia da insuficiência”, disfunção ou doença mental. Sendo assim, o quanto o trabalho será fonte des-prazer dependerá também de aspectos intrapsíquicos que farão com que os sujeitos experimentem o trabalho a partir de uma fragilidade. E como entendemos que psíquico e social caminham unidos e se produzem mutuamente tomamos essa fragilidade como psicossocial.

Trata-se de uma dimensão da licença psiquiátrica produzida na trama que liga história psico-familiar e história profissional e que sinaliza para transformações normativas da forma como lidamos com os males sociais na contemporaneidade. Ao trazeremos o diagnóstico de ansiedade e/ou depressão para o centro da discussão para pensar o sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental no trabalho hospitalar, nos recusamos a uma análise que parta da dicotomia entre psicogênese e sociogênese dos distúrbios psíquicos. Ao contrário, consideramos que a origem do sofrimento está exatamente na interface de ambos. Aportamos numa terceira via de análise, a da psicossociologia do trabalho, através dos trabalhos de Claude Veil (2012), na qual se leva em consideração a história do sujeito e sua dinâmica psíquica nos momentos em que ele adoece e, ao mesmo tempo, as normas de trabalho em determinado ambiente, suas inscrições contextualizadas e normatizadas.

A pesquisa traz à cena a história de vida laboral de sujeitos trabalhadores de hospitais públicos federais e foi desenhada para considerar os processos de sofrimento e adoecimento de profissionais de saúde concursados do Ministério da Saúde, desde a sua inserção no serviço público até a impossibilidade de continuar, por algum tempo, em suas atividades. Esta esfera pública é a que oferece ao servidor uma política de cargos e salários com avanços

³³ Tradução livre: “[...] a depressão nos ensina sobre a nossa experiência atual da pessoa, é uma condição da sociedade em que a regra não é mais baseada na culpa e disciplina, mas na responsabilidade e iniciativa. [...] O indivíduo é confrontado com uma patologia da insuficiência, em vez de uma doença da falta, ao universo da disfunção, em vez da lei: o deprimido é um homem preso.[...] Do ponto de vista da história do indivíduo, pouco importa que esta designe um desconforto existencial ou uma doença real: a depressão é particular, indicando a mesma impotência de vida que é expresso pela tristeza, astenia (cansaço), a inibição [...] O deprimido, consumido por um tempo sem futuro, se encontra sem energia, enredado em um "nada é possível". (ERHENBERG, 1998, p.16 e17).

se comparada com a esfera Estadual e Municipal do Rio de Janeiro. Anteriormente ao concurso de 2005, eram poucos os servidores federais concursados para os hospitais e o que prevalecia eram as contratações. Os servidores federais dos hospitais eram profissionais de carreira com dedicação exclusiva e com salários diferenciados no mercado. Atualmente, este quadro é composto predominantemente por servidores públicos concursados e progressivamente vêm sendo criadas novas formas de contratação.

Historicamente, portanto, o vínculo público federal se desenha no imaginário dos profissionais de saúde como aquele com melhor condição e organização do processo de trabalho, o que pudemos observar na discríção dos profissionais entrevistados quando perguntados sobre sua escolha por esse serviço:

[...] Dentre as escolhas, é lógico que... entre os concursos, **é claro que eu optaria por um federal por conta da estrutura.** (...) Então, lá no hospital com toda dificuldade, o Federal ainda tem uma estrutura melhor para trabalhar. Logística, técnica, enfim... (Açucena, assistente social)

[...] porque a gente tem aquela coisa assim... Ah, Federal, né? **Federal é melhor!** (Acácia, assistente social)

[...] Então, assim, pra mim **era o melhor concurso que eu podia fazer.** Pra mim. Ai... é...fui chamada, né? Ai eu falei assim “nossa foi tudo de bom, por causa do concurso público”. (Lírio, enfermeira)

[...] Assim, então assim eu sempre ouvi falar, que, que era um hospital, que, eu não teria problema de falta de material, que era um hospital, eram hospitais, os hospitais federais que tinham mais condições do que os hospitais municipais, estaduais, e que assim eu não ia ter problema de estrutura, de falta de pessoal pra trabalhar, de falta de material, **que tinham condições pro trabalhador diferenciadas.** (Lírio, enfermeira)

Os enfermeiros e os assistentes sociais entrevistados pela pesquisa têm o serviço público como um importante norte para sua inserção profissional. A despeito de poderem desempenhar suas atividades também em serviços privados, consideram a atuação no serviço público como uma parte importante de sua trajetória laboral. E, reconhecem na estabilidade dada ao funcionalismo público, um aspecto para sua valorização, frente à instabilidade empregatícia atual e as características de super exploração dos serviços privados.

Além disso, esses profissionais têm no serviço público um importante eixo de empregabilidade se comparado ao eixo privado, especialmente no setor de serviços. Assim, a carreira pública demarca uma forma de percurso profissional que ainda garante um processo de trabalho mais promissor que o serviço privado de saúde, como destacam os entrevistados:

[...] **Nunca pensei em trabalhar na rede privada.** [...] o público, de certa forma, tem uma vitalidade muito grande com a minha vida particular. Eu não sei se trabalharia em outro serviço, que não fosse o Público... (Anis, enfermeiro)

[...] o Ministério foi uma **oportunidade de trabalhar, de novo, no serviço como estatutária, na minha área, na assistência,** entendeu? Então o Ministério era uma possibilidade de deixar de trabalhar como contratada. (Íris, assistente social)

A relação dos profissionais de saúde com a assistência hospitalar federal se apresenta fortemente construída. Há nos relatos uma força argumentativa que nos leva a supor que o concurso público federal foi na história pessoal desses profissionais alvo de grande investimento e dedicação. Considerado um vínculo profissional que lhes permitiria melhor desenvolver suas atividades técnicas num processo de trabalho melhor estruturado.

Outra expectativa em torno do vínculo público federal o associa a história familiar por sua característica de maior abrangência, o que permite ao servidor se deslocar entre os Estados da federação. Esse aspecto não pode deixar de ser considerado como fator de interesse pelo serviço público federal, pois se vida e trabalho se articulam, ter um vínculo público que permita se adaptar as mudanças que surgem na vida de uma família é algo de grande interesse. O que fica expresso no relato que segue:

[...] E ai tinha outra questão: meu marido é militar, então, assim, pra mim o **Federal era muito importante porque se ele fosse transferido, porque, assim, dentro da carteira dele, ainda vai ter uma transferência, era uma segurança de ter um trabalho. Porque no Federal você pode se locomover o que no Estado e Município não permite.** Então, assim, era o sonho, né? Um sonho por conta disso, né? Pela questão de que a gente acha que vai trabalhar e ter mais condições de trabalho, acha que vai ter uma remuneração melhor e, no meu caso, ainda por causa da facilidade de uma transferência com meu marido. (Acácia, assistente social)

Reconhecida a importância que o vínculo público federal tem na história de vida dos profissionais entrevistados, podemos supor que a dimensão de fragilidade psicossocial surge no confronto dessas expectativas expressas e a experiência laboral no hospital. É do embate cotidiano entre a dinâmica psicossocial do profissional e o seu trabalho que terá início um processo de insatisfação, tentativas de adaptação, esforços de transformação, busca de alternativas, frustrações e, para o grupo entrevistado, um sentimento de fragilidade tal que faz ser impossível continuar trabalhando.

Na impossibilidade de se promoverem as mudanças necessárias no processo de trabalho hospitalar, consideramos que o grupo estudado vivencia esse processo na forma de um grande mal estar e insatisfação. Há um tempo de indefinição sobre o trabalho que se quer realizar e não se pode que aparece nas narrativas dos entrevistados como sofrimento psíquico.

O escopo psiquiátrico o define como transtorno mental e o sofrimento ganha proeminência pela doença. (CARRETEIRO, 1993) É possível reconhecer na narrativa que segue sobre o sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental, a força das vivência intrapsíquica e a forma como a licença médico-psiquiátrica e o afastamento se tornou o caminho encontrado pelo profissional de saúde para fazer face ao sofrimento.

[...] Então, assim, foi um somatório... eu acho que assim... o estresse no hospital deflagrou.... O climatério deflagrou o que eu vivia no hospital. O que eu vivo no hospital de sofrimento, qualquer outra pessoa com mais resiliência passa. Gente... O que a gente vive lá no hospital em termos de sofrimento emocional não chega perto do vive um peão de obra, uma empregada doméstica que trabalha seis dias da semana e mora em Queimado e Caxias e vai trabalhar em Botafogo, Ipanema, o trânsito é muito pior. Então, assim, eu acho que o adoecimento profissional tem sim fatores externos, mas tem sim a forma como a gente elabora, quem é mais sensível ou menos sensível, né? mais resiliente. Eu sou menos resiliente. Eu sempre soube que assim... que eu era muito sensível, irritadiça. Eu só não via caminhos para a mudança. (...) Tem características minhas que me levam ao sofrimento no trabalho. **Tem gente que passa pelo que eu passo e leva numa boa, que tá sempre em festa, que sabe separar direitinho**, que fala: isso é só um trabalho! E que são boas profissionais também, que atendem bem as pessoas. Eu acho que não é legal da minha parte essa coisa de levar a ferro e fogo. (Açucena, assistente social)

Ao destacarmos a dimensão de fragilidade psicossocial da licença pretendemos que esta não seja reduzida a fraqueza pessoal ou incapacidade de adaptação do profissional, mas sim tomá-la como uma fragilidade deflagrada por uma expectativa frustrada em se realizar um trabalho a contento, surgindo da associação dos aspectos psíquicos e familiares com aqueles do contexto laboral e institucional.

Para compreendermos a dimensão de fragilidade psicossocial das licenças médico-psiquiátricas, temos nos conceitos da psicodinâmica do trabalho, um importante aporte teórico. Isso porque, toda a construção teórica do seu principal autor Dejours (2013) se baseia na premissa de que o trabalho define o momento de expressão do sofrimento, que resulta da estrutura psíquica característica do indivíduo. Ou seja, a dinâmica intrapsíquica é anterior a entrada no mundo do trabalho e da estrutura de personalidade dependerá a forma como o profissional de saúde irá lidar com as injunções da vida laboral. Os mecanismos de defesa individuais e coletivos, descritos pela psicodinâmica, será a forma de fazer frente as agressões sentidas no trabalho, tornando possível a realização das tarefas. O trabalho também é realização de desejo, energia pulsional sublimada para uma atividade socialmente valorizada. E porque também é realização de desejo, ao ser barrado por uma organização do trabalho rígida, fragmentada e sem sentido para o profissional, poderá se transformar em sintoma. Diz-

se, portanto, que a fragilidade psíquica antecede o trabalho e que se nutre de determinadas características desse trabalho, no processo que também dará origem ao sofrimento psíquico.

6.1.2 Dimensão da hierarquia no trabalho hospitalar

A segunda dimensão sócio-clínica da licença psiquiátrica em profissionais de saúde que destacamos está associada ao contexto hierarquizado das práticas hospitalares do campo da saúde e a denominamos “Dimensão da hierarquia no trabalho hospitalar”.

Historicamente, os médicos se afirmaram como os detentores do saber sobre a saúde e a doença com as escolas médicas. E, além disso, houve uma estratégia política dos médicos que definiu projetos de ação e ocupação do hospital e que produziu as hierarquias no campo das práticas da saúde.

As narrativas dos entrevistados abordaram as dificuldades, os limites e os conflitos do exercício da atividade, enfatizando a relação hierarquizada dentro do hospital, especialmente na relação com os médicos e com a gestão hospitalar. Apontam que as relações entre os grupos profissionais no hospital se estruturam em torno da responsabilidade médica pelas condutas junto ao paciente. Os demais profissionais organizam suas práticas em torno da avaliação diagnóstica feita pelo médico, seguindo suas recomendações e prescrições, e tendo pouca autonomia profissional.

[...]“No hospital tinham muitos feudos. Cada staff médico era dono de alguns leitos. Cada staff controlava algum pedaço do hospital com leitos.” (Acácia, assistente social)

A organização da assistência em torno do saber médico produz uma hierarquização das práticas e formas particulares de relação entre os diferentes grupos profissionais, o que os entrevistados destacam como fonte de tensão, conflito e sofrimento. Isso se reflete nas relações entre os profissionais no contexto dos processos de trabalho, como descreve uma das entrevistadas.

[...]“A gente, às vezes, vê situações profissionalmente em que o médico tá fazendo uma coisa errada, mas eticamente você fica meio atado para alertar porque médico sempre sabe mais do que enfermeiro.” (Amarílis, enfermeira)

Há no hospital mais do que uma divisão física dos espaços para a organização da assistência, há também a organização de territórios de poder-saber que sustentam as práticas, podendo torná-las fonte de sofrimento e também de adoecimento. O que se percebe refletido

também nos modelos de gestão dos hospitais. Os hospitais públicos brasileiros têm passado por mudanças importantes tanto no âmbito da gestão da assistência quanto na dos recursos humanos. Sendo o saber médico privilegiado no encaminhamento dessas mudanças, os demais profissionais de saúde sentem que nesse processo há pouco espaço para sua participação. Eles vivenciam as mudanças como lhes sendo impostas e se queixam de haver desprezo pelo saber e pela experiência adquirida durante anos de atividade na assistência hospitalar. As narrativas enfocam as relações de poder e a humilhação, consequência das hierarquias hospitalares como fonte de insatisfação e sofrimento. Como expresso nas falas que seguem:

[...]“É uma humilhação, vem gente da direção... até o pessoal da comunicação social vem colocar o dedo no nariz da gente.” (Açucena, assistente social)

[...] “As relações dentro do hospital são muito pesadas, então, fazer essa vida fluir dentro desse campo das relações de poder na enfermagem é muito difícil. Você trabalha sempre com foco na descentralização da gestão e sabe que o que ocorre é sempre em sentido contrário, isso inevitavelmente é sofrimento.” (Anis, enfermeiro)

[...] “O meu histórico de doença está muito mais relacionado a uma questão de modelo de gestão e de relação de poder que se estabelece dentro da estrutura do hospital. Essa é a principal fonte de sofrimento na minha experiência.” (Anis, enfermeiro)

A dialética saber-poder surge na narrativa dos profissionais como fundadora de práticas, em especial com relação ao corpo médico. Nesse contexto, o trabalho dos demais grupos profissionais, em relação ao trabalho do médico é sub-valorizado. Tomando o hospital como um campo de práticas em torno do saber do médico, o saber das demais categorias profissionais se torna periférico, como observamos na narrativa que segue:

[...]“A falta de voz, a falta de quererem ouvir uma pessoa que é mais experiente. Você ter anos de experiência e não valer para nada. Vem uma pessoa que se acha superior a você, como um chefe médico que não quer te ouvir. O rótulo de que sempre enfermeiro é mandado por médico nunca abandonou porque a gente vive isso profissionalmente o tempo todo.” (Amarilis, enfermeira)

O poder do médico se solidificou como um poder técnico-carismático pois os médicos detêm não somente os conhecimentos técnicos para intervir no processo da doença mas estão envoltos por um poder carismático de curar. Da prática como psicóloga em hospital federal me recordo de inúmeras situações nas quais os profissionais do serviço social e da enfermagem se queixavam de que os pacientes enumeravam críticas ao médico na sua

ausência e na sua presença pareciam estar diante de Deus e nada era dito. Uma formulação que consideramos ilustrativa desse poder carismático de cuidar.

Compreendemos que o sofrimento psíquico e o adoecimento mental dos profissionais tem relação direta com os modelo de gestão vigente e as relações de poder sobre as quais se estruturam, possibilitando pensar a licença psiquiátrica também como uma resposta a essa organização do trabalho fortemente hierarquizada.

Os hospitais federais oferecem assistência de alta complexidade aos pacientes e demandam práticas profissionais altamente qualificadas, o que implica o uso de tecnologias e procedimentos de referência. O consumo médico foi apropriado pelo sistema capitalista produzindo inúmeras desigualdades de acesso e, mesmo no serviço público, a saúde e o tratamento das doenças é um produto a ser consumido no mercado. Essa relação de consumo imprime na relação entre os diferentes grupos profissionais uma competição no mercado das técnicas assistenciais. É o que observamos entre médicos e fisioterapeutas no trabalho com respirador; entre médicos e fonoaudiólogos nos procedimentos de audiometria; entre médicos e enfermeiros com os procedimentos de parto; entre médicos e psicólogos sobre as psicoterapias; entre outros onde, além da cooperação técnica, vê-se muito da hierarquia do trabalho hospitalar.

Este conjunto de exigências incita modos de relações entre e intra equipes pautadas em uma competição muito grande. No entanto, devemos destacar que, participar destas equipes é considerado no hospital como compor núcleos de saber e de práticas diferenciadas, utilizando procedimentos inovadores e contribuindo para o desenvolvimento de especializações na ciência médica. O que expressam as narrativas que seguem:

[...]“Aqui é um hospital especializado, então ficam acirradas as vaidades, a hierarquia entre as categorias profissionais.” (Iris, assistente social)

[...] “A enfermagem aqui, pra ela ter voz ela tem que ser uma super-enfermeira. Tem que ser a enfermeira bambambam, uma gerente de enfermagem, tem que ser alguém assim hiper... Uma enfermeira normal, poucas pessoas ouvem.” (Camélia, enfermeira)

Consideramos que trabalhar nos hospitais federais brasileiros é para o profissional de saúde um importante espaço de desenvolvimento profissional, tendo em vista que são esses hospitais os que mais se destacam no Sistema Único de Saúde. No entanto, a supervalorização da especialidade médica em detrimento as demais categorias profissionais nessas unidades hospitalares, acaba por favorecer uma alta competitividade. Além de exigir adaptação e

superação das dificuldades a qualquer custo, ainda que o custo seja o próprio adoecimento profissional. Podemos supor que há nesse cenário profissional um sentimento paradoxal: de gozo por participar de uma equipe de saúde de excelência e um sofrimento que este lugar produz.

O hospital surge como um espaço marcadamente hierarquizado e sob a égide do poder/saber médico. Essa forma de estruturação do processo de trabalho hospitalar caracteriza as relações entre os diferentes profissionais de saúde, definindo práticas mais ou menos autônomas e determinando o maior reconhecimento de algumas em detrimento de outras. Essa hierarquização entre as profissões é fonte de intensa insatisfação quando analisamos as narrativas dos enfermeiros licenciados. Um dos profissionais destaca as relações de poder e favorecimento que encontrou no hospital federal:

[...]“**No começo eu me senti jogada na arena dos leões lá com a nossa chefia** porque ele sempre foi extremamente injusto. Sempre foi ... Os privilégios sempre foram para a patotinha em tudo. E quando eu me deparei com aquilo, aquilo não me caiu bem, porque nunca me caiu bem é... ter que me valer de... privilégios. Eu acho que tem que ser uma coisa igualitária. Se tá ferrado, tem que estar ferrado para todo mundo e vamos nos juntar para melhorar tudo. Agora, se tá bom, vamos dividir, cara. Não vamos ficar um com o bolo e os outros com o prato vazio. E lá sempre tinha isso. Sempre tinha!” (Açucena, assistente social)

O monopólio do conhecimento médico nas práticas hospitalares, desqualifica outros conhecimentos numa estratégia de afirmação de uma hierarquia entre os profissionais. Mesmo frente a todas as mudanças em termos de tecnologia, o arranjo das práticas no hospital ainda tem a Clínica Médica como soberana. A dialética desqualificação-superqualificação da divisão capitalista do trabalho permanece no trabalho hospitalar. (HIRATA, 1989). Mas, acresce-se a essa, a divisão técnica, moral e psicológica do trabalho. (LHUILIER, 2005).

Há entre os profissionais entrevistados – enfermeiros e assistentes sociais – uma narrativa comum, algo que os aproxima e atravessa que é atividade profissional associada a uma imagem negativa, menos prestigiosa, um trabalho a margem que podemos analisar como o negativo psicossocial do qual nos fala Lhuilier. Quando postas em comparação ao trabalho de prestígio do médico – a atividade terapêutica e o poder de curar, esses profissionais se sentem como se realizando o *sale boulot* (o trabalho sujo) da assistência à saúde. Isso porque, caberia a esses profissionais criar um ambiente asséptico e estruturado para a ação do médico, um trabalho periférico a atividade nobre do médico.

O grupo da enfermagem reflete bem as duas faces do cuidado descritas por Lhuilier (2005) para definir o *sale boulot*. Os enfermeiros representariam a face nobre do cuidado e a

equipe técnica de enfermagem à face de exposição e manipulação dos corpos e suas excreções. Ainda que se reconheça a importância da experiência dos técnicos de enfermagem, o fato de lidarem com tarefas socialmente repugnantes e estarem sob gestão dos enfermeiros pode produzir uma associação desses técnicos com o seu negativo e produzir tensão entre os diferentes grupos profissionais, tratando-se, portanto, de outra forma de hierarquia a sustentar práticas no hospital.

Além da hierarquia em torno do saber-poder médico e da hierarquia das atividades prestigiosas, encontramos no hospital e em especial no grupo de enfermeiros uma outra hierarquia associada ao trabalho coletivo.

Segundo nos descreve um dos profissionais entrevistados, há na formação do enfermeiro um aspecto em destaque, que extrapola a formação técnica, que se refere a relação gerencial do enfermeiro com os demais profissionais da enfermagem com formação técnica – técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Assim, referindo-se a sua formação, descreve essa característica do trabalho coletivo da enfermagem:

[...]“tem todo um aprendizado, e que a escola não da conta, que você vai construindo ao longo dos anos e aí você vai tendo como suporte os outros profissionais. Você vai tendo como suporte toda a equipe de enfermagem, **e você tem um grande suporte nesse técnico de enfermagem, nesse profissional que traz a experiência.**” (Anis, enfermeiro)

A narrativa prossegue ilustrando essa hierarquia do trabalho coletivos que se caracteriza pela divisão entre o saber técnico e o saber da experiência e tendo esta hierarquia uma grande importância na formação e na prática do enfermeiro .

[...]“Então essa relação da equipe de enfermagem, do enfermeiro com a equipe, com o olhar no trabalho desse técnico e aproveitar a experiência desse técnico, ajuda a construir um enfermeiro. Então **você tem uma construção do enfermeiro, que se dá na relação dele com o técnico, na relação dele com o auxiliar, na relação com esse que era mais operacional**, então tem um aprendizado, um mundo da experiência que o enfermeiro vai adquirindo na relação com a própria equipe de enfermagem, muito pouco com os próprios enfermeiros.” (Anis, enfermeiro)

Essa dimensão relacional do trabalho da enfermagem é valorizada pelo entrevistado, contudo, temos ainda que analisar em que medida também podem representar conflito e ser fonte de sofrimento e adoecimento para o profissional. Isso porque, ao enfermeiro cabe a responsabilidade de gerenciar essas equipes e a rotina do cuidado no hospital. Destaca-se que esse modelo organizacional do trabalho da enfermagem, favorece que o enfermeiro graduado se distancie do objetivo de seu trabalho , que deveria priorizar a assistência, produzindo no profissional um conflito afetivo, por não se sentir plenamente satisfeito com os resultados de

suas atividades e incapaz de empreender mudanças no seu processo de trabalho. (LIMA; LOURENÇO, 2014).

Essa característica gerencialista do trabalho da enfermagem tem forte relação com as práticas hierarquizadas do hospital na medida em que é dessa relação do enfermeiro com a equipe técnica de enfermagem que se sustenta a rotina ininterrupta da assistência e cuidados aos pacientes no hospital. Esse trabalho gerencial do enfermeiros tem sido descrito como fonte de inúmeros agravos a saúde. Segundo Rocha; Felli (2004),

O processo gerencial da enfermagem, como meio para a efetivação da assistência, é realizado privativamente por enfermeiros, que participam nos órgãos decisórios institucionais, reproduzindo a política institucional de produtividade, utilizando como instrumento a hierarquia e o autoritarismo. Esses processos expõem os trabalhadores de enfermagem a cargas de trabalho, que são obstáculos para a saúde. (ROCHA; FELLI, 2004, p.453).

Entre os assistentes sociais encontramos duas narrativas que também apontaram o trabalho coletivo como fonte de tensão e conflito. Na primeira narrativa ouve-se de um cenário muito mais de competição do que de cooperação, onde se destaca certa oposição entre servidores com maior tempo de atuação no serviço público federal e servidores recém-concursados. Assim diz:

[...]“Mas, assim, não é uma equipe unida, não é uma equipe... parece que..., como é que eu vou dizer? **Compete uns com os outros, e, na verdade, isso pra mim foi outra decepção!** A gente chegou unido, porque existia um grupo que era antigo, mas, quando esse grupo antigo foi indo embora, né? porque foram se aposentando, não restou mais ninguém deste grupo antigo. Então, na verdade, todo o grupo antigo saiu, saiu porque se aposentou, faleceu Então, só ficou o grupo novo e, aí, o grupo novo, assim... continua a mesma coisa que era antes. Aí quando não tinha mais o grupo velho, o pessoal... aquilo que era unido, deixou de ser unido, começou a competir. Começou a fazer o mesmo trabalho que era de antes. Cada um com sua caixinha, fazendo aquele trabalho ali, **porque aquela ideia do coletivo foi tudo na teoria, porque na prática foi outra. Então, isso pra mim foi uma grande... foi uma grande decepção.**” (Acácia, assistente social)

Na segunda narrativa, temos uma descrição que sugere que as dificuldades do trabalho coletivo estariam relacionadas à dinâmica macro institucional e a gestão do poder na unidade hospitalar.

[...]“As pessoas individualmente elas são legais, as pessoas individualmente elas são inteligentes, são competentes, mas naquele coletivo, eu não sei se as pessoas não se entendem...(...) **Eu acho que assim, eu diria que diretamente tem a ver com a chefia, né? que é colocada ali, que é uma chefia que lava as mãos, que é uma chefia alienada, que não quer saber de nada. E o que colocou a chefia ali foi a instituição, quem mantém ele ali é a Instituição, por ação ou omissão, né?** Porque o diretor não quer aquela chefia, mas não pode mexer, entendeu? Tem umas coisas assim. Então, por ação ou omissão, a Instituição sustenta aquilo, né? A Instituição... uma Instituição maior, um político maior, um poder que a gente não

sabe de onde vem, e porque vem e a gente não entende certas coisas. E eu acho que isso acaba refletindo, sim, naquele coletivo. Acho que com toda certeza. E aí a coisa da gente não saber também muito bem o quê que acontece, porque que as coisas não acontecem, a gente vai criando bodes expiatórios pra justificar certas coisas, né? E aí eu acho que o coletivo ele meio que enlouquece, tipo, que aquele coletivo do serviço social ele é enlouquecido.” (Dália, assistente social)

Destaca-se que, nesse cenário hierarquizado de práticas, tem-se pouco avanço em termos de melhoria nos processos de trabalho, o que em parte se explica pela diminuição dos espaços coletivos de negociação, pelo estímulo a ações individualizantes e cada vez menos propostas e soluções construídas a partir da mobilização coletiva.

A licença médico-psiquiátrica surge no curso de um processo que se inicia com a insatisfação do profissional de saúde com essa organização hierarquizada das práticas, prossegue como sofrimento psíquico na medida que não se consegue criar linhas de escape a essa hierarquia das práticas hospitalares. E, por fim, é transformado em adoecimento mental, de modo que o que antes estava localizado na esfera da instituição hospitalar passa a se localizar no corpo e nos afetos do profissional de saúde.

6.1.3. Dimensão da perda do ato-poder sobre o trabalho

A terceira dimensão sócio-clínica que consideramos na análise das narrativas dos profissionais de saúde sobre o processo de sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental até ser deflagrada a licença médico-psiquiátrica, definimos como sendo a Dimensão da perda do ato-poder sobre o trabalho.

Tomamos de empréstimo o conceito de “ato poder” de Mendel (1998 e 1999), que o define como o poder **do** ato de transformação da realidade e o poder **sobre** o ato do qual dispõe o sujeito na realização de suas ações, inclusive no trabalho. Associado ao ato poder, descreve o “movimento de apropriação do ato” como sendo a transformação de uma atividade, deslocando do maquinal de modo que esteja de acordo com seus valores.

Essas duas vias de experimentação da atividade pelo sujeito trabalhador - o “ato poder” e o “movimento de apropriação do ato” tem relação direta com a vivência prazerosa no trabalho pois permite que ~~este~~ a atividade tenha sentido para o trabalhador na medida em que é possível a este transformar as normas e delas se apropriar a seu modo. Na impossibilidade de exercer esse ato-poder estamos diante de uma limitação da atuação profissional com repercussões físicas e subjetivas.

Por “ato-poder” entendemos aquilo que é potente no ato profissional tanto para executar uma atividade quanto para produzir transformações no processo no qual a atividade

se insere. Uma potência objetiva e subjetiva que quando é bloqueada por fatores internos ou externos produz frustração e penosidade. A importância do “ato-poder” profissional, já se desenha na própria escolha profissional, pois nesse momento está em jogo uma escolha do sujeito acerca da forma de sua transformação da natureza. (MARX, 1989). Essa escolha profissional é carregada de valores pessoais, familiares, sociais, culturais e, por isso, o encontro com a organização do trabalho poderá ser fonte de prazer ou des-prazer. Prazer se o trabalho estiver em acordo com esse conjunto de expectativas e valores construído pelo trabalhador em sua história pessoal. Ou desprazer, se a organização do trabalho não o reconhece.

Os profissionais de saúde entrevistados ao serem perguntados sobre sua escolha profissional não remetem a questões técnicas da profissão, ao contrário destacam um sentido do “ser profissional de saúde” que aponta para um mandato social em torno no ato de cuidar. Referem-se ao posicionamento político como um fator determinante da escolha da área de saúde como campo de atuação profissional. Assim foi observado na narrativa de uma das entrevistadas, assistente social, ao descrever seu interesse pela saúde pública:

[...] “Como primeira universidade fiz veterinária na rural e lá eu **sempre fiquei muito sensibilizada com o entorno, que é muita carência** e quando... eu fazia estágio, atendia nas casas, nas residências. **Eu me sentia constrangida, assim... de passar a medicação, de administrar a medicação para os animais e ver que as famílias não tinham nem para os filhos, as crianças em péssimas condições de saúde.** E nessa época eu já sempre me interessei por saúde pública ao social, saúde coletiva...(...) E fiz a faculdade (serviço social), acordava de madrugada pra estudar, lia no trem. E apaixonada por aquilo, era aquilo que eu queria fazer!” (Açucena, assistente social)

Ou como descreve um dos enfermeiros com longa experiência no trabalho hospitalar:

[...] “Ao mesmo tempo que **eu tenho esse combate político**, eu não abro mão de um trabalho dentro do hospital para a melhoria do hospital, então **nunca foi uma política, uma politicagem para aquele cargo, mas sempre focado no hospital e na assistência ao usuário.**” (Anis, enfermeiro)

Ao analisarmos as experiências de vida e trajetória pessoal dos entrevistados, destacamos novamente a dimensão cuidadora das práticas em saúde associada ao posicionamento político que entrelaça vida e trabalho, expressa nas narrativas que seguem sobre a escolha da profissão:

[...]“Quando eu entrei no serviço social eu já sabia o que era, como era, já... assim, eu gostei muito, foi uma trajetória política minha. Uma realização profissional com o afetivo no meio. (...) Eu consegui ver naquela profissão a possibilidade de **materializar toda aquela, aquele somatório profissional, político, ético, pessoal que eu tinha.**” (Açucena, assistente social)

[...]“**Eu ficava sempre muito preocupada com as diferenças do mundo, sempre, desde criança esse foi um perfil meu.** Assim, mais voltada pra essas questões mesmo das desigualdades e tal, mas assim, eu achei que tinha muito esse contato, a influência mesmo da... de alguns familiares que trabalhavam na assistência social e aí eu... Enfim, acho que teve um pouco a influência religiosa e também dessa experiência minha é... desse contato com algumas experiências na assistência na época era... assistência social da LBA.”(Íris, assistente social)

Além do aspecto político, encontramos na forma como os entrevistados descrevem sua escolha profissional no campo da saúde – enfermagem e serviço social, um posicionamento ético em torno da ideia de cuidar que antecede ao domínio da técnica. Trata-se do que Merhy (1998; 2003) descreve como a “dimensão cuidadora do trabalho em saúde”.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 1998).

A identificação com essa dimensão cuidadora do trabalho em saúde foi observada nas narrativas dos profissionais entrevistados, conforme segue:

[...]“E aí fui me interessando cada vez mais pela enfermagem, assim realmente vi que era aquilo que eu queria... **que era cuidar do paciente dessa, da forma é...** de uma forma totalmente diferenciada que do médico, que não é tratar o paciente, e sim cuidar, totalmente diferenciado, que é pra mim... essa foi a minha visão, minha escolha pela enfermagem, foi o cuidado, né? **o que me interessou, que me motivou, foi o cuidado.**” (Lírio, enfermeira)

[...]“Tem uma questão de **gostar de cuidar** e de sentir necessidade de ser o responsável principal pelo cuidado.” (Amarilis, enfermeira)

[...]“Desde pequenininha eu tinha o **sonho de cuidar**. Os bonecos e tudo mais... Então.. **eu queria um jeito de cuidar pra que eles melhorassem.**” (Rosa, enfermeira)

[...]“O meu interesse pelo outro, assim, de **gostar de ajudar**”. (Camélia, enfermeira)

Para outra entrevistada a dimensão cuidadora do trabalho em saúde traz consigo ainda o sentido de “missão” do qual nos fala Rios (2005), que podemos supor que move os profissionais a enfrentarem e superarem as dificuldades e a perda do “ato-poder” sobre o trabalho como parte da atuação messiânica esperada deles. Cuidar do outro é de tal forma vivenciado que o cuidado de si passa a ser negligenciado. Ainda que a organização do

trabalho lhes prive das condições mínimas para o exercício do cuidado, não cumprir tal missão é sentida como uma falha pessoal. O que prevalece é o mandado profissional de cuidar a qualquer custo, um ato de doação, como observado em uma das narrativas:

[...]“As pessoas são... tem um perfil muito de doação. Eu quero cuidar, eu quero doar, tem esse perfil também que eu tenho que diz, "ai eu aguento, eu que tô aqui pra cuidar" sabe eu que sou o... o forte que tem que cuidar dos frágeis, entendeu? Assim, **eu acho que reúne muito essas pessoas com esse perfil muito...** né? Eu vejo isso na enfermagem, isso é muito forte, entendeu? Assim, esse perfil e... que eu compartilho.” (Íris, assistente social)

Na análise da dimensão de perda do “ato-poder” sobre o trabalho consideramos que, ainda que os profissionais sejam concursados para atender as necessidades do hospital, há de se considerar o perfil e o histórico profissional anterior desses profissionais em sua lotação, pois trazem em sua trajetória de formação e atuação, a identificação com determinadas áreas do campo da saúde. Se tomarmos por premissa que o trabalho em saúde é um trabalho relacional, podemos supor que não é suficiente o domínio da técnica para um profissional ser lotado em um determinado setor. É preciso se incluir nesse processo de lotação uma análise que considere também sua identificação com as diferentes clínicas e linhas de cuidado, sob risco de inviabilizar sua adaptação e satisfação no trabalho.

Cuidar de um recém-nato prematuro, não é o mesmo que cuidar de crianças, que não é o mesmo que cuidar de adultos, que não é o mesmo que cuidar de adultos terminais, que não é o mesmo que cuidar de idosos e, assim, os campos de cuidado se multiplicam e os perfis de profissionais de saúde de igual modo. É preciso reconhecer isso no momento em que se discute a lotação de profissionais nos diversos serviços de saúde.

Essa escolha não foi possível para os profissionais entrevistados pela pesquisa ao serem perguntados sobre a escolha do campo de atuação:

[...]“**(a escolha) é muito estreita, com muita briga.** No meu caso não tinha ninguém que queria a pediatria. Então eu fui e o pessoal soltou fogo.” (Açucena, assistente social)

[...]“Não, em nenhum dos dois me deram a opção de escolha. A preparação, **a distância entre a escola e a vida profissional é um abismo.** Então, tem todo um aprendizado que acontece na própria experiência enquanto profissional.” (Anis, enfermeiro)

[...]“Não, **não escolhi!** (...) A única coisa que eu falei foi que emergência eu não iria mesmo! Assim, porque eu não tinha a menor condição de trabalhar na emergência. Na verdade, assim, como todo mundo chegou assim, quem queria emergência foi para emergência, eu fui para urologia porque tinha uma colega que ela estava na urologia e ela não gostava da urologia. Então, assim, ela tava meio esperando alguém chegar.” (Acácia, assistente social)

[...]“Não, não permitiram. Eu tentei escolher porque eu fiz justamente um ano da residência aqui, então dentro da minha área de especialização da residência eu tinha a oportunidade, ou pelo menos, o desejo, de epidemio, gerência de riscos, saúde do trabalhador e CCIH, embora, assim, as minhas maiores identificações é com a epidemio e gerência de riscos. E aí, eu pedi, lógico, mas você ganha um não sonoro porque o seu concurso não é pra sanitaria, seu concurso é pra enfermeira. Então, você vai ficar onde eles querem que você fique.” (Amarilis, enfermeira)

[...]“Como eu era... como eu sou... sempre fui da pediatria, eu escolhi o setor de pediatria, a clínica pediátrica e fui lotada lá. Desde então, eu permaneço lá até hoje. [...] Isso é porque eu fui a primeira ser chamada, quando restam poucas vagas... você vai ficar neste setor aqui e pronto. **Eu tive esse benefício de poder escolher o lugar que eu ia ficar.** Tinham vários setores, como eu não conhecia o hospital, poxa, hospital grande e de grande porte. Vou escolher um campo que eu conheço, eu vou para a pediatria.” (Camélia, enfermeira)

[...]“**Foi definida pela chefia.** E eu assumi!” (iris, assistente social)

[...]“Na verdade eu até escolhi o ambulatório, primeiro de tudo, mas como ela falou que precisava de gente na radiologia e... e assim eu falei “Há, não, tranquilo eu vou pra radiologia sem problemas. Ai eu recebi um convite pra trabalhar aqui no ambulatório e eu topei “agora vou pro ambulatório que é uma coisa que eu tenho mais intimidade, que eu gosto e tudo e...”. E foi isso mesmo, gostei muito de trabalhar no ambulatório, fiquei trabalhando, pra caramba. E ai... isso.” (Lírio, enfermeira)

Podemos supor que essa perda do “ato-poder” também no momento da escolha de sua inserção e atividade tenha alguma influência no processo de sofrimento vivenciado por esses profissionais ao longo de seu percurso profissional.

Em todas as entrevistas realizadas encontramos nas narrativas dos profissionais a queixa quanto a sobrecarga de trabalho. Essa questão é intensamente discutida entre os profissionais, sindicatos e no campo da saúde do trabalhador. A sobrecarga vem ganhando formas distintas em diferentes momentos nos quais a reestruturação produtiva modificou as relações entre capital-trabalho-trabalhador. O setor de serviços de saúde também tem se estruturado dentro de uma lógica capitalista e gerencialista de produção e ainda que o seu produto não seja palpável, o cuidado ganhou contornos de um produto comercializado tanto pelos serviços privados quanto pelos serviços públicos.(MEIRELLES, 2006).

A reestruturação produtiva trouxe grandes mudanças para os serviços de saúde, públicos e privados, que passaram a adotar novas tecnologias e modelos de organização do trabalho compatíveis com as mudanças em curso, pautando-se em normas, procedimentos padronizado e padrões de qualidade oriundas dos manuais de *Acreditação Hospitalar*. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002) e pela lógica da gestão por qualidade. Por consequência, transformou os ambientes de trabalho hospitalar em locais de muita competitividade, com exigências nem sempre acompanhadas de melhoria do processo de

trabalho para o trabalhador.

Entre os enfermeiros, a sobrecarga de trabalho é descrita principalmente em relação às demandas do cuidado, a falta de condições para a realização da atividade, ao número reduzido de profissionais frente ao número de pacientes atendidos, passíveis de comprometer tanto a dimensão relacional do cuidado quanto a saúde mental do profissional, como expressam as narrativas que seguem:

[...]“Aquele papo de que enfermeiro tem que fazer isso isso e técnico as outras funções na prática não funciona, **porque todo mundo tem que fazer tudo ou quase tudo**. Mas, é complicado porque é uma sobrecarga de trabalho grande. São dois corredores, um na época tinha vinte e um leitos e o outro lado tendo doze leitos podendo ter criança no corredor que chegava a quinze. Tinha épocas de caos que você ficava enlouquecido. Então, não era fácil, né?” (Amarílis, enfermeira)

[...]“**As condições de trabalho são problemáticas**, às vezes a gente não tinha termômetro pra trabalhar. (o trabalho) ele era físico e emocionalmente muito estafante, era de levar você até as últimas das suas forças”. (Íris, enfermeira)

[...]“Desde quando eu entrei sempre foi muito complexo esse serviço, não tinha... é... sempre **poucos profissionais para trabalhar, uma demanda muito grande em cima da enfermagem, poucos técnicos para trabalhar**. Então, o que acontece é que os enfermeiros acabam tendo que fazer o serviço dele e do técnico, tem residentes e isso complica um pouco o serviço porque toda hora eles vêm querendo modificar coisas, ou então te pedir coisas, estão você não tem aquele momento que... “vou sentar 10 minutinhos”. Isso é raro, lá.” (Camélia, enfermeira)

[...]“Eu não tinha rotina de assistência de paciente ortopédico, eu não tinha, então tive que aprender muita coisa, tive que... lidar com essa dificuldade que o enfermeiro aqui faz... só o enfermeiro faz o curativo, o enfermeiro faz prescrição de enfermagem, o enfermeiro é o gerente do setor então é...ele resolve todos os problemas do setor. Então pra mim, pra mim na época é... foi uma sobrecarga, caiu como...“caramba” uma bomba, eu não dava conta daquilo. Mas eu sempre, como eu disse, sempre... eu nunca gostei de fazer as coisas no mais ou menos. Então eu **quando não tinha mais (suspiro) fôlego eu puxava o último fôlego, e ia até eu não conseguia**, por que pra mim eu tinha que dar o melhor de mim, assim, eu não podia deixar de não fazer alguma coisa (choro), tipo assim, eu não podia deixar de fazer.” (Lírio, enfermeira)

Os assistentes sociais ao descreverem a sobrecarga de trabalho sinalizam aspectos relacionados à organização do trabalho do serviço social no hospital e criticam o tipo de demanda endereçada ao assistente social:

[...]“Enquanto todos os profissionais tinham o direito de trabalhar com agendamento, nós éramos os profissionais que eram obrigados, inclusive pelos outros profissionais, a atender a qualquer coisa, a qualquer hora, e que da nossa chefia, dentro do hospital, não havia qualquer tipo de esclarecimento quanto a incoerência disso. Então, a gente tava exausta. **Eu não conseguia processar, elaborar um atendimento, eu não conseguia sentar pra fazer um relatório, um registro daquilo**.” (Açucena, assistente social)

Além de também apontarem, como os enfermeiros o fazem, para o número de profissionais reduzido frente ao número de atendimentos realizados.

[...]“Um grupo começou a ficar muito sobrecarregado, que é o **grupo que pegava toda a rebordosa, atender os casos mais difíceis nas enfermarias que não tinha assistente social de referência**. Então se for ver, e só pegar o livro e ver de quem são os relatos, quem são as pessoas dos atendimentos mais complicados. Então, assim, as enfermarias que não tem assistente social, é no plantão!” (Açucena, assistente social)

[...]“A gente tinha que **assumir muitos setores**, eu assumi, eu era assistente social de todas as unidades fechadas.” (Íris, assistente social)

As condições precárias de trabalho, o número reduzido de profissionais para dar conta da atividade assistencial se fará refletir na dificuldade do sujeito executar uma atividade e produzir transformações no processo no qual a atividade se insere e isso também consideramos ser a dimensão da perda do “ato-poder” sobre a atividade realizada e fonte de sofrimento e adoecimento.

Ainda sobre esse aspecto, destacamos o fato de muitos profissionais entrevistados pela pesquisa terem sua trajetória de atuação profissional em serviços de pediatria de hospital. Mesmo os entrevistados sendo de instituições hospitalares federais distintas, alguns aspectos da organização do trabalho em pediatria, também relacionados a uma perda do “ato-poder” sobre o trabalho, foram de igual modo destacados como fonte de sofrimento e adoecimento.

[...]“Na pediatria uma coisa que mais me sensibilizava, me trazia sofrimento eram aquelas mães maluquinhas, com algum sofrimento mental, dependência química ou transtorno mental, com a impossibilidade de cuidar de seus filhos e perder seus filhos tendo vínculo afetivo. Aquilo pra mim era horrível... horrível... cada vez... eu choro (choro)... **cada vez que eu tinha que fazer um relatório sabendo que aquela criança ia ser abrigada, aquilo pra mim era uma violência, sabe? Mas, por outro lado, como profissional eu não podia tb dar alta social e aquela criança voltar para aquele risco de vida. Então, aquilo pra mim era uma das situações humanas mais sem resposta (choro)**. Pra mim doente é a sociedade que deixa chegar a família num grau de depreção desse. Isso acaba comigo até hoje, sabe? Isso é difícil. (choro).” (Açucena, assistente social)

O trabalho em pediatria nos hospitais federais se caracteriza por seu perfil alta complexidade. Assim, as enfermarias são ocupadas por crianças muito graves e crônicas, crianças oncológicas e com patologias raras, diferindo da pediatria das enfermarias de outros hospitais. O que expressa os relatos da enfermagem que seguem:

[...]“O que aconteceu lá é uma sobrecarga emocional surreal. Tem muita criança oncológica, tem muita criança crônica, anemia falciforme, da reumato. Então, **são crianças que vão e voltam, vão e voltam o tempo todo. A gente não tem como**

não criar vínculo emocional. (...)É assim... a sobrecarga emocional que a pediatria tem é difícil, porque, assim, às vezes você tem que esperar a criança morrer no leito. É muito triste. Você sabe que a criança vai morrer, a família é autorizada a ficar lá e não tem jeito, eu ia pra rampa chorar quando a criança ia morrer. Lá dentro eu era profissional, não que eu fizesse questão lá dentro eu não posso chorar aqui não, se eu tivesse que chorar com a mãe abraçada fazia isso sem vergonha nenhuma. [...] eu não diferencio pediatria de adulto, se você está internado você tem que tratar da mesma forma, mas era um setor que tinha umas peculiaridades porque tinha criança fazendo quimioterapia, tinha criança fazendo morfina 24 horas por dia, então você tinha que ficar fazendo balanço hídrico o tempo todo que é controlar o quanto eles bebem de líquido durante aquele período que você está lá. Então, assim, **era muito cheio de detalhe pro número de crianças que tinha pra o número de profissionais, que nunca foi o correto.** Então você ficava sobrecarregada porque você tem que fazer bem feito, e isso estressava muito.” (Amarílis, enfermeira)

[...] “Lá você trabalha síndromes raríssimas que eu nunca vi na vida, só vi em livro. Ver criança morrendo, tratando 2, 3 anos e ver aquela criança de repente morrer. Então, **isso me... acaba comigo, esse negócio...** eu estava acostumada a ver crianças morrendo sim, só que na emergência, criança chegou com bronquite, evolui com uma insuficiência respiratória importante e morreu. Não vou dizer que isso não chocasse, me chocava.... eu admiro aquela pessoa que não se apega, entendeu? Eu não consigo, eu soffro.” (Camélia, enfermeira)

Ou ainda a dimensão da perda do “ato-poder” está expresso no dilema profissional de uma das profissionais, assistente social, sobre o trabalho na pediatria que aponta para uma organização do processo de trabalho que exige do profissional dar conta de situações que ainda não foram enfrentadas e resolvidas social e politicamente.

[...] “O sofrimento que eu tinha, que me causava, era a postura muito da moralista da equipe profissional como um todo com a responsabilização da família pelo adoecimento da criança [...] **Essa falta de solidariedade com a realidade social da criança, isso eu acho que precisava muito trabalhado.** [...] E outro sofrimento que eu tinha era que quando chegava na Vara, eles não faziam nada em prol da família, fazia somente em prol da criança. A família não contava, então, assim, o maior sofrimento que eu tinha ali na assistência da pediatria...” (Açucena, assistente social)

O sentimento de passividade frente às dificuldades e desafios enfrentados no cotidiano hospitalar instaura um processo de sofrimento psíquico. Não poder fazer o que se sabe que é preciso ser feito tem repercussões na limitação da atividade, mas também da subjetividade desse profissional. Por isso, os profissionais criam estratégias para lidar com essas limitações e muito do que é possível ser feito decorre desses arranjos criativos que tornam a atividade possível. Há de se considerar, contudo, que esses arranjos nem sempre são suficientes para todos os profissionais. Para alguns profissionais a perda do “ato-poder” sobre a atividade, as limitações objetivas de atuação e subjetivas estarão na origem dos processos de sofrimento psíquico e adoecimento mental, tornando o trabalho impossível e a licença psiquiátrica uma alternativa de enfrentamento pelo NÃO-enfrentamento temporário ou

mesmo definitivo. A perda do “ato-poder” faz emergir uma subjetividade adoecida no lugar da subjetividade trabalhadora.

6.1.4 Dimensão do sofrimento ético-político

Em nossa análise, consideramos que quarta dimensão sócio-clínica da licença psiquiátrica em profissionais de saúde se refere ao momento no qual a fragilidade psicossocial produzida no contexto das relações hierarquizadas no hospital e frente à perda do “ato-poder” no trabalho deflagra uma ruptura com o sentido do prazer no trabalho e este é transformado em vivência de sofrimento. Trata-se do que denominamos de Dimensão do sofrimento ético-político.

A análise da narrativa nos mostra que há uma vivência inicial de insatisfação frente à atividade de trabalho que progressivamente se transforma em sofrimento psíquico pela impossibilidade de transformar a organização do trabalho. E, por fim, uma vivência de adoecimento mental quando esse processo anterior se transforma num inadaptação DO trabalhador e se localiza no corpo. Há uma passagem do trabalhador insatisfeito para o trabalhador doente. Esse processo é pensado em sua complexidade e esta especialmente articulado ao posicionamento ético-político desses profissionais. Como exposto na narrativa que segue:

[...]“O que me adoeceu não foi trabalhar com as crianças carentes dos determinantes sociais da saúde. Não foi isso! Isso foi para o que eu me preparei. E, assim, aquilo nunca me amedrontou, ao contrário... o que me adoecia era o modelo de saúde e as relações.” (Açucena, assistente social)

Tal posicionamento ético-político se expressa na forma como os profissionais avaliam a falta de resolutividade do sistema de saúde pública, bem como o modelo de assistência a saúde que não dá conta de produzir mudanças consistentes na condição de vulnerabilidade das pessoas.

[...]“**Olha, o sofrimento era pela não resolutividade.** A não resolutividade, a falta de rede, tanto interesetorial quanto dentro da própria saúde, dentro da própria saúde é difícil.[...] Recurso para sair da situação crítica não tinha. **O que tem que se fortalecer é a assistência e os recursos da rede pública. O sofrimento era esse.**” (Açucena, assistente social)

[...]“É... olha, **o sofrimento estava em saber, constatar que aquele modelo de ... de saúde... modelo institucional, modelo de instituição... como um todo, tanto hospital quanto rede, não dava conta de mudar aquele ciclo de adoecimento da criança.** Esse é o meu sofrimento maior.” (Açucena, assistente social)

Observamos na análise das narrativas que há um engajamento não somente técnico do profissional com sua atividade, mas principalmente ético-político. Por isso, a impotência vivenciada pelos profissionais ao não realizarem o trabalho desejado instala outro modo de sofrimento, que não se confunde com o sofrimento psíquico tão somente, mas o coloca atrelado a um posicionamento ético-político. Há uma mensagem dúbia da organização para o profissional fazer bem o que tem que fazer ainda que impedido de fazê-lo. (CHANLAT, 1996). O que observamos nas narrativas que seguem dos profissionais entrevistados:

[...]“Eu comecei a questionar, na verdade, o próprio trabalho, sabe? **O próprio sistema de estar sem respostas, muitas vezes, pra oferecer praquelas famílias e de você acabar sendo um... mais um instrumento dessa máquina burocrática.** E aí eu comecei a questionar muito assim... nesse final se... caramba, de não querer mais trabalhar ali também, porque você... Eu adorava, mas você, objetivamente, você é sem resposta para oferecer às famílias. [...]Eu não quero tá nesse lugar que... **eu não tenho resposta pra dar.. e ainda não tem resposta pra dar... e ainda tem que ser responsável se uma criança morrer, sabe?”** [...] Eu adorava, assim, eu adorava aquele trabalho, mas quando você se vê muito sem resposta pra dar, você acaba pensando... O quê que eu tô fazendo aqui? Já que você não tem resposta, o trabalho que eu tenho que fazer é um trabalho que eu não concordo, é um outro trabalho. E aí o trabalho começou a virar um outro trabalho, não era mais aquele que eu vinha fazendo, entendeu?” (Dália, assistente social).

São profissionais que trazem em suas narrativas de insatisfação um discurso engajado politicamente e um histórico de luta em prol do serviço público de qualidade. A impossibilidade de alcançar um trabalho que contribua para mudanças políticas, mas, ao contrário, que acentue a impossibilidade é o que podemos denominar a dimensão política do sofrimento. Essa perspectiva de atuação profissional, no entanto, tornava a prática profissional mais que execução de tarefas e procedimentos, caracterizando uma dimensão política impedida do cuidado/assistência em saúde. Para os profissionais entrevistados parece não haver a possibilidade de adequar-se ao modo de organização do processo de trabalho hospitalar com todas as suas injunções políticas, técnicas, sociais, nem tampouco modificá-las.

A insatisfação aparecia atrelada a uma crítica ao modelo de gestão do hospital. E a ausência de um coletivo que permita o enfrentamento do processo de trabalho hospitalar é considerado como uma importante fonte de sofrimento e adoecimento para o profissional. Na falta do suporte do coletivo, o profissional busca soluções cada vez mais individualizadas e solitárias, como expressa um dos entrevistados:

[...]“A minha insatisfação começou a... **a gente precisava do apoio institucional que não tinha e mais a crise do serviço social.** Porque lá tem uma crise, né? na

equipe do serviço social. Então, assim, brigas, desentendimento, eu, na verdade, nunca cheguei a brigar com ninguém não, mas aquele ambiente de briga de... de cada um querer o seu pedaço e não ter aquilo... para mim foi me fazendo muito mal. Porque, na verdade, **o grupo foi se dividindo em grupos cada vez menores, que eu chamo meio de... ilha de refúgio, que era assim... as colegas que a gente tinha mais aproximação, então, meio que uma ajudava a outra, uma se ancorava na outra porque o clima ficou muito pesado ali.(...)** Então, assim, começou o ambiente, para mim, começou a ficar muito sofrido. Eu não tinha o menor prazer para ir para lá.” (Acácia, assistente social)

[...]“Eu acho que pra mim, o fator que mais me... acabou me afetando mais foi as relações de trabalho e assim, eu acho que teve... **um tipo de assédio sutil**, assim, dentro da sala, entendeu? Porque eram duas assistentes sociais na mesma sala, aí elas chegavam, se conversavam, se beijavam, não falavam comigo, isso diariamente! E aí, eu já não conseguia me senti mais a vontade na sala, não usava sala, aí não tinha sala pra atender... entendeu?” (Íris, assistente social)

A insatisfação tem um sentido deflagrador do sofrimento. Se consideramos que toda atividade implica em um esforço por parte do trabalhador para se adequar as características prescritas por uma atividade, a atividade real, que de fato é possível ao profissional realizar, dependerá de arranjos criativos, que nem sempre são possíveis. Diante de tal impossibilidade de adequação do trabalho as características psicofisiológicas do trabalhador é que entendemos dar origem aos processos de insatisfação, sofrimento e adoecimento no trabalho.

Consideramos que, analisar o processo de adoecimento no trabalho é pensar a relação de cada trabalhador com cada atividade em particular, pois se trata de um arranjo que envolve o intrincamento da história pessoal e profissional com a dinâmica própria de cada atividade e da dinâmica institucional. Ainda que seja fundamental pensar os riscos objetivos e subjetivos inerentes a cada tarefa – o que a medicina do trabalho e saúde ocupacional tem feito - o sofrimento no trabalho coloca em cena o sentido do trabalho para cada trabalhador. E será do sentido subjetivo que o trabalho adquire que podemos extrair o prazer e o sofrimento no trabalho.

Toda a atividade é dirigida a uma ofício. (CLOT, 2006). Há em todo ofício uma consciência partilhada que une aqueles que praticam uma atividade e o sentido da práxis, sejam os trabalhadores da mesma geração ou não. Trata-se de um coletivo transpessoal como afirma Clot (2006) que é formado por material simbólico e que convida os trabalhadores a colocarem de si, negociarem e transformarem as normas, os enquadramentos e as regras. E assim, reconhecerem-se em algo que fora de si, no ofício. Em se tratando dos profissionais de saúde, enfermeiros e assistentes sociais, reconhecerem-se no ofício de cuidar.

Na impossibilidade de se produzir um cuidado a contento, a impotência na atividade surge como uma vivência cerceadora da atividade do trabalhador, que se expressa através de

um impedimento, de um não poder realizar, uma atividade inconclusa/impedida. (CLOT, 2006)

[...]“O que me adoce é isso também, ver o que outros não veem, ter uma sensibilidade para além do que se exige para você ser um profissional técnico. Eu sou uma profissional política! Não politiqueira, mas política com P maiúscula. Isso também faz a gente sofrer. **Querer o bem público, o bem coletivo e não conseguir.**” (Açucena, assistente social)

É mais que não ter trabalho, é não poder exercer o trabalho que se sabe que deve ser feito. Se considerarmos que o serviço de saúde lida com vida, corpo e morte, a atividade impedida pode ganhar contornos dramáticos, de culpa e responsabilização do trabalhador pelo ônus da atividade não realizada, transformando-se em fonte de sofrimento e adoecimento, como expressa as narrativas a seguir:

[...]“Eu gosto muito do que eu faço, sabe? Eu gosto muito, muito, muito, muito, sabe? É... faz parte da minha identidade, a minha vida profissional, entendeu? Eu me realizo com o meu trabalho, entendeu? Então... **é... não poder fazer o meu trabalho é muito sofrido pra mim, entendeu? Sendo não poder fazendo porque eu to licenciada, sendo porque institucionalmente me impedem de fazer... é sofrido!** Seja qual for o motivo, entendeu?” (Íris, assistente social)

[...]“Acho que (a licença) foi uma consequência de **não poder agir sobre a minha atividade.** Eu acho.” (Dália, assistente social)

[...]“Quando eu voltei a trabalhar depois da licença maternidade e que, eu achei que eu ia voltar pra um setor, que era um setor que eu já tinha feito um vínculo, quando sai do ambulatório... parecia que eu tava saindo do meu mundinho, **daquele lugar que eu tinha construído que eu me sentia eu, eu me sentia parte daquilo** [...] Então ficava muito triste, durante os meus últimos plantões (antes da licença), eu várias vezes parava pra ficar chorando, no refeitório, na copinha que a gente tinha lá... pra conversar eu tentava conversar com outros, com outros colegas e, enfim, tentar... é... tirar o foco né? Tirar o foco, aquela coisa triste, tentava. [...]. E ai... até o momento, que eu falei assim “Ai, eu não tô aguentando mais assim, eu não tô... não dou mais conta disso!” **Eu puxava o último fôlego que eu tinha** mas no final eu já em casa, antes de vir trabalhar, antes de vim pra cá, eu me arrumava, tomava banho até pra vim, e ficava de toalha sentada na sala, no meu quarto, assim, pensando “vou não vou, vou não vou!” E ficava naquela, ai, as vezes vinha, as vezes não vinha, e... não tava nem ai, de levar falta, não tava nem ai, deixava a falta, deixava tomar falta mesmo, que se dane! Assim, **pra mim não tava mais fazendo a diferença. Pra mim nada tava fazendo mais diferença.**” (Lírio, enfermeira)

Nesse sentido, concordamos com o que Clot (2001) propõe para compreendermos a atividade impedida e seus desdobramentos em temas de sofrimento:

A fadiga, o desgaste violento, o estresse se compreende tanto por aquilo que os trabalhadores não podem fazer, quanto por aquilo que eles fazem. As atividades suspensas, contrariadas ou impedidas, e mesmo as contra-atividades, devem ser admitidas na análise assim como as atividades improvisadas ou antecipadas. A atividade removida, oculta ou paralisada não está ausente da vida do trabalho. A

inatividade imposta – ou aquela que o trabalhador se impõe – pesa com todo o seu peso na atividade concreta.”(CLOT, 2001, p.6).

A atividade impedida impossibilita ao trabalhador exercer suas capacidades técnicas, e também a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, tornando-se conseqüentemente fonte de frustração e insatisfação. Esse impedimento da atividade se dá também pela disputa de projetos políticos diferentes de cuidado que se expressam nas relações de poder no hospital – aquilo que um profissional quer fazer de um jeito e o outro profissional ou gestão quer fazer de outro e que deflagra uma busca de autoridade de um projeto de cuidado sobre outro.

[...] “Não era só o estresse, era a questão do descaso com a saúde, porque a gente do hospital está sendo atingido. (...) aquela criança vai fazer o cateterismo, ai volta totalmente sedada e fica na nossa mão. Na verdade, a gente trabalha numa unidade que é semi-intensiva mas que tratam a gente como uma enfermaria. **A gente não tem todos os equipamentos.** Por exemplo, lá tem esses brigas... porque as vezes, se tiver que ter quatro procedimentos e as crianças tiverem que ser anestesiada, não tem 4 monitores pra cada crianças. Então nunca tem todos os equipamentos, tem que correr atrás de equipamentos. E a gente sabe que tem dinheiro pra isso, que tem muita verba pra ter um setor muito melhor do que a gente tem. Ai a gente ouviu historia: Ah, hoje é dia de fulano de tal operar, que opera mal pra caramba e assim, a gente vai lá na porta do centro cirúrgico entregar a criança junto com a família, ai você sabe que só Deus para proteger! Porque o cara passou no concurso, tá lá fazendo uma cirurgia, mas não faz bem. **Então, a gente acaba vendo muita coisa que eu não vou conseguir consertar. Acho que foi onde eu adoeci.**” (Azaléia, enfermagem)

Os processos de adoecimento, pelo menos uma parte significativa deles, resulta da dificuldade de se executar a perspectiva de cuidado que se defende. Isso é uma frustração para o profissional e um elemento importante para a compreensão do sofrimento. Esta seria a dimensão ética do sofrimento, que esta atrelada a perspectiva política do mesmo. Em parte porque representa o elemento da disputa do projeto de cuidado e em parte pela própria dificuldade do profissional de ampliar a reflexão sobre o cuidado que se deseja em espaços coletivos de reflexão e discussão do trabalho. Na ausência deste último, os projetos diferentes de cuidados vão aparecer como atos autoritários.

A autonomia ou a falta dela é sentida como um fator de grande relevância na discussão acerca do prazer e do sofrimento no trabalho. Inúmeras pesquisas apontam a importância de que os processos de trabalho garantam ao trabalhador a autonomia necessária para que este faça as modificações em sua atividade, tornando-a realizável do ponto de vista objetivo e subjetivo, visto que, a atividade prescrita é estruturada, na grande maioria das vezes, sem o saber do trabalhador.

[...]“Lá no hospital eu **tinha muito mais condições e autonomia de levar a termo um atendimento social**, inclusive de reter criança no leito quando necessário. Tanto por condições jurídicas quanto por condições de infraestrutura. Se eu não conseguisse infraestrutura, a gente tinha autonomia. [...] Meu chefe não me ajuda, mas também não me atrapalha. E isso para quem tem um temperamento como o meu, autônomo, de quem se gere, de quem sabe o que tem que ser feito e que estuda pra isso, que se capacita pra isso, isso é muito bom! **Porque a pior coisa é você trabalhar num setor que você é engessada profissionalmente**. Isso é muito bom para quem gosta de cumprir ordem. Eu não! Eu não gosto de cumprir ordem. Eu gosto de, de, de... fazer o que tem que ser feito e pronto e não dever nada a ninguém.” (Açucena, assistente social)

Nos serviços hospitalares de saúde, considerando a sua dinâmica relacional, a possibilidade de práticas autônomas é considerada vital, pois permite que o trabalhador possa usar suas habilidades e potenciais na atividade de cuidado do outro. Conforme fica expresso nas narrativas que seguem,

[...]“A gente teve uma época lá de residentes muito bons da medicina e que reconheciam as enfermeiras que eram boas ou não. **Então, assim, a gente tinha uma relativa autonomia. Porque confiavam no que a gente fazia**, mas, quando mudavam os residentes você não podia fazer a mesma coisa.” (Amaílís, enfermeira)

[...]“**Você não tem voz, você não tem autonomia, tanto é que eu brigava muito lá, discutia com quem eu tivesse que discutir**. Se eu tivesse que discutir com o diretor do hospital porque que eu achava errado, eu ia, eu não estava nem aí.” (Camélia, enfermeira)

Consideramos que um certo grau de cerceamento da autonomia está presente em toda atividade, há sempre protocolos, prescrições – o trabalho prescrito. O problema não é prioritariamente a prescrição, o cerceamento da autonomia mas a impossibilidade de se por em debate os diferentes projetos de cuidado que podem dar sentido a atividade, ao contrário de produzir frustração e adoecimento.

As narrativas dos profissionais sugerem que a frustração, na ausência dos espaços de discussão, emergem na condição da doença e se fazem visíveis para as pessoas entrevistadas através do adoecimento. Adoecer é trabalhar algumas questões que não tem espaço fora desse enquadre. O adoecimento passa a ser uma linha de fuga, para alguns profissionais, na falta de espaços de problematização da frustração produzida nas disputas entre projetos de cuidado distintos.

Os mecanismos de defesa individuais e coletivos, como descreve Dejours (1992), que permitem ao trabalhador atrelar-se ao universo da dor e do sofrimento do processo de trabalho hospitalar mantendo sua saúde mental, podem ser compreendidos pelo sentido relacional que o curar, tratar, assistir, reabilitar, ganham no contexto do trabalho em saúde. Estar impedido de exercer seu ofício poderá ser fonte de desinvestimento e conseqüente adoecimento, como

nos aponta Dejours (1992) e, em sequencia, um dos entrevistados:

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora. (DEJOURS, 1992)

[...]“Dentro do serviço público eu sinto que tem, muitas vezes, essa coisa que te puxa pra uma mesmice, te puxa pra uma mediocridade, sabe? E se durante muito tempo eu quis lutar contra isso, **eu não tenho mais vontade de lutar**. Eu não tenho mais a vontade de me esconder, mas eu não tenho mais a vontade de tá na frente da batalha, sabe?” (Dália, assistente social)

O reconhecimento foi mencionado nas entrevistas como outro aspecto relevante dado o caráter relacional dos serviços de saúde. O trabalho em saúde é um trabalho que envolve o reconhecimento do valor do trabalho pelo próprio trabalhador, pelo paciente assistido, pelos familiares dos pacientes, pelos pares, pelas outras categorias profissionais, pelas chefias e pela gestão do hospital.

Dejours (2012) trata dessa questão sob duas vertentes que aparecem nas narrativas dos profissionais sobre suas demandas de reconhecimento. O “reconhecimento de utilidade” e o “reconhecimento de beleza”, o primeiro trata do valor do trabalho dado pelos superiores hierárquicos e o segundo pelo valor e reconhecimento dado pelos pares. Na falta do reconhecimento, do bom julgamento de beleza e utilidade, o adoecimento surge como um efeito, inclusive por dar um estatuto de doente ao trabalhador. O sofrimento ético é portanto para o profissional trair o seu valor.

Clot (2006) traz uma importante contribuição a questão do reconhecimento no trabalho que consideramos que pode ser acrescida aos aspectos apontados por Dejours. O autor sinaliza que as regras do ofício são incorporadas pelos trabalhadores e eles assim podem a partir das regras interiorizada reconhecer o seu trabalho como um trabalho bem feito. O profissional de saúde percebe que honra os critérios do gênero profissional. Seria então, um reconhecimento de si sobre o seu próprio trabalho que está condicionado as regras do ofício. A falta de reconhecimento ocorre então quando a memória coletiva do gênero profissional deixa de estabelecer os critérios do trabalho bem feito.

O *gênero profissional* fornece recursos aos profissionais para controlar seus atos e fazer o que é preciso, o que se deseja em termos de atividade no trabalho, por vezes até sem conseguir. O gênero contribui para cada profissional diminuir os riscos da “perda de tempo” em maneiras de fazer pouco eficientes e nem sempre eficazes, entre a tarefa prescrita e a

atividade individual e desenvolve o poder de agir. É assim que os grupos profissionais no hospital conseguem reorganizar a tarefa prescrita pela organização hospitalar a fim de manterem o gênero e realizarem a assistência ao paciente.

É possível afirmar que o gênero têm um papel de intermediário social entre o profissional e as instâncias organizadoras do trabalho. E esse gênero profissional estará dirigido ao objeto do trabalho, aos pares que compartilham o mesmo objeto da atividade e ao próprio sujeito. Esse gênero não é um conjunto de normas e prescrições as quais o trabalhador deve se conformar, ao contrário, ele delas se apropria para recriar a ação a partir de um certo gênero que ele irá ajustar, remodelar e aperfeiçoar criando variantes estilísticas melhor ajustadas as condições da ação.

Trabalhar no setor de serviços de saúde é colocar de si no trabalho e não somente executar uma técnica, um procedimento e cumprir normas operacionais. Sendo assim, destacamos as narrativas que apontam para o prazer produzido face ao reconhecimento no trabalho:

[...]“**Eles conseguiram, entenderam qual era o papel do serviço social, não caiu no assistencialismo.** Se eu fizesse essa entrevista há três anos atrás, antes de eu estar lá, com certeza seria diferente o resultado. Isso não é um mérito meu.. ah, ah, o profissional. Mas, assim, **foi uma estratégia minha de construir um espaço de trabalho que eu tivesse prazer em trabalhar. Então, eu vou me impor no setor da forma como eu acredito que deve ser o meu trabalho como assistente social.**” (Açucena, assistente social)

[...]“**O que me satisfazia era ver as mães e as crianças me reconhecendo como profissional. Era isso que me satisfazia, pra mim isso não tinha preço.** Que era a mãe falar, ah hoje você vai ficar aqui desse lado, elas já ficavam brigando, brigando assim, mas uma coisa saudável. Não, hoje a X vai ficar aqui, não. E aí ficavam fazendo quase cabo de guerra, e eu falava, não, gente, eu tenho que ficar do lado que não tem enfermeira ainda. **E aí era isso que eu usava como mola pro meu trabalho.**” (Amarilis, enfermeira)

[...]“**O agradecimento de uma mãe, com certeza, não tem preço, o reconhecimento.** Não de outros profissionais, não ligo. De outros profissionais o agradecimento? É... mas igual ao de um paciente, não! Ou uma criança te chamar de tia, de fazer questão que eu faça aquele curativo. Há! não tem preço, o dinheiro não paga isso.” (Camélia, enfermeira)

E, ao contrário, narrativas que apontam para a insatisfação pela falta de reconhecimento. Trata-se, portanto, de um sofrimento ético-político.

[...]“Ali é a terra do contrário: a verdade é mentira, a mentira é verdade! Ali é tudo no avesso e aquilo me desgasta muito pois eu prefiro viver na verdade, né? E assim, ele passa pra todo o hospital, para todas as chefias... eu já ouvi de várias chefias... um... descredito, um profissional de baixa categoria, um tapa buraco lá do hospital... que cede em tudo.... assim, é... é horrível. Eu conheço colegas de outros hospitais que a chefia é técnica e não política igual a ele. E ai tem muito mais respeito por parte da instituição. **Um dos aspectos da minha insatisfação profissional é a falta**

de reconhecimento profissional. E, relações de trabalho clientelistas, relações de copadrinho.” (Açucena, assistente social)

[...]“Quando eu cheguei lá (numa reunião durante suas férias a convite da chefia) eles (a direção) disseram que não queriam, que não era pra mim entrar na sala, pra eu sair da sala, aquilo pra mim foi um baque, assim, eu não quero voltar pra esse lugar, eu não gosto desse lugar, **não posso trabalhar nesse lugar, já fiz mil tentativas e ainda sou mal tratada. Eu não quero ficar aqui, eles não me querem aqui**, eu não quis voltar mais, não volto... mas é difícil. Foi! Eu cheguei...(chorando), cheguei no fundo do poço.” (Acácia, assistente social)

A acumulação de cargos públicos entre profissionais de saúde é uma prática consolidada e, atualmente, na medida em que não se discute a perspectiva de uma carreira pública em saúde, os profissionais buscam, através da jornada de trabalho estendida, conseguir melhores condições salariais. Nesse cenário está o pleito pela carga horária de 30 horas para profissionais de saúde da esfera federal, destacando que na esfera municipal e estadual essa redução já vigora há algum tempo. Destaca-se que na base para a redução de carga horária está poder garantir o direito de acumular dois cargos públicos e não garantir o descanso necessário pelas características do trabalho assistencial em hospital.

[...]“Com base nela (portaria ministerial), defendendo às trinta horas é... definindo trinta horas pra quem trabalha em tempo ininterrupto, foi a partir daí é que a gente teve essa... possibilidade, né de.. Ai eu tomei posse porque dava pra conciliar, porque eu fazia, ainda tinha essa história, eu não fazia dois dias e meio eu fazia três dias, dez a oito. Eu chegava aqui sete da manhã, trabalhava até as cinco, que eu tinha que sair cinco, não podia ficar até as sete porque eu tinha que dar aula de noite. Então a chefe fez esse horário pra mim, três dias inteiros, os outros dois eu ia pra secretaria e trabalhava de noite, minha vida era assim, trabalhava, trabalhava, trabalhava, chegava em casa... meia noite, uma hora, seis horas, cinco e meia seis horas eu tava saindo de casa de novo.” (Íris, assistente social)

Na medida em que não se aposta na defesa de uma carreira pública para os profissionais de saúde que garanta condições de trabalho atreladas a uma política salarial digna para os profissionais, a prática do duplo vínculo e da carga horária estendida passam a serem vistas como as reivindicações possíveis ainda que sejam fonte de desgaste, sofrimento e adoecimento, como demonstram as narrativas que seguem:

[...]“O duplo vínculo... eu acho que duplo vínculo não devia existir, não devia ser permitido porque... as pessoas precisam sobreviver. Então se pode, as pessoas se submetem, mas isso é muito ruim. Assim, olhando muito... como... um olhar técnico, tá? Assim... é... e político também. Eu não acho, eu acho que a luta pelo duplo vínculo é a mesma luta pelo adicional de insalubridade. Entendeu? Então assim, a gente não tem que ficar lutando por isso, sabe? **Acho que a gente tem que lutar pela carreira. Então vamos, já que a gente está lutando, tá se mobilizando, porque assim, eu não posso querer uma proposta que adoce mais as pessoas e o duplo vínculo adoce... Definitivamente ..** E olha que, assim, o meu duplo vínculo, a minha experiência de duplo vínculo que tenho: uma assistência hospitalar, que eu acho que é mais adoecedor que os outros né... quando a gente trabalha em outros níveis de complexidade é... e gestão. Agora muitos acumulam todos os

vínculos em ambiente hospitalar...Trabalho noturno, quanto no diurno ... uma coisa de louco [...] Então eu acho que o duplo vínculo é muito adoecedor.” (Íris, assistente social)

Esse processo adoecedor relacionado ao duplo vínculo e as questões de carga horária aparecem muito claramente expressas no relato de uma das profissionais entrevistadas.

[...]“**Não estou com cabeça para me concentrar porque essa questão do ponto eletrônico me deixa muito atordoada, porque eu não iria mais cumprir as duas escalas hoje e eu preciso financeiramente dos dois empregos.** E isso mexeu muito comigo né? É, eu comecei a ficar muito preocupada né? Em alguns momentos eu perdi a concentração. Então eu ficava muito agitada, ansiosa né? Cada mês era uma história sobre o ponto, por mais que eu sei que eles não estão errados de cobrar as 40 horas, porque o concurso foi para 40 horas, mas a forma que é colocada, de você não poder escolher a escala. E a gente já está há 7 anos fazendo 30 horas, eu que sou do concurso novo. Então eu comecei a ficar meio transtornada com essa história né?” (Azaléia, enfermeira)

[...]“Porque agora a gente trabalha com metas, a gente é avaliado, aí se a gente não tiver uma boa avaliação, vai ser descontado no nosso salário. **E a questão do ponto eletrônico porque eles falam que estão fazendo pressão para entrar com a fundação. Então... só que enquanto estiver números de funcionários suficientes trabalhando, eles não tem como entrar com a fundação.** Então, a ideia deles é fazer pressão pra gente pedir demissão. E aí eu comecei a ver muitas coisas que eu não concordava, assim, ainda mais lá, uma instituição que é um centro de referência.” (Azaléia, enfermeira)

[...]são dois empregos com algumas SOSs que acontece lá que atrapalham a vida toda, aí você tem a sua vida pessoal, eu tenho dois filhos, eu tenho uma filha de dez, eu tenho um filho de sete, aí é marido, e é casa, e é família, e quando você junta tudo, às vezes fica muita coisa entendeu? Quando você tá bem, você vai levando numa boa né, você vai, você jogou, você correu uma maratona por dia, mas você vai levando, né, você corre aquela maratona o dia todo, aí você chega em casa, aí você dorme, ufa. Amanhã vamos começar de novo. Mas quando você não, quando começa a acontecer uma coisa assim, dentro de você que, **aí começa a ficar tudo ruim, aí parece que vai saindo tudo do lugar, né, todos os lugares ficam péssimos,** entendeu? E assim, eu acho que tudo aconteceu primeiro, porque é uma carga muito grande, se você falar assim “A carga é muito grande por conta dos empregos”. Eu queria muito trabalhar num lugar só e ganhar muito bem pra trabalhar num lugar só, mas não é isso, entendeu? Assim, a minha carga grande, que eu sinto são os meus filhos, entendeu? Eu tenho muita preocupação com eles e isso é muito pesado pra mim entendeu?(Gérbera, enfermeira)

Por fim, podemos supor que a dimensão do sofrimento ético-político da licença psiquiátrica coloca em cena as insatisfações do profissional refletidas no posicionamento ético frente às demandas da assistência e no seu engajamento político com a saúde pública de qualidade. Além de estar atrelado as questões do reconhecimento e do duplo vínculo de trabalho entre profissionais de saúde.

Os profissionais que adoecem são aqueles que narram um percurso de forte engajamento com os desafios postos a prática no campo da saúde pública. Como afirma

Dejours (2012), as patologias tocam as pessoas mais engajadas. Assim, falar de um sofrimento ético-político como uma das dimensões da licença psiquiátrica entre profissionais de saúde é ultrapassar o contorno psiquiátrico dado a insatisfação e ao sofrimento mental no trabalho e, assim, avançar num outro modo de compreensão do processo de adoecimento mental por ansiedade e/ou depressão.

No relato de um dos entrevistados da pesquisa observamos que a depressão surge a partir de um forte engajamento ético-político com a gestão pública hospitalar e com a implantação do projeto de humanização no hospital. Foi ao se deparar com o desmonte do projeto, desorganização da equipe com a qual trabalhava e a entrada de um outro grupo político na direção do hospital que tem início seu processo de sofrimento e adoecimento mental que consideramos se tratar de um sofrimento ético-político.

[...]“Saindo do cargo de gestão eu volto pro hospital, mas junto com isso tinha todo um trabalho que tinha sido realizado em que **essa atual gestão começa a tirar todas as pessoas que estavam envolvidos com a Política Nacional de Humanização**. Não só da enfermagem, saiu serviço social, saiu técnico de enfermagem, a médica que estava também nessa parte da humanização sai do serviço de emergência, desestabilizou todo o trabalho e aí eu caminho para uma depressão. **Então, essa desorganização e essa saída e essa perda de um projeto que era uma referência pra mim na relação com a enfermagem, na mudança de padrão na qualidade da assistência é colocado, é descartado. E aí, poucos meses depois, eu entro em depressão e começo me afasto da atividade profissional nos dois hospitais, faço tratamento para depressão e volto nos dois e aí já tô dentro do quadro da doença. [...]** aí eu me vejo com uma nova direção, mas me vejo sozinho! Então, isso aí já tem um peso muito grande, já tem um sofrimento, porque tá sendo ameaçador pra como eu vou ficar agora, enfrentando essa turma no dia-a-dia. **Então, tem uma sensação de abandono, tem uma sensação de frustração e tem uma tristeza que vai junto com essa, com essa... com um certo abandono do grupo que a gente tava compondo, eu tava compondo e, principalmente, uma tristeza em função do projeto que tá sendo desmontado. Então, a tristeza é a palavra chave desse percurso até caminhar para uma depressão.**” (Anis, enfermeiro)

No relato seguinte, outra entrevistada descreve seu processo de sofrimento psíquico a partir de um forte engajamento com a área de idoso e uma impossibilidade de utilizar sua experiência anterior nos projetos do hospital. Além de não se sentir apoiada pela gestão hospitalar nos projetos que buscava desenvolver. Por fim, se vê alvo de uma situação de assédio moral (HIRIGOYEM, 1998; LHUILIER, 2005) que agrava seu processo de sofrimento e a lança no contexto de adoecimento mental por ansiedade e/ou depressão. O que consideramos configurar um sofrimento ético-político.

[...]“Não queria colocar os pés ali! Quando isso aconteceu (a reunião da qual foi impedida de participar), fiquei uma semana sem ir trabalhar, porque eu não conseguia ir trabalhar mesmo e pra mim, trabalhar, era um peso. **Assim, saber que**

eu tinha que chegar naquele hospital, as vezes, muitas vezes, eu chegava na praça ali, onde eu ando da praça ate o hospital beta e eu voltava. Ou eu ia para o centro ou eu ia caminhar. Uma vez eu fui pro shopping, uma vez eu voltei para casa, assim, eu não conseguia chegar, eu saía de casa para ir para o trabalho e não conseguia chegar no trabalho. [...] Olha, pra mim, foi mais evidente, pra mim, que na época, não tinha noção disso, eu vejo que era ligado a isso, foi a labirintite, que eu comecei a ter muita labirintite, de não conseguir levantar da cama. Entrei de licença por causa da labirintite e, aí, eu fiz todos os exames possíveis, todos, porque eu comecei a achar que eu tinha algum problema, por que não era do otorrino, é síndrome vestibular, de primeiro foi mais depois eu me curei da síndrome vestibular e continuei tendo sintomas de labirintite, boca seca, taquicardia, aí, os médicos diziam que era estresse. Eu fiz todos os exames possíveis, até tomografia do cérebro eu fiz e todos os exames deram negativo. Eu falei: “gente, o que eu tenho? não é possível.” Eu comecei a ficar preocupada com isso, o que eu tenho que as vezes eu não consigo levantar nem da cama. [...] É, eu fiquei indo e vindo da labirintite. Pra falar a verdade, assim, depois, eu comecei a cair em mim, porque eu tinha aquelas crises brabas com labirintite, que eu ficava 15 dias, 20 dias em casa. Por um lado era um alívio para mim por que não precisava estar lá. Então aí, depois minhas colegas, o pessoal daqui disse: “será que você não tem alguma coisa que pode estar somatizando, tem alguma coisa relacionada?”(Acácia, assistente social)

Na terceira narrativa, a insatisfação com a gestão hospitalar e o coletivo de trabalho é potencializada por uma situação de ameaça e violência de uma paciente do hospital. Essa última situação não é considerada como o evento deflagrador do sofrimento, mas agrava sua situação de isolamento e desamparo no trabalho. Vemos em seu relato que para lidar com a violência do trabalho hospital que a mesma se utiliza do isolamento como defesa, o que não a mantém trabalhando por muito tempo, pois a falta de um coletivo de trabalho e o sentimento de pertencimento ao coletivo agrava o sofrimento ético-político.

[...]“E aí, em determinado momento, eu comecei a ser perseguida por uma paciente. E aí assim... Eu, antes disso acontecer, eu já tava muito isolada, porque quando eu fui pra maternidade, eu mesma comecei a me isolar, muito pela sobrecarga de trabalho... que eu adorava aquele trabalho, eu me enfiava ali, não transitava muito nessa volta para o serviço social, né? E, eu já tinha esses estigmas todos, eu já tinha todos esses estigmas, e mais o estigma, acho, que de estar chegando na maternidade, de ser a pessoa que ocupou da colega que já tinha um estigma, sabe? Acho que eu entrei no lugar do bode expiatório, sei lá! E aí eu fui pra aquele lugar, eu me isolava porque eu já não me sentia bem. Eu me isolava desde sempre, só que depois que eu fui pra maternidade, que eu peguei esse peso maior do... Olha só! Aí começaram a controlar o meu horário.. Oh, que você tem que chegar... porque era impossível você se atrasar meia hora e uma pessoa iniciar um atendimento, ou falar “ela já vai chegar”, porque tinham essas coisas de alta da maternidade, você não pode segurar! Não pode uma assistente social ir lá e fazer uma avaliação, uma entrevista pra saber se pode dar alta, se não pode? Assim, eram coisas que, aquilo não entrava na minha cabeça. Então começou um controle nesse sentido, sabe? Que eu comecei a me isolar mais, eu já tava me sentindo mal naquela maternidade porque eu vivia isolada [...]eu acho que o serviço social contribuiu muito. Ela ficou dois anos me perseguindo, não foi um dia, dois, foram dois anos. O serviço social não me protegia, ao contrário, ela chegava lá... Eu quero falar com a Todo mundo sabia o quê que tava acontecendo, que ela vinha aqui toda hora atrás de mim, ela e a mãe. A mãe falava que a hora que me visse ia me bater, ia vir pra cá e ia quebrar a minha cara. E o Serviço Social me chamava, quem tivesse lá me chamava. Ou ligavam ou

mandavam dar autorização pra ela ir lá na minha sala, era nesse nível. Teve um dia que ela foi com um alicate e deram autorização pra ela ir na minha sala atrás de mim, entendeu? Então assim, as pessoas... eu acho que talvez tenham tido um... Ah, vou sacanear ela! Essa chata. Só que aquilo foi aumentando e ela ia, e fazia barraco, e aí eu tinha que me esconder, e aí você imagina dois anos isso?! Você chega pra trabalhar, você não sabe se você vai ter que sair escondida, né? Eu, eu me senti naquele momento que eu sofri aquela perseguição num desamparo assim de... do próprio hospital. Eu achei que o hospital, não sei que mais que o hospital podia fazer, além de proibir a entrada dela. Mas tudo é um desamparo muito grande, sabe? Eu vi a própria impossibilidade do hospital me proteger, no sentido de que, o guardinha tava lá e ... eu não posso segurar ela e ela vai entrar! Por mais que ela estivesse proibida... Entra quem quer no hospital! [...] **Eu diria que eu não entrei de licença por causa da perseguição. Eu acho que eu entrei de licença por causa do isolamento que eu vivia, por conta das relações nessa equipe de Serviço Social. Não foi por causa da perseguição. Mas era aquilo que foi o estopim, sabe? Mas não foi! Assim, tenho total consciência de que não foi.** [...] talvez eu tenha adoecido por conta disso. Porque aqui eu deposei, em algum momento, mais na maternidade, eu fui pra maternidade, porque eu gostava muito daquilo. Eu deposei aqui essa realização profissional, aqui, naquele momento, a minha realização profissional era aqui, talvez por isso eu tenha adoecido mais.” (Dália, assistente social)

Outra das entrevistadas relata que já sentindo-se impotente para buscar soluções para as críticas à gestão hospitalar, começa a boicotar a gestão. O que para a instituição é interpretado como perda de controle e o adoecimento mental.

[...]“Eu comecei acho que gritar pra todo mundo que alguma coisa tava errada. Eu inclusive comecei, não sei se eu deveria estar dizendo isso, mas muitas vezes quando eu percebia que o ministério ia lá, esqueci o nome, que vai inspecionar, eu vou lembrar, de ver se tava tudo certinho, se tinha alguma reclamação, que o pessoal maquiava e compravam vagas e davam altas porque isso existe infelizmente, a realidade ninguém ta vendo assim. Os pacientes ficavam internados, eu falava com a minha equipe, olha o pessoal vem ai, até pro pessoal não constranger saber... tem que saber que ta vindo. Não pra não mostrar que não ta fazendo, porque todo mundo tava fazendo tudo direitinho na medida que podia. Mas quando tinha familiar eu falava, aproveita que agora é a hora. Falar tudo. Então a gente precisava da ajuda também dos familiares. [...] **o que eu acho muitas vezes é que me afastaram até porque eu falei demais, porque eu não surtei.** Eu tive sim, alguns sinais, acredito de depressão durante, porque eu chorava e tudo mais. [...] o que me abalou mais, me deprimiu mais foi quando eu aceitei ir pra um outro plantão pra cobrir as férias de uma colega e isso foi a pior coisa que eu fiz. Porque isso desencadeou o estresse. Eu tava com os meus amigos de plantões de dez anos, ai de repente eu fui pra um outro plantão que eu também conheço todo mundo, que eu me dou bem com muita gente, mas é diferente. É como se eu tivesse passando férias na casa de uma pessoa. Não era a minha casa, não era minha família, meus filhos. Que eu costumava falar que eram meus filhos, minha equipe. E não era. Eu sei dos defeitos de cada um, das qualidades de cada um. Eu sei quando eu posso apertar um pouquinho mais, quando afrouxar. Quando eu posso pedir, por favor, você pode fazer aqui? Quando eu sei que eu vou pedir e eles não vão fazer, o que eles vão fazer antes de eu pedir. E na outra equipe era diferente. Então aquilo ali eu sinalizava, eu olha tá muito difícil eu não tô conseguindo almoçar na hora certa. Tá difícil porque os enfermeiros que estão aqui eles são novos, eles não estão colaborando. Eles estão cobrando muito dos técnicos, os técnicos já estão se negando a fazer determinadas coisas. Mas quem podia fazer alguma coisa era o chefe mas não sabe. E você é a mais velha das enfermeiras... assim, de trabalho. Então era como se eu fosse uma líder, mas ao

mesmo tempo não era uma líder. Porque eu ficava justamente nessa parte de classificação de risco. Escutando um monte de problema.” (Rosa, assistente social).

O relato de insatisfação com a vida laboral aparece na narrativa de outra entrevistada já num entrecruzamento com a vida pessoal e social. O sofrimento ético-político tem ressonâncias pessoais, o que acaba, muitas vezes, por ser confundido como uma incapacidade de adaptação e resiliência do profissional, ou mesmo, sintoma de algum transtorno mental. Assim, o tratamento estaria em buscar a origem do adoecimento na história pessoal do profissional e não em sua história de vida laboral com todas as injunções pessoais, sociais e profissionais.

[...]“Caramba! Nada pra mim mais dá certo. E ai aquilo foi na minha cabeça, ai todos os dias eu chorava, todos os dias eu ficava me questionando, é... se eu queria continuar sendo enfermeira, se eu... aonde ia me levar aquela rotina que eu tava tendo, aquela insatisfação toda de não estar presente com a minha filha... Tudo aquilo ia me... gerou um questionamento muito grande, tanto profissional quanto pessoal, eu já queria me separar, do meu marido, eu não queria mais ficar com ele. Não tinha mais jeito também, eu achava que a minha vida conjugal não tinha mais jeito... e ai foi tudo ficando tão ruim, tão ruim! Tudo junto ao mesmo tempo, que eu falei “porra, sabe? quero morrer!” Ai comecei a pensar que queria morrer, que ia me jogar dos lugares, ai comecei a pensar em várias formas de morrer (choro) Ai eu falei assim “ai não quero mais, não quero mais trabalhar, não quero mais sair de casa”. Comecei a ter medo de sair sozinha, comecei a ter medo de... (solução) medo e... e sem vontade também né, era, era associado, eu tinha medo de sair, (solução) e também não queria, não queria porque em casa eu tava no meu quarto né? Eu tava confortável. [...]“caramba, não tá legal, pera aí. Eu tenho que procurar ajuda, porque dessa vez eu não to conseguindo mais sair sozinha... disso”, né, do problema. E ai... eu comecei a faltar, eu comecei a faltar e ai... fui levando, até que em janeiro eu vi que precisava de ajuda, marquei um psiquiatra.” (Lírio, enfermeira).

Por fim, consideramos que a Dimensão do sofrimento ético-político das licenças psiquiátricas em profissionais de saúde é gestado individualmente mas em íntima relação com o contexto do trabalho hospitalar e, por isso, é confundido com transtorno mental, ansiedade e/ou depressão. Ao contrário disso, pretendemos afirmar que há no sofrimento ético-político uma impossibilidade do profissional em sua história de vida laboral, desenvolver um “Bel ouvrage” (Bela Obra), como nos diz Lhuillier, e se ver projetado no valor do seu trabalho, na beleza de sua atividade, sendo reconhecido aos seus próprios olhos e nos olhos dos outros – pacientes, familiares, pares, colegas de hospital, chefias e gestores. Em suas palavras,

Le plaisir au travail est lié à l’action, à la transformation du réel et de soimême. Une action qui répond au double enjeu de la reconnaissance, c’est à dire un enjeu en termes de sens et de reconnaissance. Créer trouver du sens à son action et en tirer une double reconnaissance, à ses propres yeux et aux yeux des autres.³⁴ (LHUILIER, 2005).

³⁴ Tradução Livre: O prazer no trabalho está ligado à ação para a transformação da realidade e de si mesmo.

A impossibilidade do profissional desenvolver os projetos de cuidado nos quais se acredita leva a um sofrimento ético-político que paradoxalmente só será legitimado pelo reconhecimento do saber médico. Ele se transmuta de uma insatisfação política para um adoecimento e com isso perde a sua força política, sua força de transformação.

6.1.5 Dimensão de tentativa de regulação do sofrimento

As licenças médicas podem ser pensadas, como aponta Carreteiro (2011), como um processo de desfiliação social, uma construção do sujeito trabalhador que, frente a um processo de não reconhecimento da sociedade de produção do seu sofrimento, atrela-se à esfera da “inutilidade”, do desgaste do corpo. Assim, uma vez que o sofrimento decorrente do encontro do trabalhador com a organização do trabalho não encontra lugar institucional, ele o faz através da doença. Como nos diz Carreteiro (2011), “o aspecto social fica abafado e o que sobressai é o individual; não é mais o sofrimento gerado na esfera social que aparece, mas o indivíduo doente.”

Assim, destacamos a quarta dimensão da licença psiquiátrica, aquela que trata de uma tentativa de regulação do sofrimento pelo profissional de saúde. Essa tentativa de regulação se expressa quando o sofrimento produzido no encontro do trabalhador com a organização hospitalar ganha legitimidade e é interpretado como transtorno físico ou mental, ainda que com um custo alto para o profissional. Como expresso na narrativa que segue:

[...]“se tornou insuportável o hospital nesse momento e **a única chance que eu tinha e precisava para sobreviver nessa época era o afastamento**. Eu não tinha ânimo, a questão é que eu não tinha animo para ir trabalhar e pra voltar a trabalhar. [...] Dentro desse período de licença pensei em várias coisas, mas no primeiro momento é de solidão, é de abandono, é de uma certa desesperança, uma certa impotência.” (Anis, enfermeiro)

Há uma passagem do “ser trabalhador” para o “ser doente”. Estar doente, quando falamos de transtorno mental especialmente, significa um estado permanente que modifica a inserção social do profissional. (CARRETEIRO, 1993). Há uma passagem para a condição social de doente mental - uma condição crônica e permanente que desqualifica o “ser trabalhador.” Essa condição de fracasso precisa ser ressignificada pelo profissional com

Uma ação que responde ao duplo desafio de reconhecimento, qual seja, uma participação em termos de sentido e reconhecimento. Criar e encontrar sentido na ação que desenvolve remete a um duplo reconhecimento - o do seu próprio olhar e o do olhar dos outros.

enorme custo subjetivo. Como analisa Carreteiro (2011), a doença é um projeto que implica o sujeito e a Perícia Médica, “e inclui um modo de afiliação social, também gerador de sofrimento. Se ele consolida a participação institucional do sujeito, ele o faz a partir de sua doença, de seu desfuncionamento.”(CARRETEIRO, 2011, p. 96) A autora destaca o paradoxo presente nesse projeto de afiliação do profissional da condição de doente pois, ainda que garanta a pertença a instituição hospitalar como licenciado , uma espécie de sobrevivida profissional, ele também revela o sofrimento, as dificuldades em lidar com o processo de trabalho hospitalar. Como expresso nas narrativas que seguem:

[...]“É, tem gente que acha que é um bônus, pra mim foi um ônus! **Eu me senti muito inútil, eu sempre gostei de trabalhar.** Não quero deixar de trabalhar, nem deixar de ser assistente social. É o contrario, eu quero trabalhar bem!” (Acácia, assistente social)

[...]“Foi muito ruim!, **eu me senti como um fracasso** assim é... é como se eles não confiassem mais em mim.” (Lírio, enfermeira)

[...]“A licença em si não é uma coisa boa. Parece que a sua vida tá em suspenso, sabe? Por mais que seja bom, porque você se afasta, você tem a possibilidade de se reorganizar. Mas você sente assim... como se a sua vida não tá andando, né? Você tá com a sua vida em suspenso e o quê que eu vou fazer com isso, né? E aquilo me dava uma ansiedade muito grande... O quê que eu vou fazer com isso? Eu tenho que fazer alguma coisa com isso! Eu queria ver aquilo resolvido porque quando resolve, resolveu, entendeu? Seja lá a resolução que tiver. Mas, **tá com a vida em suspenso pra mim era muito ruim.**” (Dália, assistente social)

O diagnóstico psiquiátrico além de promover uma outra forma de filiação ao trabalho, permite que as insatisfações com a atividade e o sofrimento ganhem o status reconhecido de doença - transtorno mental, deslocando o profissional da condição de desadaptação para a condição do doente. (CARRETEIRO, 1993) O diagnóstico psiquiátrico além de funcionar como um rótulo, tem também o poder de legitimar o sofrimento do trabalhador.

A irritação, a insatisfação, o desânimo não legitimam o sofrimento e não inauguram o direito a licença. Ao contrário do diagnóstico psiquiátrico que individualiza o sintoma do trabalhador e legitima seu sofrimento, transformando-o em adoecimento mental. No mesmo momento que, assim, impossibilita que os sintomas sejam pensados como uma resposta a organização do trabalho, e sejam vistos vistos como algo que deve ser integrado ao coletivo do trabalho para ser analisado. Vejamos como esse processo se apresenta nas narrativas dos profissionais entrevistados.

[...]“Eu tô revivendo (com a entrevista) um momento que foi muito dolorido, muito doloroso e muito difícil. Numa tentativa da minha irmã... Ela falou: “porque você não vai conversar com o psiquiatra que trabalha comigo? Trabalho com ele há anos,

ele é muito bom e tal. Ai eu, cheia de resistência, mas eu tava tão mal que eu falei assim: “eu não tenho nada a perder, vou lá, eu sei que não vai dar em nada!” Porque na minha cabeça eu tinha uma ideia assim... psiquiatra militar é o fim! Eu vi meio que como o fim, falei: ele não vai me ajudar, muito pelo contrário, aquela coisa de rigidez... mas acabou que ele (com a voz trêmula de choro) me salvou (choro). [...] eu falei de tudo que eu achava que me incomodava, ai ele chegou para mim e falou (com a voz trêmula) falou, **falou que eu estava em depressão, que eu tinha que fazer tratamento.**” (Acácia, assistente social)

[...]“Quando eu cheguei lá (na consulta com o psiquiatra) ele conversou muito comigo, foram quase duas horas de consulta. Ai ele foi me perguntando tudo o que tinha acontecido. Eu fui falando, falando, falando, algumas coisas ele me perguntava, eu chorava muito. Ai ele falou no final de tudo, ele falou assim. Eu vou te afastar por 30 dias, ai eu comecei a chorar mais ainda. Ai eu falei, mas eu não estou doente. Ai ele não! **Você esta bem mentalmente mas você precisa sair do ambiente de estresse porque hoje o que te causa estresse é o plantão. Então precisa sair desse ambiente por algum tempo.** E ai eu não quis aceitar. Mas ele disse: você precisa, você precisa tomar medicação. Você está com depressão e precisa tratar logo.” (Azaléia, enfermeira)

[...]“O meu psiquiatra me tirou da assistência, **ele achou que eu não estava estável o suficiente para lidar com o sofrimento dos outros.** [...] Antes mexia no sentido vamos ver o que eu posso pra ajudar ele, eu me empenhava, ficava feliz por estar podendo ajudar e depois é aquela sensação de me tira daqui porque eu não quero ver ninguém sofrer, porque vai me fazer sofrer.” (Amarílis, enfermeira)

[...]“Foi a primeira vez que eu me afastei da pela psiquiatria, isso nunca tinha me acontecido em serviço nenhum meu. Ai foi quando começou o distúrbio, a síndrome de pânico. Eu não sabia o que era até então. Eu achava que era só ansiedade, que eu não queria trabalhar. **Chegava à porta do hospital e eu não queria entrar. Quando chegava ao setor, eu queria sair toda hora porque eu me sentia fechada, eu queria sair.**” (Camélia, enfermeira).

[...]“Primeiro eu tive vários episódios assim, de descontrole em casa, de brigar, e tudo focado em cima do meu marido. Até que um dia, numa das brigas eu peguei um chinelo e arremessei nele, entendeu? No dia seguinte, que eu lembrei da história, eu falei “Não dá pra ficar assim, vou ter que resolver isso” Ele disse: “É muita coisa pra você, se você não der uma pausa, não sei como vai ficar, você precisa de uma pausa. Organizar sua vida, e de uma pausa”. E aí ele me colocou de licença, eu comecei a tomar medicação, comecei a tomar medicação pra dormir, porque esse é um outro problema que eu tenho, eu tenho insônia, então assim, eu não consigo fazer o ciclo do descansar, então vai juntando uma coisa com a outra. (Gérbera, enfermeira)

A tentativa de regular o sofrimento através da licença e da condição de “trabalhador doente” implica lidar com um “rótulo” de limitação que não é vivenciado sem sofrimento pelo profissional, como descreve os entrevistados, e que exigirá uma elaboração em sua história de vida laboral, visto que há uma incompatibilidade do mundo do trabalho com o mundo da doença.

[...]“**A limitação de atividades é um rótulo**, eu não sei como funciona nas outras profissões, mas na enfermagem, quando você tem a limitação de atividades esse rótulo te acompanha na sua escala de trabalho. Então, você tem uma escala que diz ali, funcionário com limitações de atividades”. Então, te colocam um rótulo como

funcionário que tem essa limitação. O me sentir limitado, pra mim pesou muito. Eu tinha um histórico de muita atividades e isso pra mim, particularmente, não foi uma coisa, não recebi bem essa limitação de atividades e isso me incomodou durante muito tempo. Antes de chegar na virada... quando eu resolvo me dar alta, não quero mas essa limitação de atividade.” (Anis, enfermeiro)

[...]“**Não acho que seja inapta, eu acho que eu preciso me cuidar, ponto.** (...) o problema é que como eu fiquei com a restrição laboral pela perícia, eu só posso trabalhar em setor sem paciente.” (Amarilis, enfermeira)

Na esfera pública, as licenças e afastamentos promovem um outro projeto de afiliação caracterizado pelo “ser doente”. Observamos setores do hospital que acabam por receber esses profissionais após o término do afastamento médico e esses profissionais acabam por serem vistos com características de menor valia. Há uma passagem do “ser trabalhador” para o “ser doente”.(CARRETEIRO, 1993). É nesse momento que o diagnóstico de ansiedade e/ou depressão interfere como um mecanismo médico institucional que atrela o profissional, durante o período da licença, ao universo de paciente psiquiátrico.

Podemos afirmar que, a estabilidade profissional do servidor público, permite ainda manter uma afiliação social e institucional para esses profissionais, o que não significa ausência de sofrimento, pois a participação institucional do servidor permanece marcada por sua doença e sua limitação, ou mesmo como uma espécie de situação de privilégios.

[...]“As pessoas falam, e assim, são ignorantes porque pra mim as doenças da alma são uma das piores que tem e muitas das vezes você vai arrastar isso o resto da sua vida e **eu acho desrespeitoso a forma como eles tratam né, de ah, você é maluca, inclusive profissionais de saúde, porque é com quem a gente convive.**” (Amarilis, enfermeira)

[...]“Na semana passada eu estive lá para levar o laudo e ai elas falam assim: “Ah, isso é bobeira, volta logo se não você pode se aposentar, **me chamam de maluca**, brincando, você esta maluca mesmo e tal?” (Azaléia, enfermeira)

[...]“Por incrível que pareça aquela ideia de que "ah quem fica doente tem privilégios..." isso rolou. É... as pessoas entendem que é privilégio, **a pessoa adocece e fica privilegiada, porque faz corpo mole, entendeu?** Um... eu tive que enfrentar essa visão preconceituosa dentro da minha categoria profissional. [...] Teve uma que falou diretamente pra mim, ela falou assim "**eu acho que eu vou adoecer pra ver se eu consigo ter vez!**". **Eu tive assim, uma mistura de sentimentos**, assim, sabe? Eu não sabia se eu sentia raiva dela, indignação...” (Íris, assistente social)

[...]“Antes eu tinha o maior preconceito com esse negocio de depressão. Achava que quem tinha depressão era quem tinha tempo para ficar doente. Até acontecer comigo, paguei pela minha língua. E hoje eu vejo que não é uma situação legal. **Só quem passa é quem sabe.**” (Camélia, enfermeira)

O serviço público federal vem avançando na implantação de uma Política que integra a perícia médica e programa de saúde do trabalhador através de um sistema integrado assistência saúde do servidor (SIASS). Nas narrativas dos profissionais observamos que a

passagem pela perícia médica não se reduz a sua dimensão jurídica, há também uma dimensão subjetiva especialmente importante na trajetória laboral dos profissionais entrevistados.

[...]“Olha só, eu não gosto, eu não me sinto a vontade, eu me sinto constrangida, acho desconfortável, é... vou porque tem que ir. Agora, eu tô no NERJ, **sempre eu tô com uma sensação de que eu tô na mão de outra pessoa para decidir meu destino profissional.** [...] Eu não era incapacitada, eu estava num momento incapacitada por uma questão de fragilidade que eu não já tava trabalhando.” (Açucena, assistente social)

É a avaliação do perito médico que garante o acesso ao direito ao afastamento e que determina também quando o servidor está em condições de retorno.

[...]“Eu posso dizer hoje que a perícia me ajudou muito também. Porque se eles não tivessem me afastado foi o que a médica falou. “Se você não for afastada agora, você ia pegar o atestado de quinze dias, depois mais quinze dias, depois mais uma semana, depois vinte dias e vai dar mais do que isso aqui. Então você precisa ser realmente afastada e tratada.” (Rosa, enfermeira)

Além do afastamento do trabalho, é através da perícia que pode ser indicada a readaptação e a mudança do setor de trabalho do servidor, o que não é algo que se consiga facilmente nas negociações diretas com o hospital e sem o advento do adoecimento. Ou mesmo sua transferência para outra unidade hospitalar do Ministério da Saúde. Situação vivenciada e narrada por uma das profissionais entrevistadas e que ilustra perfeitamente as nuances desse processo:

[...]“Eu queria, eu entrei de licença. E, aí, lá na perícia foram renovando minhas licenças. Aí o perito de lá disse que eu tinha que dar entrada na readaptação porque ele achava que, enfim, que eu tinha... Eu dei entrada na readaptação, por que eu nem queria dar entrada mas o meu desespero era tão grande, aí eu falei: “vai ser negada de novo! “Ele falou: não! porque você vai passar por uma junta médica do NERJ. Aí eu falei: “tudo bem, vou tentar.” Aí eu dei entrada na minha readaptação e, aí, na verdade, eu cheguei ao NERJ, só que quando eu cheguei na junta daqui, na verdade, você tem que escrever a mão, porque você quer ser readaptada e botar os laudos. Eu fiquei quase 15 dias para escrever isso. [...] fiz uma carta, uma carta de 4 páginas, botei toda a minha história de lá e, assim, nunca citei nomes, nunca citei o que aconteceu, assim, são poucas as pessoas que sabem. Aí, na verdade, assim, quando eu cheguei aqui na junta do NERJ, o perito chegou pra mim e falou assim: “o seu caso não é readaptação, por que readaptação você não sai do local de trabalho. Primeiro, fala o que você esta querendo, porque, assim, a gente leu e não entendeu nada que você quer. Você não pediu nada, você só fala o que esta vivendo.” Aí eu falei: mas, porque eu não sei o que colocar. “Você quer deixar de ser assistente social?” Eu falei: “não! Eu gosto de ser assistente social.” Aí ele falou: “o seu caso não é readaptação, porque readaptação você fica no mesmo local de trabalho, só que você exerce uma outra função. Você sairia deste setor, exerceria outra função, você não quer deixar de ser assistente social, Então, você iria para mais próximo de casa por questões físicas mas aqui não tem nada físico que te impresse de se locomover.”

[...] Ai ele falou: “não olha, o seu caso não é readaptação, a gente vai ter que dar como indeferido. Eu até entendo que é uma situação que esta lhe causando sofrimento, eu vou até colocar isso aqui mas você... a gente vai dar indeferido.” [...] mas ai, nisso, esse psiquiatra, esse perito, ele foi outro salvador pra mim, ele deu indeferido mas pegou a cópia do meu processo (chorando), chegou nos recursos humanos dizendo que tinham me orientado errado, que ele achava que eu tinha um sofrimento no trabalho, que não era caso de readaptação, que ele achava que era caso de remoção e que era para os recursos humanos dar uma olhada, que não era papel dele, ele não podia interferir, mas que eu... ele deu uma cópia do processo, ai na verdade assim, me ligaram dizendo isso. [...] (chorando) Na verdade, assim, eu passei pela junta, eles me deram remoção.” (Acácia, assistente social).

Outro aspecto que deve ser considerado na licença médico-psiquiátrica é que a permanência prolongada em licença médica coloca o profissional sob o risco de ser aposentado precocemente por invalidez, com todos os custos objetivos e subjetivos desse processo e mudando radicalmente o sentido do “ser trabalhador”.

[...] “Eu não sei o que acontece lá na perícia que o médico me dá trinta, a perícia me dá sessenta... o médico me dá sessenta, a perícia me dá oitenta... Eu não voltei até hoje, **só que eu não quero me aposentar por invalidez**, porque eu não sou inválida. Só que eu já vou fazer um ano corrido de licença em agosto. Então, eu tô preocupada.” (Açucena, assistente social)

[...] “Eu acho que isso é uma coisa que você vai encontrar muito nos processos de licença, por que você enquanto servidor, você tem um tempo pra ficar de licença, se você extrapola esse tempo, **eles começam a te oferecer a aposentadoria**. Então, eu já tinha uma volta em função de uma sobrevivência, porque eu não pensava em me aposentar.” (Anis, enfermeiro)

Tudo isso que se dá no período da licença caracteriza uma tentativa de regulação do sofrimento. A licença médico-psiquiátrica e o afastamento do trabalho é uma ruptura que envolve não somente elementos do processo de trabalho hospitalar mas também da vida pessoal do profissional. A licença, portanto, não significa somente um tempo para se ressignificar a vida profissional. As narrativas descrevem uma ressignificação da vida pessoal, das relações familiares e dos projetos futuros para cada um dos profissionais. Inaugura-se a partir da licença uma outra temporalidade e relação com o trabalho, que recoloca a questão das insatisfações e do sofrimento e como regulá-lo em sua história de vida laboral, como expressa as narrativas a seguir:

[...] “**Então, eu fiz uso também desse adoecimento, fiz uso desse adoecimento até um determinado momento em que caiu a ficha... isso é acelerar o processo de morte**, né? [...] o foco da assistência em que me assustava muito durante o período de licença e durante o período de passagem pelos setores com limitações de atividades, **eu começo a perceber em mim, que eu tenho que subtrair esse medo**. E aí como eu tô com a liberação posso ter uma dedicação exclusiva e **me interessa agora sair do esquema de plantão, ficar como diarista, e aí tem uma questão da minha vida pessoal que influencia, ficar num final de semana com a minha família entre outras coisas, quero investir em outras coisas, ser diarista pra**

mim, particularmente, também passa ser uma coisa boa. Ficar todos os dias no hospital passa a ser uma coisa boa pra minha vida.” (Anis, enfermeiro)

[...] “Por pouco não larguei! Queria largar inclusive, tudo, queria largar tudo. Assim, o meu marido me deu todo apoio. Se você não consegue trabalhar, você pega a licença, né? **Ele não entendia porque ele acha que a minha vida é maravilhosa porque eu sou servidora pública, e que minha vida é perfeita e...** (...) A minha mãe, eu sinto que ela, ela tinha uma coisa assim... ai minha filha, eu tenho tanto orgulho de você, porque você é essa pessoa que trabalha pra caramba, que resolve as coisas. **Eu sinto que a minha mãe, essa posição de fraqueza, não foi uma coisa que ela...** Mas quando você vai terminar sua licença? Quando você vai voltar a trabalhar? Caramba, você era aquela pessoa forte que segura a família. Como assim, entendeu? Como assim? Eu sentia que a minha mãe era uma pessoa que não lidou muito bem com isso.” (Dália, assistente social)

Em outras narrativas, vemos que a ausência do trabalho permitiu ao profissional olhar para questões de sua vida pessoal que foram negligenciadas ao longo de anos de intenso investimento na vida profissional. A dimensão cuidadora e relacional do trabalho em serviços de saúde, a organização do trabalho em plantões e a jornada de trabalho estendida têm representado para muitos profissionais de saúde uma negligência no cuidado de si. Esse aspecto aparece nas narrativas dos profissionais ao se referirem a licença como um tempo de retomada de relações negligenciadas em função da trajetória profissional e de cuidados com a sua própria saúde.

[...] “Quando eu entrei de licença, a minha vida ficou tão sem sentido com o trabalho. Eu falei: e agora? O que que vai ser da... **eu percebi que eu era o trabalho, eu tinha negligenciado tantas outras coisas, tantos outros setores da minha vida que eu fiquei assim... é...sem referência... pessoal, profissional, né?** E assim.... Eu acho que quando eu voltar de licença, vai ser fundamental eu entender que eu não sou o trabalho. [...] Mas assim, eu acho que o importante para mim da licença foi isso. É tomar consciência de que eu tava tendo uma relação doentia com o trabalho. E assim, parte por mim, parte pela instituição também, né?” (Açucena, assistente social)

[...] “Algumas coisas foi possível, eu pude perceber isso, que às vezes o trabalho era uma fuga de alguns problemas ali da minha vida pessoal. Eu só fui poder perceber passando por isso, que antes eu não percebia, não enxergava, entendeu? Então, ficar, ficar sem trabalhar também era ser... Entendeu? Eu lidar com aqueles meus problemas familiares que eu tinha, que eu tenho (solução) era muito sofrido, então a licença era muito ruim por isso e eu acho que tem um outro aspecto mesmo que é da licença mesmo da gente se sentir incapaz. Eu me lembro que o primeiro papel que eu peguei assim que eu li... servidora não esta capacitada... Eu, caraca! Aquilo tem um peso! cê lê aquilo... incapacitado..., entendeu? Muito pesado, sabe (solução) e ai é **muito ruim eu fiquei insegura com muitas coisas na vida**, entendeu? Será que eu consigo?” (Íris, assistente social)

[...]“A licença estanca sua vida profissional, mas foi necessário porque a vida pessoal tava muito ruim, eu tava negligenciando. Hoje eu tenho uma qualidade de vida boa, eu consegui estabelecer redes, lazer, tô muito mais com as minhas filhas, eu tô criando um vínculo com as minhas filhas que eu não tinha, nunca tive, de atenção. Apesar de amá-las, apaixonadamente, **eu era muito ausente.**” (Açucena, assistente social)

[...]“Tem uma mudança completa nas suas atividades, muda-se completamente a sua rotina e **tem uma disponibilidade de tempo que começa... que se começa... que eu comecei ter que eu não tinha durante esses vinte e tantos anos.** Então, pela primeira vez eu comecei a sair um pouco do trabalho e da necessidade do trabalho e do investimento na questão profissional e na questão dos investimentos pra fora e comecei a pensar um pouco mais, isso no segundo momento, em o que fazer da minha vida.” (Anis, enfermeiro)

[...] **“Eu comecei a prestar atenção em mim.** Ai eu fui tratar o meu filho, meu filho não estava bem também. Ele estava péssimo na escola, não enxerguei isso, comecei dar mais atenção a ele, comecei a sair...” (Camélia, enfermeira)

[...] “Porque o momento da licença **foi muito importante pra eu fazer esse mergulho existencial e descobrir que talvez eu esteja num lugar que não era pra tá,** sabe? Mas que naquele momento eu gostava de, gostava muito de vir trabalhar, sabe? Do trabalho, gostava. E aí eu comecei a entrar numa... numa dúvida mesmo sobre as minhas escolhas profissionais e aí assim, de ficar perdida, de ficar ... Eu não quero... Comecei a não querer mais ser assistente social! Comecei a não querer mais ser funcionária pública, inclusive. Comecei a rever mil coisas, sabe? Foi um momento assim, de muito... de mergulho assim, existencial, sabe?” (Dália, assistente social)

[...] “Porque durante todo esse período, **eu só ficava em casa, eu só saía pra ir ao médico, ir ao psiquiatra ou ia a terapeuta e mesmo assim não ia sozinha,** eu ia ou com a minha mãe, ou com meu pai, ou com o marido, quando ele podia ir comigo. E aí assim, eu quase não saía sozinha, eu quase não saía.” (Lírio, enfermeira)

O enredamento da história pessoal com a história coletiva, presente no percurso de vida laboral, tem um ponto de ruptura que começa a caracterizar o adoecimento. A licença psiquiátrica ao mesmo tempo que permite uma regulação do sofrimento também produz uma clivagem social que exigirá uma nova reinserção laboral, em outras bases e desafios. A licença médica trás consigo um sistema de expectativas, exigências e constrangimentos que operam uma seleção entre problemas de saúde que podem ser coletivizados e os que devem se manter disfarçados, relegados a esfera privada. (LHUILIER, 2005) E o profissional de saúde poderá atrelar-se definitivamente a condição de doente ou ressignificar sua condição trabalhadora.

A doença ao ser nomeada através da licença e da doença, efetua uma passagem do íntimo ao público. O quadro jurídico no qual os profissionais de saúde estão inseridos, cria procedimentos médicos para avaliar o estado psíquico e físico do trabalhador. Os trabalhadores ao se inscreverem nestes rituais médicos começam a ter desvelado o seu estado de sofrimento como apontam as narrativas. Se antes a vivência de mal estar era unicamente de seu foro íntimo ou, por um ato de escolha, partilhada com familiares e colegas, esta situação começará a sofrer mudanças. O processo de licença operará uma passagem da vivência do sofrimento da esfera do íntimo para a do público. (CARRETEIRO, 1993), Ainda que os médicos, ao procederem ao diagnóstico estejam afetos ao segredo profissional, é o ato de

nomear o estado psíquico do trabalhador como doença que será decisivo para fazer ou não valer o direito à licença. O gozo deste direito marca a publicização da doença, mesmo sabendo, como temos salientado acima, que as condições de produção do sofrimento se inscrevem na inserção do sujeito no trabalho, estas são aniquiladas sob o rótulo da doença.

Esta passagem também tem outros desdobramentos. Há a construção do sujeito reconhecido socialmente como doente. Este mecanismo de denegação da organização alija, na maioria das vezes, qualquer possibilidade de análise da organização e gestão do trabalho no processo de adoecimento.

O sujeito ao aceder à categoria de doente tem o direito de gozar da licença e do seu tratamento, junto com as garantias salariais, mas é como se simbolicamente fossem colocadas entre parêntese suas qualificações profissionais. Consideramos que seja nesse momento da licença que o profissional também se depara com o que Lhuilier descreve como o “Negativo Psicossocial” nos grupos profissionais, em oposição narcisismo profissional. No olhar da organização, o profissional passa a ser considerado como sem lugar. Este não lugar é também fonte de sofrimento e será através de um processo lento que o trabalhador dará sentido a sua licença.

6.1.6. Dimensão de religação a uma nova condição de trabalhador

A sexta e última dimensão da licença psiquiátrica em profissionais de saúde que destacamos anuncia um processo de elaboração do profissional sobre seu processo de afastamento do trabalho e a denominamos de Dimensão de religação a uma nova condição de trabalhador. Trata-se do momento no qual o profissional retoma sua condição de “ser trabalhador” e sua expectativa em relação ao hospital.

A licença médica, quando não é incorporada na sua dimensão de não lugar, permite ao profissional ressignificar sua condição de trabalhador a partir de todos os elementos que estiveram presentes durante o período de afastamento. Em algumas narrativas aparecem uma perspectiva de escolha em torno o momento de retorno ao trabalho que reposicionam o profissional na relação com sua atividade e, principalmente, em relação a organização do trabalho.

[...]“Eu acho assim, que a licença foi importante porque eu estava precisando, mas foi ruim porque **eu perdi a minha referência profissional**. Eu sempre fui uma profissional com alta confiança, uma profissional autônoma, hoje eu já não tenho mais autoconfiança profissional. [...] Agora, assim, eu tenho duas possibilidades: ou eu retorno e continuo a brigar por um modelo de saúde mais humano, coerente, diferente ou eu retorno e tento entender que isso está só na minha cabeça, que eu sou

muito exigente, muito perfeccionista, que o modelo de saúde está caminhando, que historicamente ele tem que caminhar nesse ritmo, que eu não posso exigir o meu ritmo. Assim, eu tô trabalhando isso, né?” (Açucena, assistente social)

[...]“Então, nesse momento eu faço o uso da minha doença. Eu sou um profissional com limitações de atividades, então eu vou pra onde não tem uma assistência direta, porque eu tenho histórico.[...] Não, não quero mais (a limitação de atividade)! Pode me escalar em qualquer lugar, agora que eu tô livre, eu não tenho mais a limitação de atividades. Não recorri a perícia nem nada, **eu me dei alta dessa limitação... mas que tinha também um certo uso que eu fazia que eu já poderia tá em outro setores**, mas que **tinha** um uso que eu fazia dessa minha prerrogativa atestada pela perícia médica e pelo meu médico também, né?” (Anis, enfermeiro)

[...]“Eu penso em voltar sim, mas me sentindo muito bem. Então **eu percebi que eu tenho que mudar muito pra poder voltar e me adequar. É, porque eu não tenho como mudar toda uma estrutura** né? Então eu não vejo outro meio, só eu mesma melhorando e aceitando a realidade como ela é.” (Azaléia, enfermeira)

[...]“Porque uma licença muito grande, eu falei isso na perícia, muito prolongada, por um lado a gente precisa, mas por outro lado, gera um sentimento de incapacidade, "será que eu sou capaz?", mexe com a auto estima da gente, entendeu? **Quando a gente volta, (choro) a gente volta insegura, “será que eu tô bem mesmo? Será que eu vou conseguir?” (choro)** [...] Eu acho que tem uma... uma coisa, uma coisa a ver com o meu perfil, com a minha personalidade, assim, que eu acho que é um perfil assim que é muito próprio de quem adocece por esses motivos. A gente sempre se acha assim (solução) é... inatingível assim... eu posso, eu aguento! Vem com que eu aguento! Entendeu? Eu acho que eu tenho esse traço de personalidade, entendeu?” (Íris, assistente social)

[...]“Eu vejo como um recomeço (chorando), **para mim é o recomeço.**” (Acácia, assistente social)

No decorrer das narrativas de insatisfação, sofrimento psíquico e adoecimento no trabalho, os profissionais sinalizam com alguns recursos que podem favorecer sua reintegração ao trabalho, não mais sob o estigma da doença, da doença mental. Alguns mecanismos de proteção que o trabalhador desenvolve para suportar aquilo que na organização do trabalho é sentido como produtor de seu sofrimento.

[...]“Eu tenho a expectativa de me **defender da violência institucional.**” (Açucena, assistente social)

[...]“Meio que despertei assim, sabe? **têm relações de poder que você não entende** muitas vezes, e que você tem que, às vezes, andar em ovos. Tem coisa que você pode falar, tem coisa que você não pode. Tem coisa que você tem que fingir que não viu.” (Dália, assistente social)

Na medida que consideramos que há uma relação do sofrimento e adoecimento com o processo de trabalho hospitalar é possível pensar que outros caminhos institucionais poderiam ser feitos pelo profissional além do caminho do adoecimento. Nesse sentido, são os próprios profissionais entrevistados que destacam que:

[...]“Não é melhor deixar a pessoa num ritmo que tenha mais haver com o dela, invés dela ficar de licença e não ter profissional nenhum. **Não é melhor escutar a gente quando tá pedindo socorro.**” (Açucena, assistente social)

[...]“Ninguém é escutado! A gente é profissional da saúde, a gente quer levar saúde para as pessoas, aí, quando no teu ambiente de trabalho, que é uma instituição de saúde, te gera sofrimento, te gera doença, eu acho que é... é no mínimo, um abismo, né? Assim, eu não consigo entender como é que essa relação de... **eu acho que é você olhar, escutar minimamente, escutar....**” (Acácia, assistente social)

A readaptação profissional tem sido uma forma de reintegração possível para os profissionais que foram licenciados e que são considerados com restrição de atividade. Na grande maioria dos processos de readaptação, o profissional é retirado da assistência direta ao paciente e isso significa a perda de dimensão relacional de sua atividade. A pergunta é: isso tem algum custo em relação ao sentido que o trabalhador mantém sobre o seu trabalho? A narrativa dos profissionais entrevistados aponta para uma resposta afirmativa que confirmam o custo subjetivo desses processos de readaptação pois significam um retorno para uma periferia do trabalho após a licença médica, chamada por muitos de “setores de fim de carreira”.

[...]“**Esses setores passam uma vida doentia.** Central de material de esterilização é um setor que passa uma ideia de sofrimento o tempo inteiro. Então, quem vai para central de material com uma determinada doença, **na minha perspectiva, ele vai para aprofundar ainda mais seu processo de adoecimento, porque o que você recebe de queixas, o que você recebe de desesperança com relação a própria vida, em relação a qualquer perspectiva futura, ou seja, uma negação da vida você encontra na central de material.** [...] Então, as passagens por esses setores mostra que não é só os profissionais que tá doente, **o setor é doente!** Então, tem uma... um incentivo a acelerar o processo de doença, e acelerar o processo de mortificação muito grande dentro desses setores.” (Anís, enfermeiro)

[...]“É, incomoda, bastante. Não é confortável (a readaptação), **é uma sensação de que você está ali pra fazer missa de corpo presente.**” (Amarílis, enfermeira)

[...]“**Eu comecei a ficar numa neurose de que eu ia ter um novo recomeço no serviço social, com pessoas que eu não conheço, com pessoas que eu não sei como é, com relações que eu não sei como é que é...aí aquilo me fez pensar, me tirava o fôlego,** sabe? Me dava um! tô querendo outras coisas pra minha vida, já não quero nem mais ser funcionária pública, sabe? eu não queria um novo recomeço dentro do serviço social e eu não queria mais. Não, não quero! Eu ainda tenho o desejo de sair do serviço público, sabe, quando eu puder. Eu perdi o amor pelo serviço público nesse sentido de que... é... às vezes você quer fazer o melhor e você não pode, sabe?” (Dália, assistente social)

A dimensão de religação a condição de trabalhador retira o profissional de saúde de uma divisão simbólica – “ser trabalhador” *versus* “ser doente”, e o faz enfrentar as possibilidades e impossibilidades do retorno ao trabalho após a licença médico-psiquiátrica, usando seu engajamento ético-político para transformar sua atividade e sua relação com o

trabalho. Um processo dialético de prazer-sofrimento, atividade-passividade e cuidado do outro-cuidado de si. Trata-se de um momento de transformação que todo e qualquer sofrimento produz e que podemos observar também na história de vida laboral.

Para muitos desses profissionais, operários da saúde, talvez seja possível, a partir da insatisfação e do sofrimento psíquico, inaugurar uma nova relação com a sua condição de trabalhador da saúde, com todos os desafios que o campo tão complexo de práticas na saúde impõe diariamente. E, como vemos se dar no “*O Operário em Construção*” de Vinícius de Moraes, poderão operar a transformação em si para operar transformação no trabalho.

*“Ah, homens de pensamento
 Não sabereis nunca o quanto
 Aquele humilde operário
 Soube naquele momento!
 Naquela casa vazia
 Que ele mesmo levantara
 Um mundo novo nascia
 De que sequer suspeitava.
 O operário emocionado
 Olhou sua própria mão
 Sua rude mão de operário
 De operário em construção
 E olhando bem para ela
 Teve um segundo a impressão
 De que não havia no mundo
 Coisa que fosse mais bela.*

*Foi dentro da compreensão
 Desse instante solitário
 Que, tal sua construção
 Cresceu também o operário.
 Cresceu em alto e profundo
 Em largo e no coração
 E como tudo que cresce
 Ele não cresceu em vão
 Pois além do que sabia
 - Exercer a profissão -
 O operário adquiriu
 Uma nova dimensão:
 A dimensão da poesia.”³⁵*

Para muitos profissionais, a licença poderá ser o momento de resignificar sua condição de trabalhador, olhando em um tempo suspenso para o conjunto do trabalho, tal como o operário do poeta ao contemplar sua mão, procurando um outro sentido, uma nova dimensão

³⁵ Fragmento do poema de Vinícius de Moraes “O Operário em Construção”, escrito em 1956.

para sua atividade. O trabalho era um organizador de vida e espaço significativo de inserção social, advindo o acontecimento licença são outros organizadores da existência que passam a operar e novas construções de sentido para o trabalho são produzidas. A licença produz uma ruptura onde nada mais se coloca como antes pois os profissionais ressignificam sua vida e sua condição de trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A poesia do *bricoleur* lhe vem de que não se limita a cumprir ou executar: fala, não somente com as coisas, como também por meio delas, contando pela escolhas que faz entre possibilidades limitadas, o caráter e a vida de seu autor. Sem jamais completar seu projeto, o *bricoleur* põe-lhe sempre algo de si mesmo.” [...] “Foi preciso, não duvidamos, uma atitude de espírito verdadeiramente científica, uma curiosidade assídua e sempre desperta, uma vontade de conhecer pelo prazer de conhecer, porque uma pequena fração apenas das observações e das experiências (às quais é preciso supor que tenham sido inspiradas, então, e sobretudo, pelo gosto do saber) poderiam dar resultados práticos e imediatamente utilizáveis.

Lévi-strauss, 1970



Bricolagem 2016
Autor desconhecido

Nenhum período de formação de pós-graduação se estende por tanto tempo quanto um doutorado. E, um objeto de estudo se desenha para o pesquisador muito antes da entrada no curso propriamente e vai sofrendo muitas transformações ao longo do percurso de estudo. E não somente o objeto de pesquisa mas o próprio pesquisador no contato com o orientador, com “orientadores” que surgem no processo, com os textos, com a equipe de pesquisa de doutorandos, com os entrevistados, com os acontecimentos pessoais e sociais também se transforma. Reconhecemos que o processo de doutoramento é atravessado por muito acontecimentos, e a escrita das considerações finais tem o sentido do fechamento não somente do texto mas também de um percurso acadêmico.

Não apresentaremos conclusões acerca da temática estudada e sim nossas considerações finais sobre o recorte de pesquisa feito e do que se produziu em termos teóricos a partir das análises das narrativas dos profissionais de saúde dos hospitais federais, enfermeiros e assistentes sociais, que se licenciaram de suas atividades laborais com a licença médico-psiquiátrica por ansiedade e/ou depressão. Lançamos nosso olhar e nossa escuta sobre

as insatisfações com o processo de trabalho hospitalar e sobre o sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental, para entender o fenômeno das licenças entre os profissionais de saúde dos hospitais.

O interesse pela temática foi se desenhando no percurso de trabalho nos campos da saúde mental, saúde do trabalhador e trabalho hospitalar, o que significa dizer que há uma implicação com o tema e com a práxis que se conjugam cotidianamente na atividade profissional de psicóloga e na atividade de pesquisadora. O objeto de estudo ganhou gradativamente um contorno mais definitivo na atuação como psicóloga do Hospital Federal de Bonsucesso, e nesse período o olhar sobre o objeto se dava através das “lentes” da assistência, afetada pelas questões do sofrimento psíquico que envolviam colegas profissionais de saúde. Finalizamos o doutorado podendo olhar o objeto de estudo também com as “lentes” da gestão, atuando agora como técnica-psicóloga da Superintendência de Educação em Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro, vinculada a Subsecretaria Geral/SES-RJ.

Sendo assim, as considerações teóricas finais da tese são atravessadas por esse duplo olhar, produzido pela história de vida laboral da pesquisadora. Vida e trabalho (como psicóloga e como pesquisadora) se entrelaçam na construção desse texto final. Eis uma potência da pesquisa psicossociológica. Na construção da pesquisa fizemos escolhas teóricas e metodológicas com a psicossociologia como nosso principal aporte teórico, o que nos permitiu lançar mão de conceitos de diferentes campos teóricos para a análise no objeto de estudo.

Optamos por fazer um percurso teórico de idas e vindas do social ao psíquico. Desse modo, partimos de macro conceitos sobre o trabalho, chegamos a conceitos que nos permitiram analisar a subjetividade no trabalho para retornar com essa análise para uma compreensão da instituição hospitalar. E nesse ponto já não tratamos o hospital como uma organização social somente mas como instituição sustentada pelas relações que produzem e reproduzem.

As transformações no mundo do trabalho, a reestruturação produtiva, afetou todos os setores da sociedade e também influenciou a produção no setor de serviços, onde também se insere o trabalho com a assistência à saúde e o hospital. A reestruturação produtiva no processo de trabalho em saúde definiu modos de gestão, formas de cuidado, relação de consumo na saúde e formas de relação entre os diferentes atores do hospital – pacientes, familiares, profissionais de saúde das diferentes categorias e gestores.

A complexidade da dinâmica hospitalar faz coexistirem diferentes modos de gestão e modelos de organização do trabalho. Vemos presente características da gestão tayloriana e neotayloriana no trabalho fragmentado e repetitivo; as hierarquias que definem o modo de gestão tecnoburocrática e projetos de excelência que caracterizam a gestão da qualidade total, todos presentes num mesmo hospital.

Quanto as forma de cuidado, uma vez que a reestruturação produtiva em saúde não é um processo homogêneo, representou a presença de diferentes formas de compreensão do cuidado no cenário da saúde, que se atualizam em disputas de interesses distintos tanto corporativos, burocráticos, políticos, de mercado, quanto pela disputa das diferentes categorias profissionais sobre o modo de cuidar e produzir saúde.

O trabalho no setor de saúde é uma forma de transformação da natureza e da vida das pessoas. A premissa do modo de gestão taylorista de que seria possível controlar o processo de trabalho através da elaboração de regras, procedimentos e normas é insuficiente para dar conta da complexidade do trabalho. Isso porque, o que está em jogo no serviço de assistência hospitalar é a relação direta dos profissionais de saúde com o paciente, o “uso de si” na atividade do cuidado com todas as implicações disso. Há uma intencionalidade no processo de trabalho em saúde que transforma o objeto em produto – o projeto de cuidado, que visa atender às necessidades humanas. Há na assistência à saúde uma exigência posta aos profissionais que é a de gerir as emoções, visto que ela se apresenta na demanda de engajamento, simultaneidade e co-presença profissional-paciente nas ações em saúde. Essa necessidade de uma competência emocional pensamos que precisa estar orientada para a prestação do cuidado e não somente movida e direcionada para atender a lógica de performance e competência tão estimuladas no trabalho contemporâneo.

A gestão hospitalar está organizada como se a assistência pudesse ser organizada somente dentro de uma lógica de controle dos corpos, afetos e atos daqueles que usam de si no trabalho. No entanto, ainda que o cuidado seja algo que precisa ser produzido, é preciso que o profissional se afete para produzir cuidados e isto não se define por normas e regras. É necessário que a organização do trabalho crie condições para uma inserção política e ideológica dos profissionais e que as equipes possam cooperar pela assistência e defender valores comuns em torno do cuidado.

Entendemos que o sofrimento psíquico no trabalho tem íntima relação com a impossibilidade do profissional de saúde construir um projeto coletivo de cuidado. Este pode minimizar as tensões e os conflitos produzidos no embate entre os diferentes modos de pensar

e realizar o cuidado, por colocar em perspectiva um projeto coletivo, elaborado em espaços também coletivos de negociação. Esse é, ao nosso ver, uma outra possibilidade de se lidar com a insatisfação e o sofrimento psíquico no trabalho. O sofrimento que está sempre presente no trabalho, conforme aponta Dejours, mas sem no limite se transformar em sofrimento patogênico, doença mental. Não pretendemos demonizar os protocolos pois reconhecemos o seu valor, contudo, defendemos que esses protocolos sejam construídos como produto de um trabalho coletivo e que traga também para a análise a dimensão subjetiva presente no trabalho assistencial.

No percurso de análise do sofrimento psíquico no trabalho hospitalar, nos deparamos com a centralidade do hospital no cenário das práticas em saúde e nos processos assistenciais. Ainda que muitos esforços venham sendo feitos no sentido de ampliar a importância da atenção básica, de fortalecer as equipes das estratégias de saúde da família e deslocarem a assistência para outros espaços que não o hospital, esse ainda é um processo em curso.

O hospital ainda é principal cenário das práticas assistenciais e da autoridade médica, o que foi analisado a partir da revisão bibliográfica sobre o nascimento da clínica e do hospital. Esse aspecto histórico é relevante na medida que a centralidade do hospital está intimamente relacionada ao poder médico de definir práticas e sustentar as hierarquias entre essas práticas no interior da instituição hospitalar.

O hospital permitiu dividir o doente em órgãos e os profissionais em especialidades. O sistema capitalista lança mão desse processo para transformar o hospital num produto tecnológico-assistencial a ser consumido, tendo no médico seu principal ator, ainda que não o único. Não podemos deixar de considerar que esse mercado é de domínio também da indústria farmacêutica e de empresários da saúde. Temática que não foi abordada pela pesquisa mas que nos interrogamos se um possível sofrimento na categoria médica teria relação com essa perda do “prestígio médico” para outras corporações. E além disso, a transformação do trabalho do médico também em trabalho operário do sistema capitalista de exploração da produção e dos produtos, no caso da saúde, o cuidado.

No curso das análises das narrativas percebemos que o sofrimento dos profissionais de saúde, enfermeiros e assistentes sociais, tem forte relação com o poder médico no hospital e com as práticas que se estruturam e funcionam em torno do saber da medicina. Os demais saberes se tornam periféricos e dependentes do saber do médico e isso também se torna fonte de tensão para os profissionais. Os médicos guardam muito mais autonomia na estruturação de suas práticas quando comparado aos demais profissionais e o hospital se sustenta como um

campo de forças políticas que colocam em jogo não somente a assistência ao paciente, mas também a negociação de interesses diversos. Os hospitais federais por serem hospitais de alta complexidade refletem as questões apontadas de forma muito evidente e as narrativas dos profissionais de saúde, inclusive, as associa à questão do sofrimento psíquico no trabalho.

Esse aspecto macro da análise da tese seguiu-se da abordagem das micro relações e das vivências individuais de sofrimento pelo profissional através dos campos teóricos da Saúde Mental e Trabalho e das Clínicas do Trabalho. Em nossa, análise lançamos mão especialmente da psicodinâmica do trabalho para entender as vivências intrapsíquicas do trabalhador frente às demandas do trabalho, compreendendo que a constituição psíquica é anterior a entrada no mundo do trabalho e determinará a forma como cada sujeito lidará com as exigências da produção. Contudo, entendemos que a questão do sofrimento não se reduz a essa abordagem, o que nos fez lançar mão da Clínica da Atividade e da Psicossociologia do Trabalho para analisar os aspectos coletivos envolvidos no processo de sofrimento psíquico e adoecimento mental dos profissionais de saúde no cenário social – o hospital, com sua divisão técnica, social, moral e psicológica do trabalho.

O objeto da tese nos levou à revisão bibliográfica sobre a temática, mas foram as narrativas produzidas nas entrevistas com os 11 profissionais de saúde, enfermeiros e assistentes sociais, que se dispuseram a relatar a pesquisadora seu processo de sofrimento, que tornou possível construir uma compreensão acerca dos elementos que estão em jogo no processo de licença médico-psiquiátrica por ansiedade e/ou depressão.

A metodologia história de vida laboral foi escolhida justamente por entendermos que qualquer inferência de nossa parte sobre o processo de sofrimento psíquico e adoecimento mental deve se apoiar nas narrativas dos entrevistados. Não pretendemos com a pesquisa comprovar teorias; elas nos servem na condução das análises mas foi a escuta, atenta e aberta as construções de sentido dos profissionais, a matéria-prima de nossas análises e da sistematização que fizemos das narrativas.

Essa abordagem clínico-teórico nos permitiu formular variáveis sócio-clínicas e estabelecer seis dimensões que articuladas consideramos estarem presentes no fenômeno das licenças médico-psiquiátricas entre profissionais de saúde dos hospitais federais. São elas: dimensão de fragilidade psicossocial; da hierarquia no trabalho hospitalar; da perda do atopoder; do sofrimento ético-político, de regulação do sofrimento e de religação a uma nova condição de trabalhador.

A dimensão de fragilidade psicossocial discute o trabalho com cenário para experiências humanas de prazer e des-prazer que estão relacionados a aspectos intrapsíquicos que fazem com que o profissional experimente as demandas do trabalho a partir de vivências intrapsíquicas anteriores a sua entrada no mundo da produção mas por elas influenciadas no encontro com o trabalho. Assim, o sujeito experimenta o trabalho a partir de uma fragilidade que em nada se equivale a fraqueza. Trata-se sim, de elementos da vida laboral, que se articulam com elementos da vida psíquica e figuram como pontos frágeis para o sujeito no seu trabalho. E como entendemos que psíquico e social caminham unidos e se produzem mutuamente tomamos essa fragilidade como psicossocial.

A segunda é a dimensão da hierarquia no trabalho hospitalar e aparece nas narrativas dos entrevistados como dificuldades, limites e conflitos no exercício da atividade, associados à relação hierarquizada dentro do hospital, especialmente na relação aos médicos e à gestão hospitalar. Isso porque, as relações entre os grupos profissionais no hospital se estruturam em torno da responsabilidade médica pelas condutas junto ao paciente definindo que aos demais profissionais cabe organizar suas práticas em torno da avaliação diagnóstica feita pelo médico, seguindo suas recomendações e prescrições, e tendo pouca autonomia profissional.

A terceira dimensão é a de perda do ato-poder que surge como um sentimento de passividade frente às dificuldades experimentadas no trabalho. Em especial quando não se pode fazer o que se sabe que é preciso ser feito. Os profissionais criam estratégias para lidar com essas limitações e muito do que é possível ser feito decorre desses arranjos criativos que tornam a atividade possível. Contudo, na história de vida laboral dos profissionais entrevistados, esse arranjo não foi possível ou suficiente e tornaram a limitação objetiva e/ou subjetiva no trabalho fonte de insatisfação, sofrimento psíquico e adoecimento mental. A perda do “ato-poder” faz emergir uma subjetividade adoecida no lugar da subjetividade trabalhadora.

Como quarta dimensão temos o sofrimento ético-político que emerge do conflito entre o engajamento não somente técnico do profissional com sua atividade, mas principalmente ético-político. A impotência vivenciada pelos profissionais ao não realizarem o trabalho desejado instala outro modo de sofrimento, que não se confunde com o sofrimento psíquico tão somente, mas o coloca atrelado a um posicionamento ético-político. Há elementos do processo de trabalho hospitalar que apontam para uma disputa de projetos de cuidado que geram tensão e uma dificuldade do profissional em ampliar a reflexão sobre o trabalho que se deseja em espaços coletivos de discussão.

A quinta dimensão é a de regulação do sofrimento no qual observamos que para legitimar o sofrimento psíquico o profissional de saúde transforma-o em adoecimento mental por ansiedade e/ou depressão. O diagnóstico psiquiátrico promove uma outra forma de filiação ao trabalho, permite que as insatisfações com a atividade e o sofrimento ganhem o status reconhecido de doença - transtorno mental, deslocando o profissional da condição de desadaptação para a condição do doente. O diagnóstico psiquiátrico além de funcionar como um rótulo, tem também o poder de legitimar o sofrimento do trabalhador. O sujeito ao aceder à categoria de doente tem o direito de gozar da licença e do seu tratamento, junto com as garantias salariais, mas é como se simbolicamente fossem colocadas entre parêntese suas qualificações profissionais. No olhar da organização, o profissional passa a ser considerado como um “sem lugar”. Este não lugar é também fonte de sofrimento e é através de um processo lento que o trabalhador dará sentido a sua licença.

A sexta e última dimensão descreve o momento do processo de licença na qual se dá uma religação a uma nova condição de trabalhador. Ao profissional de saúde caberá romper com o tempo suspenso da licença e da divisão simbólica – “ser trabalhador” *versus* “ser doente” para enfrentar as possibilidades e impossibilidades do retorno ao trabalho após a licença médico-psiquiátrica, usando seu engajamento ético-político para transformar sua atividade e sua relação com o trabalho. Trata-se de um momento de transformação que todo e qualquer sofrimento produz e que podemos observar também na história de vida laboral desses profissionais. Para os profissionais licenciados será preciso operar uma transformação de si como profissional de saúde para ser possível buscar transformações na sua relação com o trabalho e no processo de trabalho propriamente dito.

Esses são, portanto, os aspectos que colocamos em destaque na análise do fenômeno das licenças médico-psiquiátricas por ansiedade e/ou depressão que observamos nas narrativas dos profissionais, enfermeiros e assistentes sociais, entrevistados pela pesquisa. Mas, consideramos oportuno sinalizar outros aspectos que atravessam a pesquisa e propor algumas análises iniciais.

A amostra da pesquisa foi formada por indicação e composta majoritariamente por profissionais do gênero feminino. Sinalizamos como justificativa para isso, o fato de serem as profissões de enfermagem e serviço social predominantemente formadas por mulheres, o que se fez refletir no gênero do grupo de entrevistados pela pesquisa. Interrogamos, contudo, um outro aspecto ligado ao gênero que pode ter se refletido na formação da amostra que é o diagnóstico que faz o recorte de entrevistados. A pesquisa elegeu para a entrevista

profissionais licenciados somente por ansiedade e/ou depressão. Interrogamos que talvez esse não seja o diagnóstico mais frequente para licenciamento de profissionais de saúde do gênero masculino que estão lidando com insatisfações no processo de trabalho hospitalar. Nossa hipótese, baseada na observação como psicóloga, é que no gênero masculino o discurso da insatisfação e do sofrimento esteja atrelado ao diagnóstico de Transtorno Mental por abuso de substâncias lícitas e/ou ilícitas. A título de ilustração trago a fala de um enfermeiro que diz que: para o homem é preciso mais que uma depressão é preciso um infarto!” Curiosa formulação, mas talvez aponte para uma questão de gênero no adoecimento ligado ao trabalho. Não nos aventuramos nessa análise, apenas optamos por sinalizar como um atravessamento na pesquisa que merece aprofundamento posterior.

Outro ponto foi a definição de enfermeiros e assistentes sociais como representativo dos profissionais de saúde. Consideramos que há aspectos singulares no sofrimento psíquico do médico que o distingue dos demais grupos profissionais, dada a constituição histórica da profissão, o que foi abordada na revisão bibliográfica da tese. Assim, os demais grupos profissionais foram considerados com vivências aproximadas no processo de trabalho hospitalar e elegemos os enfermeiros e assistentes sociais como recorte, pois são as duas categorias numericamente mais expressivas entre os profissionais graduados que atuam na assistência direta ao paciente no hospital. O sofrimento médico em relação ao trabalho não foi abordado pela pesquisa, mas é considerado um campo particular de análise. Nossa hipótese em se tratando da categoria médica é que o trabalho do médico vem sendo apropriado como trabalho operário do capitalismo e assim se produzindo formas de exploração e expropriação que se chocam com uma imagem de profissão construída como ofício messiânico. Trata-se, ao nosso ver, de um campo profícuo de análise e discussão por fazer.

As entrevistas, por seu caráter clínico em profundidade, também levaram a narrativas que consideramos para além do trabalho, estas foram acolhidas pela pesquisadora-psicóloga mas que não foram abordadas nas análises, por não estarem entre os objetivos estabelecidos pela pesquisa. Assim, nos detivemos às narrativas pessoais que tocavam as vivências laborais.

Retomamos aqui a hipótese que orientou este trabalho para a discutirmos à luz das considerações finais. A licença de saúde cria uma ruptura na trajetória profissional do trabalhador. Ela é um marco, um acontecimento entre o que ocorria antes dela e o que passa a ocorrer depois. Anteriormente a licença médico-psiquiátrica por ansiedade e/ou depressão, grande parte do cotidiano se centrava sobre ou em torno do trabalho. O trabalho era um organizador de vida, advindo o acontecimento licença são outros organizadores da existência

que passam a operar. As narrativas nos demonstram que com a licença o trabalho é colocado entre parênteses e a subjetividade trabalhadora progressivamente vai dando lugar a uma outra, a subjetividade licenciada. Há um deslizamento do “ser trabalhador” para o “ser doente”, como descrito por Carreteiro (2011) ao analisar a doença como um projeto de afiliação social. E desse processo poderá se construir uma nova forma de relação com o trabalho.

Pensamos que essa discussão também contribui com as ações do campo da saúde do trabalhador, em especial se estas últimas estiverem articuladas com o trabalho da perícia médica. De modo que as insatisfações com o processo de trabalho hospitalar possam ser discutidas em espaços coletivos também promovidos pelos serviços de saúde do trabalhador existente nos hospitais federais. E, com isso, possibilitar que mudanças possam ser construídas, sem que o adoecimento mental e a licença venham como uma possibilidade frente a insatisfação e o sofrimento psíquico.

De igual modo, pensamos que a perícia médica pode ser um *locus* não só de aferição de diagnóstico, mas criar também possibilidades de produzir mudanças. Num primeiro momento, ampliando sua avaliação dos sinais e sintomas clínicos do adoecimento, com o objetivo de estabelecer onexo causal com o trabalho e a necessidade da licença, direcionando seu olhar e sua escuta para a história laboral do profissional. Além disso, poderá contribuir para mudanças amplas nos processos de trabalho hospitalar, a partir de um olhar epidemiológico sobre os dados de adoecimentos no trabalho dos quais dispõem. Sendo possível, então, intervir em processos prevalentemente produtores de adoecimento.

A pesquisa também não se debruçou sobre os arranjos criativos que os profissionais fazem para tornar o seu trabalho possível. Esse é um outro campo de pesquisa, pois é certo que a criatividade no trabalho também existe e é uma potente forma de se lidar com a penosidade dos processos de trabalho em saúde.

Outro aspecto que a pesquisa vem destacar na análise dos processos de sofrimento no trabalho é que estamos diante da ausência de uma perspectiva de carreira pública para os profissionais. A política de gestão de recursos humanos, em especial do Governo Federal, se esforça com a implantação de avaliação desempenho e definição de metas por serviço. A gestão hospitalar se concentra em criar normas e procedimentos que aumentem a resolutividade dos serviços e a melhora dos atendimentos prestados aos pacientes. Contudo, os servidores não tem a perspectiva de investimento em uma carreira pública na saúde.

Por analogia trazemos o contexto de trabalho na justiça, esta se diferencia por estabelecer uma projeção de carreira pública para aqueles que optam e se preparam para a

magistratura. Esses advogados de formação se diferenciam por escolherem o direito público e não o direito privado, são remunerados dignamente por essa escolha e tem dedicação exclusiva a sua carreira de Estado. Não seria possível pensar que profissionais de saúde deveriam optar pelo serviço público, ou não! E ao optarem que fossem obrigados a ter dedicação exclusiva ao serviço público, recebendo remuneração de modo a não ser necessário conjugarem múltiplos vínculos? Há de se discutir um certo perfil profissional para o serviço público que fortaleça a escolha por esses espaços pelos profissionais. E que o serviço público não seja tão somente o lugar de formação do profissional para atuação posterior do serviço privado. Na contramão dessa discussão vemos multiplicarem-se outros tipos de vínculo que dispensam o concurso público e que são contratos de trabalho pelas fundações, organizações sociais, terceirizações e contratos temporários para o serviço público de saúde.

A lógica de carreira pública implica em ascensão, na possibilidade de dedicação do profissional a formação permanente, de modo que isso se reflita no valor que ele próprio atribui ao seu trabalho, no reconhecimento de utilidade e beleza do seu trabalho, e que por consequência, os pacientes sejam efetivamente beneficiados com uma assistência de qualidade.

Por fim, nenhuma temática se esgota em 4 anos de estudo, mas com as dimensões propostas para a compreensão do fenômeno das licenças médico-psiquiátricas por ansiedade e/ou depressão em profissionais de saúde dos hospitais federais pretendemos contribuir com esse campo de discussão e de propostas de ações que visam pensar a vida com qualidade no trabalho. Seja o trabalho qual for!

Se o decênio 2006-2016 é a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), esse trabalho segue nessa mesma perspectiva de valorização.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES-MAZZOTTI, A. J. E & GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**. São Paulo: Editora Pioneira, 1999.
- ANTUNES, R. **O novo sindicalismo**. São Paulo: Brasil Urgente, 1991.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION –APA. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V**. Tradução Maria Inês Correa Nascimento et al. Porto Alegre: ArtMed, 2014. 948p.
- ARAÚJO, J.N.G; CARRETEIRO, T.C.C.(org.) **Cenários Sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001.
- ARAÚJO, T. M. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In: Gomes, C. M; MACHADO, J. M. H.M ; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 23 -34, 2013.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. (D. Flaksman, Trad.) Rio de Janeiro: LTC, 1978.
- ASSUNÇÃO, A.A.; BELISÁRIO, S. A. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.
- ASSUNÇÃO, A.A.; BRITO, J. **Trabalhar na Saúde. Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ASSUNÇÃO, A.A.; LIMA, F.P.A. Aproximações da ergonomia ao estudo das exigências afetivas das tarefas. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, p. 210-228, 2010.
- ATHAYDE, M. & BRITO, J. Vida, saúde e trabalho: dialogando sobre qualidade de vida no trabalho em um cenário de precarização. Rio de Janeiro: **Trabalho, Educação & Saúde**, v. 07(03), p. 587-597, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ-ABRASCO, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 6, n.1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J.R. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 3, p. 905-912, 2015.

AZEVEDO, C. S. **Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo/USP, São Paulo, 2005.

AZEVEDO, C. S.; BRAGA NETO, F. C. Indivíduos e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Caderno de Saúde Pública**, n.18, p. 235-247, 2002.

AZEVEDO, C. S.; SÁ, M.de C. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde. Abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 5, p. 2497-2506, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LEVY, A. **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 2005.

BENDASSOLLI, P; SOBOLL, L.A. (orgs.) **Clínicas do Trabalho. Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

BENDASSOLLI, P. F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. Fortaleza: **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, vol. X, n. 1, p. 63-98, 2011.

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. Maringá: **Revista Psicologia em Estudo**, vol. 17, n.1, p. 37-46, 2012.

BIERNACKI, P. & WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, vol. 02, p.141-163, 1981.

BORSOI, I. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, vol.19 (n esp.), p. 103-111, 2007.

BRANT, L.C; MINAYO-GOMES, C, Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. Maringá: **Psicologia em Estudo**, vol. 12, n. 3, p. 465-473, 2007.

BRASIL. **Lei Complementar nº 28, de 21 de maio de 1982**. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/1dd40aed4fced2c5032564ff0062e425/1f29578c748b110883256cc90049373b?OpenDocument>>. Acesso em: 13 Outubro 2014.

BRASIL. **Lei de 03 de outubro de 1832**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html>. Acesso em: 13 Outubro 2014.

BRASIL. **Lei nº 8112, de 11 de novembro de 1990**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm>. Acesso em: 13 Outubro 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História e evolução dos hospitais**, 1944.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da

Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**, 2ª edição. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009** - Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Portaria Normativa nº 03, De 25 de Março de 2013**. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de recursos humanos. **Política da Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal: uma construção coletiva**. SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF, 2014. 2ª Edição.

BRAVEMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? São Paulo: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 37, n.126, p. 290-305, 2012.

CAMPOS G.W.S.; MERHY, E. E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, C.E.A.; COHN, A; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n.05, p. 1351-1364, 2016.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência: revoluções das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. T., (org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento. Centro de Estudos Sociais, 4. Ed, 2005.

CARRETEIRO, T. C. O. C. Histoire d'une vie, historie d'une exclusion. México: **Perfiles latinoamericanos**, FLACSO, nº 21, p. 11-33, 2012.

CARRETEIRO, T. C. O. C.; BARROS, V. A. Clínicas do Trabalho: contribuições da Psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI P. F.; SOBOLL, L. A. (ORG) **Clínicas do**

Trabalho: nova perspectiva para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

CARRETEIRO, T. C. O.C. A doença como projeto. In: SAWAIA, B. (org.) **Artimanhas da exclusão.** Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Editora Vozes, 11 edição, p. 89-97, 2011.

CARRETEIRO, T. C. O. C. História de vida laboral familiar em duas gerações: trabalho e contextos sociais. In: FERES-CARNEIRO, T. **Casal e família,** São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, p. 119-132, 2011.

CARRETEIRO, T. C. O. C. Fazer de uma coletividade uma história coletiva. In: ORG TAKEUTI, N. M. E NIEWIADOMSKI, C. **Reinvenções do sujeito social.** UFRN: Ed. Sulina, p. 126-140, 2009.

CARRETEIRO, T. C. O. C. Sofrimentos sociais em debate. São Paulo: **Revista de psicologia da USP,** Editora USP, vol. 14, p. 57-72, 2004.

CARRETEIRO, T. C. O. C. História de vida: da genealogia a uma estudo. Porto Alegre: **Revista Psico,** vol. 34, n. 2, p. 281-295, 2003.

CARRETEIRO, T. C. O. C. Acontecimento: Categoria biográfica individual, familiar, social e histórica. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (org) **Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas.** São Paulo: Ed PUC-RJ, p. 267-285, 2003.

CARRETEIRO, T. C. O. C. Vinculações entre romance familiar e trajetória social. In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Casamento e Família: do social à clínica.** Rio de Janeiro: Ed Nau, p. 119-133, 2001.

CARRETEIRO, T. C. O. C. **Psicossociologia em exame.** MACHADO, M N. D. M., et al. **Psicossociologia: análise social e intervenção.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001..

CARRETEIRO, T. C. O. C. **Exclusion sociale et construction de l'identité.** Paris: L'Harmattan. Santé, sociétés et cultures, , 1993.

CECÍLIO, L.C.O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva,** vol. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CECÍLIO, L.C.O. Modos de Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (ed.). **Recursos humanos e subjetividade.** Petrópolis: Vozes, 1996.

CECÍLIO, L.C.O. O desafio de qualificar a assistência nos hospitais públicos. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (ORG.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, p. 293-319, 1997.

CHANLAT, J. F. Modos de Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (ed.). **Recursos humanos e subjetividade.** Petrópolis: Vozes, 1996

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho.** Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

CLOT, Y. A psicologia no trabalho na França e a perspectiva da clínica da atividade. Niterói: **Fractal. Revista de Psicologia**, vol.22, n. 1, p. 207-234, 2007.

CLOT, Y. **Clínica do trabalho, clínica do real**. Publicado no Le journal des psychologues, nº 185, mars 2001. Tradução livre Kátia Santorum e Suyanna Linhales Barker Revisão Cláudia Osório, 2001.

CLOT, Y. O ofício como operador de saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol.16, n especial 1, p. 1-11, 2013.

CLOT, Y. Trabalho e poder de agir. Resenha São Paulo: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol 36, n. 123, p.150-152, 2011.

CLOT, Y. Trabalho e sentido do trabalho. In: MAFFEI, M W. R.; SZNELWAR, M.; AZEVEDO, L.; OLIVEIRA, A. A. P. **Ergonomia** . São Paulo: Editora Blucher, p. 265-277, 2008.

CLOT, Y.; LHUILIER, D. **Agir en clinique du travail**. Paris: Éres, 2010.

CLOT, Y.; LHUILIER, D. **Perspectives en clinique du travail**. Paris: Éres, 2015.

CLOT, Y.; LHUILIER, D. **Travail et Santé. ouvertures cliniques** Paris: Éres, 2010.

COSTA, F. M., VIEIRA, M.A., SENA, R.R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

COSTA, Jurandir. **Psicanalise e Contexto Cultural**. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1994.

COSTA, N.; RIBEIRO, J.M.; SILVA, P.LB. Reforma do Estado e Mudança Organizacional: um estudo de hospitais públicos. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.05, n.2, p. 427-42, 2000.

COUTO, Mia. **Cada homem é um raça**. Lisboa: Editorial Caminho, SA, 1990.

CUNHA, J. B.; BLANK, V.L.; BOING, A.F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005) Santa Catarina: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 12, n. 2, p. 226-236, 2009.

DEJOURS, C, ABDOUCHELI, E., JAYET, C.; coordenação Maria Irene Stocco Betiol. (1994). **Psicodinâmica do Trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7 edição. Rio de Janeiro: FGV editora, 2013.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. Estudo de Psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

DEJOURS, C. **Le travail vivant. Travail et émancipation**. Paris: Payot, 2009.

- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 2005.
- DEJOURS, C. Por um trabalho, fator de equilíbrio. São Paulo: **Revista de Administração de Empresas**, vol. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.
- DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. Tradutor : Gustavo A. Ramos Mello Neto. Maringá: **Revista Psicologia em Estudo**, vol. 17, n.3, p. 363-371, 2012.
- DEJOURS, C. **Travail: usure mentale – essai de psychopathologie du travail**. Nouvelle édition augmentée. Paris: Bayard, 2000.
- DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e Trabalho. O que fazer?** Brasília: Paralelo 15, 2010.
- DEJOURS, C. **Le Choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité**. Paris: Bayard, 2015.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. (org.) **Handbook of qualitative research**. Londres: Editora Sage Publications, 1994.
- EHRENBERG, A. **La fatiga de ser uno mismo. Depresion y sociedad**, Buenos Aires, Nueva Vison, 2000.
- EHRENBERG, A. Depressão doença da autonomia? In: **Revista Agora**. Rio de Janeiro, n7(1), jan. Entrevista, 2004.
- EHRENBERG, A. **La Fatigue D'être soi: Dépression et Sociétés**. Paris: Otilie Jacob, 1998.
- EHRENBERG, A. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. Paris/France: **Revue Esprit**, n. 304, p. 133-156, 2004.
- ESTORCE, T.P. & KURCGANT, P. Licença médica e gerenciamento de pessoal de enfermagem. São Paulo: **Revista Escola de Enfermagem USP**, vol. 45, n. 5, p. 1199-1205, 2011.
- FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção dos sujeitos. São Paulo: **Saúde e Sociedade**, vol. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.
- FERNANDES, J.D; MELO, C.M.M.; GUSMÃO, M.C.C.M. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 14, n.5, p. 803-811, 2006.
- FILHO, J.F.S.; JARDIM, S. **A danação do trabalho. Organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.
- FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- FONSECA, J.C.F.; TOLFO, S.R; MARTINS, G.V. Sentidos e significados do trabalho na implantação do subsistema integral de atenção à saúde do servidor (SIASS): a perspectiva

dos médicos peritos. In: ARAÚJO, J.G.A.; FERREIRA, M.C; ALMEIDA, C.P. (orgs). **Trabalho e Saúde. Cenários, impasses e alternativas no contexto o brasileiro**. São Paulo: Opção, 2015.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Rio de Janeiro: VERVE, vol.18, p. 167-194, 2010.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, p. 171- 189, 1981.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, p. 143-170, 1981.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: P.RABINOW & H DREYFUS. **Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

FRANÇA, M.B.; MUNIZ, H. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. **Trabalho, Educação & Saúde**, v. 09(01), p. 201-221, 2011.

FRANCO, R. B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **A construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ/Abrasco, p. 181-193, 2005.

GAULEJAC, V. **As origens da vergonha**. Tradução de Maria Beatriz de Medina. São Paulo: Via Lettera Editora, 2006.

GAULEJAC, V. **La névrose de classe**. Paris, Hommes & Groupes editers, 1987.

GAULEJAC, V.; HANIQUE, F. **Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou**. Paris: Éditions du Seuil, 2015.

GIDDENS, A. **A sociologia**. Porto Alegre: Artemed, 2005.

GIUST-DESPRAIRIES, F.; FAURE, C. **Figures de l'imaginaire contemporain**. Paris: Éditions des archives contemporaines, 2014.

GLINA, M. R.; ROCHA, L. E.; BATISTA, M. L.; MENDONÇA, M. G. V. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexa com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, vol. 17, n.3, p. 607-616, 2001.

GOMEZ, C. M. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: Gomes, C. M ; MACHADO, J. M. H.M ; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, p. 23 -34, 2013.

GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**, volume 3. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**, volume 2. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HELOANI, J. R. & CAPITÃO, C. G. **Saúde Mental e Psicologia do Trabalho**. São Paulo: São Paulo em perspectiva, vol. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. **Saúde Mental e Psicologia do Trabalho**. São Paulo: São Paulo em perspectiva, vol. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

HIRATA, H. (org.) A divisão capitalista do trabalho. São Paulo: **Tempo Social. Revista Sociologia USP**, vol.1, n.2, p. 73-103, 1989.

HIRIGOYEN Marie-France. **Assédio Moral. A violência perversa no cotidiano**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1998.

IBAÑEZ, N. & NETO, G.V. Modelos de gestão do SUS. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12 (Sup), p. 1831- 1840, 2007.

JAKUES, M. G. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, vol. 15, n. 1, p. 92-116, 2003.

JUNIOR, J. H. V.& ESTHÉR, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. São Paulo: RAE - **Revista de Administração de Empresas**, vol. 41, n.3, p. 20-30, 2001.

KAES, R. **Crises et traumas à l'épreuve du temps. Le travail psychique dans les groupes, les couples et les institutions**. Paris: Dunod, 2015.

LACAZ, F. A. C. O. O campo da saúde do trabalhador: resgatando conhecimento e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LACAZ, F. A. C. O. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 1, p. 151- 161, 2000.

LANCMAN, S. & SZNELWAR, L.I. **Christophe Dehours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho** (org). Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

LE GUILLANT, L. **Le drame humain du travail**. Toulouse : Erès, 2006.

LE VEN, M.M. **Afeto e Política. Metodologia qualitativa: história oral de vida e sociologia clínica**. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da UFMG, Linha Ed. Tela e Texto, 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Editora Nacional e Editora da USP, 1970.

LHUILIER, D. **Cliniques du Travail**. Paris: Érés.

LHUILIER, D. **Construire le "Faire ensemble"**. Dossier Faire Équipe. Paris: **Santé Mentale**, n. 186, p.20-26, 2014.

LHUILIER, D. Le "Sale Boulot". Paris: **Travailler**, vol.14, p. 73-98, 2005.

LHUILIER, D. Travail du négatif – travail sur le négatif. Paris: **Education Permanente**, n.179, p.39-58, 2009.

LHUILIER, D. Introdução à psicossociologia do trabalho. São Paulo: **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 17, n.1, p. 5-19, 2014.

LHUILIER, D. Compétences émotionnelles: de la proscription à la prescription des émotions au travail. Paris: **Psychologie du travail et des organisations**, n.12, p. 91-103, 2006.

LHUILIER, D. A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho. Belo Horizonte: **Trabalho & Educação**, vol. 21, n. 1, p. 13-38, 2012.

LHUILIER, D. Introduction à la psychosociologie du travail. Paris: **Nouvelle Revue de Psychosociologie**, vol.15, p.11-30, 2013.

LHUILIER, D. L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. Paris: **Sciences Sociales et Santé**, vol. 28, n. 2, p.31-62, 2010.

LHUILIER, D. Négatif psychosocial et subjectivation. Contribution a la clinique du travail. Mémoire pour l'Habilitation à Diriger les Recherches. Ecole Doctorale Connaissance et Culture. Paris X – Nanterre, 2002.

LHUILIER, D. Travail, management et santé psychique. Paris: **Connexions**, vol. 01, n. 91, p. 85-101, 2009.

LHUILIER, Dominique. **Placardisés des exclus dans l'entreprise**. Paris: Éditions du seuil, 2002.

LIMA, Maria. Elizabeth Antunes. A relação entre distúrbio mental e trabalho: evidências epidemiológicas recentes. In: CODO, W. (org.). **O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

LIMA, R. S.; LOURENÇO, E. B. Os afetos no processo de trabalho ferencial no hospital: as vivências do enfermeiro. UFSM: **Revista de Enfermagem**, vol. 4, n. 3, p.478-487, 2014.

LIMA, Rita. C. S. Trabalhador 2000: inteligente, criativo, emocionado e participativo. In: BORGES, L.C., MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M.D. **Organização do Trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: EDUFES, 2001.

LIMA, S. M. Produção de conhecimento sobre a tríade saúde, trabalho e subjetividade. In: Gomes, C. M; MACHADO, J. M. H.M; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, p. 23 -34, 2013.

MACHADO, C.V. Novos Modelos de Gerência nos Hospitais Públicos: as Experiências Recentes. Rio de Janeiro: **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, vol. 11, n.1, p. 105-197, 2001.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da Norma. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed Graal. Série Saber e Sociedade, 1978.

MANZO, B. F. , BRITO, M.J.M., CORRÊA, A.R. Implicações do processo de trabalho hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, Vol.46, n. 02, p. 388-94, 2012.

MARGLIN, S. Origem e funções do parcelamento das tarefas (Para que servem os padrões?) In: A. GORTZ (ED.). **Crítica da divisão do trabalho**. São Paulo: Martins Fontes, p. 37-77, 1989.

MARQUES, S. V.D; MARTINS, G.B.; SOBRINHO, O.C. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. Rio de Janeiro: **CADERNOS EBAPE.BR**, v. 9, Edição Especial, artigo 11, 2011.

MARTINEZ, M. C., PARAGUAY, A.I.B.B e LATORRE, M. R. D. O. **Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores**. Rio de Janeiro: Revista Saúde Pública, vol. 38, n.1, p.55-61, 2004.

MARTINS, M. I. C; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013.

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

MARX, K. **O capital**. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. Vol. 1.

MATTOS, R. A. Em busca de novos projetos coletivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, p. 250-252, 1999.

MATTOS, R. A. **Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional. Algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns direitos**. Estado, Sociedade e Formação, 2010.

MEIRELLES, D.S. O conceito de serviço. São Paulo: **Revista de Economia Política**, vol. 26, n.1, p. 119-136, 2006.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo (mimeo), 1992.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES, R; DIAS, E.C. Da medicina do Trabalho à saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: **Revista de Saúde Pública**, vol. 25, p. 341-349, 1991.

MERHY, E. E., FRANCO, T.B. **Reestruturação Produtiva em Saúde**. Dicionário de educação profissional em saúde, 2009. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/reeprosau.html>. < Acesso em: 10 Janeiro 2014.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B., Por uma composição técnica do trabalho centrado nas tecnologias leves e no campo relacional. In: **Saúde em Debate**, Ano XXVII, vol. 27, n. 65,

Rio de Janeiro, 2003.

MERHY, E.E. 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: CAMPOS, C.R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã, p. 104-120, 1998.

MERLO, A.R.C.M; LAPIS, N.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. Rio de Janeiro: **Psicologia & Sociedade**, vol. 19, n.1, p. 61-68, 2007.

MERLO, A. R. C. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: Gomes, C. M ; MACHADO, J. M. H.M ; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 369 -383, 2013.

MILLS, W. **A nova classe média**. 3° ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MINAYO, M. C. De S. - O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento.

MOLINIER, Pascale. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar. 1988-2002. Tradução Maria Waks Rosenfeld Sznelwar. São Paulo: **Revista Produção**, vol.14, n.3, p. 14-26, 2004.

MONTEIRO, S. M.; GOMES, J. R. Reestruturação Produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, vol.14, n. 02, p. 345-353, 1998.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. São Paulo/Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo: **Psicologia & Sociedade**, 19 Edição Especial1, p. 14-20, 2007.

NETO, A. F. P. **Ser médico no Brasil. O presente no passado**. Coleção História e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

NEVES, M. Y.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Saúde Mental e Trabalho: um campo em construção. In: ARAÚJO, A. et al. (orgs.) **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, vol. 3, n. 3, p. 332-342, 1987.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública**, vol. 17, n. 3, p. 61-70, 1983.

NUNES, E. D., CASTELLANOS, M. E. P. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. Rio de Janeiro: **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 4, p. 1341-1356, 2010.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V., JUNIOR, W. V. **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009.

OSÓRIO D. S., C. As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho. In: ROSA, E. M., NOVO, H. A., BARROS, M. E. B., MOREIRA, M. I. D (orgs). **Psicologia e Saúde: desafios às políticas públicas no Brasil**. Vitória: EDUFFES, p. 75-90, 2006.

OSÓRIO D. S., C. Trabalho e subjetividade no hospital geral. Rio de Janeiro: **Psicologia, Ciência e Profissão**, vol. 18, n. 2, p. 26 – 33, 1998.

OSÓRIO D. S., C. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

OSÓRIO, C e RAMMINGER, T. O trabalho como operador da saúde. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 12, p. 4751-4758, 2014.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. São Paulo: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 36, n.123, p. 118-127, 2011.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Rio de Janeiro: **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 01, n.1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M., SCRAIBER, L.B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário de educação profissional em saúde, 2009. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 10 Janeiro 2014.

PENA, P.G.L., MINAYO-GOMES, C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. São Paulo: **Saúde e Sociedade**, vol. 19, n.2, p. 371-383, 2010.

PESSOA, E., MARTINS, M., O emprego público no Brasil, nos anos 90. Porto Alegre: **Ensaio FEE**, vol.24, n.1, p.249-270, 2003.

PINTO, B. O. S.; CARRETEIRO, T. C. O. C.; RODRIGUEZ, L. S. Trabalhando no “entre”: a história de vida laboral como método de pesquisa em Psicossociologia. Belo Horizonte: **Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, vol. 2, n. 5, p. 941- 985, 2015.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e enfermagem**. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 53, p. 251-63, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume Editora, 2008.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

RAMMINGER, T.; Nardi, H.C. Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: Análise das Conferências Nacionais Brasileiras Psicologia. Brasília/CRP: **Psicologia: Ciência & Profissão**, vol. 27, n. 4, p. 680-693, 2007.

RAMOS, M.A.; TITTONI, J. & NARDI, H.C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. Rio de Janeiro: **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol.11, n. 02, p. 209-221, 2008.

RIBEIRO, C.V.S.; LÉDA, D.B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. Rio de Janeiro/UERJ: **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, n. 2, p. 76-83, 2004.

RIBEIRO, A.C.A, MATTOS, B.M.; ANTONELLI, L.C.C, JUNIOR, E. G. Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. Maringá: **Psicologia em Estudo**, vol. 16, n. 4, p. 623-633, 2011.

RIBEIRO, C.V.S.; LÉDA, D.B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. Rio de Janeiro/UERJ: **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, n. 2, p. 76-83, 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, n. 20 (2), p. 438-446, 2004.

RIOS, I.C. Humanização e ambiente de trabalho na visão dos profissionais de saúde. São Paulo: **Saúde & Sociedade**, vol. 17, n. 4, p.151-160, 2005.

ROCHA, A. M., FELLI, V. E. A. A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência. Brasília (DF): **Revista Brasileira Enfermagem**, vol.57, n. 4, p. 453-8, 2004.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. T., (org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

ROSSETII, C.C.; ARAÚJO, J.N.G. Trabalho no SUS e a saúde no trabalho: possibilidades ou paradoxo? In: ARAÚJO, J.G.A.; FERREIRA, M.C; ALMEIDA, C.P. (orgs). **Trabalho e Saúde. Cenários, impasses e alternativas no contexto o brasileiro**. São Paulo: Opção, 2015.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISHER, F. M. **Trabalho em turnos e noturno**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

SÁ, M. DE Castilho. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo/USP, São Paulo.

SALA, A.; PARREIRA, S. M. C. P. O trabalho no setor hospitalar: adoecimento e afastamentos por motivo de saúde. In: ASSUNÇÃO, A.A , BRITO, J. (orgs). **Trabalhar na Saúde. Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 151-170, 2011.

SANTOS-FILHO, S. & BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde. Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

SANTOS, B.S.S. **Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade**. 14 edição, São Paulo: Editora Cortez, 2013.

SANTOS, B.S.S. **Um discurso sobre as ciências**. 9 edição. Porto: Edições Afrontamento, 1997.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações**. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/A%2520gestao%2520hospitalar%2520e%2520a%2520Ref%2520Administrativa%2520versao%2520CEBES.pdf>.

SATO, L.; BERNARDO. Saúde Mental e trabalho: os problemas que persistem. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.10, n. 4, p. 868-878, 2005.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis/Rio de Janeiro: Editora Vozes, 11 edição, 2011.

SCHRAIBER, L. **B.O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M,; ATHAYDE, M; BRITO, J; ALVAREZ, D. **Labirintos do Trabalho**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. Rio de Janeiro: **Proposições**, n.1. p. 25-39, 2000.

SELIGMAN-SILVA, E. Os riscos da Insensibilidade. In: ARAÚJO, A.; ALBERT, M.F.; NEVES, A.Y.; ATHAYDE, M. (orgs) **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste Mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde Mental e automação: a propósito de um estudo de caso do setor ferroviário. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 13, n.2, p. 95-109, 1997.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde Mental e Trabalho. In: TUNDIS, S.A., COSTA, N.R. (orgs). **Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987, p. 217-288.

SELIGMANN-SILVA, E. Uma história de “crise de nervos”: saúde mental e trabalho. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSHINELLU, J.T.P. **Isto é trabalho de gente!** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

SILVA, A. P.; BARROS, C.R.; NOGUEIRA, M.LM; BARROS, V.A.B. Conte-me sua história: reflexões sobre o método de história de vida. Belo Horizonte: **Revista Mosaico**, vol. 1, n. 1, p. 25-35, 2007.

SILVA, C. O. & RAMMINGER, T. **O trabalho como operador de saúde**. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.19, n. 12, 4751-4758, 2014.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional. Análise Crítica**. São Paulo: Editora Cortez, 1986.

SILVA, L. S.; PINHEIRO, T.M.M.; SAKURAI, E. Reestruturação Produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, n. 23(12), p. 2949-2958, 2007.

SIVADON, Paul. *Psychopathologie du travail*. Collection des Sciences Humaines Appliquées. Paris: ESF, 1969.

SOUZA, S.A.D; MOULIN, M.G. Serviço Público: significados e sentidos de um trabalho em mutação. Rio de Janeiro: **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 17, n. 1, p. 49-65 2014.

THEBAUD-MONY, A. Precarização social do trabalho e resistências par a (re)conquista dos direitos dos trabalhadores na França. Salvador: **Caderno CRH**, n. 24(1), p. 23-35, 2011.

TITTONI, J. Saúde mental. In: CATTANI, A. (Org.) **Trabalho e tecnologia; dicionário crítico**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, p.215-19, 1997.

TURATO E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2013.

TURATO, R. E. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa Definição e Principais Características. Sociedade Portuguesa de Psicossomática Porto, Portugal: **Revista Portuguesa de Psicossomática**, vol. 2, n. 1, p. 93-108, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. - Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

VALLADARES, L. P. **A Escola de Chicago. Impacto de uma tradição no Brasil e na França**. Belo Horizonte: Editora UFMG e Rio de Janeiro: IUPERJ, 2005.

VASCONCELOS, L.C.F. ; MACHADO, J.M.H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: Gomes, C.M ; MACHADO, J.

M.H.M; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 23 -34, 2013.

VEIL, Claude. *Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail*. Paris: Érès, 2012.

VIEIRA, S.B.; SELIGMANN, E.; ATHAÍDE, M. Dimensões ocultas no hospital: o “trabalho sentimental” e as violências presentes na relação de serviço. In: ARAÚJO, A.; ALBERT, M.F.; NEVES, A.Y.; ATHAYDE, M. (orgs) **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

ZAWIEJA, P.; GUARNIERI. **Dictionnaire des risques psychosociaux**. Paris: Éditions du Seuil, 2014.

ANEXOS

Anexo I: Lei de 03 de outubro de 1832

LEI DE 3 DE OUTUBRO DE 1832

Dá nova organização ás actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia.

A Regencia, em Nome do Imperador do Senhor D. Pedro II, Faz saber a todos os subditos do Imperio que a Assembléa Geral Legislativa Decretou, e Ella Sanccionou a Lei seguinte:

TITULO I

Das Escolas, ou Faculdades de Medicina

Art. 1º As Academias Medico-cirurgicas do Rio de Janeiro, e da Bahia serão denominadas Escolas, ou Faculdades de Medicina.

Art. 2º Haverá em cada uma dellas quatoze Professores, que serão todos de profissão medica, occupando cada um uma das cadeiras do Magisterio.

Art. 3º Haverá tambem seis Substitutos, dos quaes pertencerão dous ás sciencias accessorias, dous ás chirurgicas, e dous ás medicas.

Os Substitutos serão tambem os Preparadores das cadeiras da secção respectiva.

Art. 4º O Governo fica autorizado a jubilar com o ordenado actual aquelles dos LEntes, e Substitutos agora existentes, que pela sua idade, ou enfermidades não poderem continuar a tomar parte activa nas funcções do Magisterio; a destinar os outros ás cadeiras, para que forem mais idoneos: e a prover os lugares restantes de Professores, e Substitutos, em pessoas, que tenham a necessaria capacidade, podendo admittir estrangeiros na falta de nacionaes.

Art. 5º Os lugares de Substitutos, que vagarem, depois de organizadas as Escolas, serão providos nas pessoas, que mediante concurso, forem por ellas apresentadas ao Governo como mais habeis.

Art. 6º Para entrar em concurso, cuja fórma será determinada nos Regulamentos da Faculdade, é preciso: 1º Ser cidadão brasileiro: 2º Apresentar titulo legal de Medico, ou Cirurgião. Passados porém quatro annos depois de organizadas as Escolas, ninguem será a elle admittido, sem apresentar titulo de Doutor em medicina, por ellas conferido, ou approvedo.

Art. 7º Sómente os Substitutos têm o direito de succeder nas cadeiras: para isso quando houver vaga, a Faculdade respectiva apresentará ao Governo aquelle d'entre elles, que, mediante concurso, fôr julgado mais habil.

Art. 8º Os empregados das Faculdades serão: 1º Um Director nomeado triennialmente pelo Governo sobre lista tríplice, proposta pelas Faculdades, d'entre os seus membros; o qual ficará dispensado de assistir exames, e theses; e na sua falta, ou impedimento, fará as suas vezes o Professor mais antigo no Magisterio da Escola: 2º Um Secretario, que será da profissão

medica, nomeado pela Faculdade, com o ordenado de oitocentos mil réis: 3º Um Thesoureiro, que será um dos Substitutos, sem vencimentos, nem propinas, eleito annualmente pela Faculdade.

Art. 9º O Director, Professores, e Substitutos, terão as memas honras, e direito de jubilação, que tiverem os dos Cursos Juridicos. Os Lentes Proprietarios terão de ordenado um conto e duzentos mil réis; e os Lentes Substitutos oitocentos mil réis. Nenhum delles poderá ser demittido por faltas que haja commettido como Lente, ou Substituto, sem que seja ouvida a Faculdade respectiva.

Art. 10. Além dos empregados acima mencionados, haverá um Porteiro com o ordenado de quatrocentos mil réis, e os mais empregados, que se julgarem necessarios para o serviço das Escolas, com os ordenados, que ellas arbitrarem. Todos estes empregados serão nomeados pelo Director com approvação da Faculdade.

Art. 11. As Faculdades concederão os titulos seguintes: 1º de Doutor em Medicina: 2º de Pharmaceutico: 3º de Parteira. Da publicação desta Lei em diante não se concederá mais o titulo de Sangrador.

Os diplomas serão passados pelas Faculdades em nome das mesmas, no idioma nacional, e pela fôrma que ellas determinarem.

Art. 12. Os que obtiverem o titulo de Doutor em Medicina pelas Faculdades do Brazil, poderão exercer em todo o Imperio indistictamente qualquer dos ramos da arte de curar.

Art. 13. Sem titulo conferido, ou approved pelas ditas Faculdades, ninguem poderá curar, ter botica, ou partejar, emquanto disposições particulares, que regulem o exercicio da Medicina, não providenciarem a este respeito.

Não são comprehendidos nesta disposição os Medicos, Cirurgiões, Boticarios, e Parteiros, legalmente autorizados em virtude de Lei anterior.

Art. 14. Compete ás Faculdades: 1º Formar os seus Regulamentos policiaes, disciplinares, e economicos, dependentes da appovação do Poder Legislativo: 2º Verificar os titulos dos Medicos, Cirurgiões, Boticarios, e Parteiros, obtidos em Escolas estrangeiras, e os conhecimentos dos mesmos individuos, por meio de exames, a fim de que elles possam exercer legalmente suas profissões em qualquer parte do Imperio, pagando por estas verificações os Medicos, Cirurgiões, e Boticarios a quantia de cem mil réis.

TITULO II

Do Ensino

Art. 15. Haverá em cada Faculdade quatorze cadieras. As materias do ensino serão distribuidas da maneira seguinte:

1ª Cadeira Physica medica. 2ª Cadeira Botanica medica, e principios elementares de Zoologia. 3ª Cadeira Chimica medica, e principios elementares de Mineralogia. 4ª Cadeira Anatomia geral e discriptiva. 5ª Cadeira Physiologia. 6ª Cadeira Pathologia externa. 7ª Cadeira Pathologia interna. 8ª Cadeira Pharmacia, materia medica especialmente a brazileira, Therapeutica e arte de formular. 9ª Cadeira Anatomia topographica, medicina operatoria, e aparelhos. 10ª Cadeira Partos, molestias de mulheres pejadas, e paridas, e de meninos recém-nascidos. 11ª Cadeira Hygiena, e Historia da medicina. 12ª Cadeira Medicina legal. 13ª Cadeira Clinica externa, e Anatomia

pathologica respectiva. 14ª Cadeira Clinica interna, e Anatomia pathologica respectiva.

Art. 16. As aulas serão publicas, e ficarão situadas dentro, ou na vizinhança dos Hospitales Civis. As Faculdades, de accôrdo com os Administradores destes Hospitales, fixarão por um regulamento especial a administração medica das Enfermarias destinadas ao ensino clinico.

Art. 17. As materias do Curso Medico serão distribuidas em seis annos da maneira seguinte:

1º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Physica medica: 2ª Botanica medica, e principios elementares de Zoologia.

2º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Chimica medica, e principios elementares de Mineralogia: 2ª Anatomia geral, e descriptiva.

3º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Anatomia geral e descriptiva: 2ª Physiologia.

4º ANNO

Tres cadeiras: 1ª Pathologia externa: 2ª Pathologia interna: 3ª Pharmacia, Materia medica especialmente a brasileira, Therapeutica, e arte de formular.

5º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparatus: 2ª Partos, enfermidades de mulheres pejudadas, e paridas, e de meninos recém-nascidos.

6º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Hygiene, e Historia da Medicina: 2ª Medicina legal.

A cadeira de Clinica externa, e Anatomia pathologica respectiva, frequentar-se-ha desde o segundo anno até o sexto inclusive; a de Clinica interna, e Anatomia pathologica respectiva no quinto e sexto anno.

As Faculdades, quando julgarem necessario, poderão propôr uma reforma para a distribuição das materias, que a pratica tiver mostrado ser mais vantajosa.

Art. 18. As materias do Curso Pharmaceutico serão distribuidas em tres annos da maneira seguinte:

1º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Physica medica: 2ª Botanica medica, e principios elementares de Zoologia.

2º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Botanica medica, e principios elementares de Zoologia: 2ª Chimica medica e principios elementares de Mineralogia.

3º ANNO

Duas cadeiras: 1ª Chimica medica, e principios elementares de Mineralogia, 2ª Materia medica, especialmente a brazileira, Pharmacia, e arte de formular.

Durante os mesmos, ou outros tres annos, deverão os que seguirem este curso, praticar na botica de um boticario approved: s ó depois desta pratica, e do curso, obterão o titulo competente.

Art. 19. Haverá um curso particular para as Parteiras, feito pelo Professor de Partos.

Art. 20. O anno lectivo começa no primeiro dia de Março, e acaba no ultimo de Outubro. Os exames annuaes devem ter lugar depois deste época até o dia vinte de Dezembro. Não haverá feriado, senão nos dias santos, e nos de Festa Nacional. Exceptuam-se desta disposição as Clinicas, nas quaes não haverá feriados.

TITULO III**DOS ESTUDANTES**

Art. 21. Os estudantes se matricularão antes do principio de cada anno lectivo.

A taxa das matriculas será em cada um delles de vinte mil réis: os quaes, assim como as sommas, que pagarem os Medicos, Cirurgiões, e Boticarios pela verificação dos titulos obtidos em Escolas estrangeiras, servirão para comprar livros para a Bibliotheca da Escola.

Art. 22. O estudante, que se matricula para obter o titulo de Doutor em Medicina, deve: 1º Ter pelo menos dezaseis annos completos: 2º Saber Latim, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Philosophia Racional e Moral, Arithmetica e Geometria. O que se matricula para obter o titulo de Pharmaceutico, deve: 1º Ter a mesma idade: 2º Saber, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Arithmetica e Geometria, ao menos plana. A mulher, que se matricula para obter o titulo de Parteira, deve: 1º Ter a mesma idade: 2º Saber ler, e escrever correctamente: 3º Apresentar um attestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguezia respectiva.

Art. 23. Os exames dos preparatorios serão feitos por tres Professores Publicos nomeados pela Faculdade, e acompanhados do Secretario da mesma. As Faculdades, estabelecerão nos estatutos, que ordenarem, a fôrma destes exames.

Art. 24. Os estudantes não serão obrigados a fazer exame no fim do anno, que tiverem frequentado, e poderão fazel-o o decurso do seguinte, ao mesmo tempo que estudarem as materias desse anno; mas se no fim delle ou antes da época da matricula do subsequente, não tiverem sido approveds ao menos no exame mais atrazado, não poderão ir adiante.

Art. 25. Nenhum dos seis exames annuaes versará sobre a materia das duas Clinicas, o exame destas será feito á cabeceira dos doente depois do sexto anno. Os estudantes do Curso Pharmaceutico, depois dos tres exames annuaes, passarão por outro pratico, no qual executarão varias preparações pharmaceuticas.

Art. 26. Passados todos os exames, o candidato não obterá o titulo de Doutor, sem sustentar em publico uma these, o que fará quando quizer. As Faculdades determinarão por um regulamento a fôrma destas theses, que serão escriptas no idioma nacional, ou em latim, impressas á custa dos candidatos; os quaes assim como os Pharmaceuticos, e Parteiras, pagarão tambem as despesas feitas com os respectivos diplomas.

Art. 27. Os exames serão publicos, e sobre as materias do ponto, que o examinando tirar por sorte. Os estatutos determinarão a sua distribuição, e fórma.

TITULO IV

DISPOSIÇÕES GERAES

Art. 28. Os Cirurgiões formados, ou simplesmente approvados pelas actuaes Academias Medico-cirurgicas, e os alumnos, que actualmente as frequentam, poderão receber o gráo de Doutor em Medicina, fazendo os exames, que ainda não tiverem feito, tanto das materias dos annos lectivos, como dos preparatorios, ficando aquelles dispensados de toda a frequencia, e estes de frequentarem as aulas, que já houverem frequentado. No caso porém de estes quererem obter o titulo de Cirurgião formado, as Escolas o conferirão, como actualmente se pratica.

Art. 29. As pessoas, que, tendo obtido titulo de formatura em qualquer Escola estrangeira, quizerem obter o de Doutor nas do Brazil, justificada previamente a identidade da pessoa, serão dispensadas sómente da frequencia das aulas e sujeitar-se-hão a todos os exames, e onus, a que forem obrigados os alumnos das Faculdades brazileiras: as pessoas porém, que ainda não tiverem obtido os ditos titulos, serão dispensadas sómente da frequencia das materias scientificas, que authenticamente mostrarem ter estudado.

Art. 30. De quatro em quatro annos haverá um concurso, para se escolher um individuo doutorado pelas Escolas do Brazil, que viaje á custa do Estado, a fim de colher os conhecimentos, que as mesmas julgarem convenientes.

Art. 31. A Assembléa Geral Legislativa arbitrará a cada uma das Faculdades uma somma sufficiente para a compra de machinas, instrumentos, e mais cousas necessarias ás experiencias phisicas, e chimicas, ás preparações, e disseccões anatomicas, etc.

Art. 32. As Faculdades de Medicina ficam autorizadas a receber, e guardar os fundos, legados, e presentes, que lhe forem feitos por qualquer Governo, corporação, ou individuo com hum fim util á humanidade, e á sciencia, e dispôr dos ditos fundos, segundo as intenções dos doadores, para maior beneficio das Instituições Medicas.

Art. 33. O ensino da Medicina fica livre: qualquer pessoa nacional ou estrangeira, poderá estabelecer Cursos particulares sobre os diversos ramos das sciencias medicas e leccionar á sua vontade sem opposição alguma da parte das Faculdades.

Art. 34. Enquanto pelo Poder Legislativo não forem approvados os Regulamentos, de que trata o art. quatorze, regular-se-hão as Escolas Medicas pelos Estatutos, e Regulamentos da Faculdade de Medicina de Paris, na parte, que lhes fôr applicavel; e quanto ao mais providenciarão as Faculdades por meio de Regulamentos provisorios.

Art. 35. Ficam revogadas todas as Leis, e mais disposições em contrario.

Manda por tanto á todas as Autoridades, a quem o conhecimento, e a execução da referida Lei pertencer, que a cumpram, e façam cumprir, e guardar, tão inteiramente, como nella se contém. O Secretario de Estado dos Negocios do Imperio a faça imprimir, publicar, e correr.

Dada no Palacio do Rio de Janeiro aos tres dias do mez de Outubro de mil oitocentos trinta e dous, undecimo da Independencia e do Imperio.

FRANCISCO DE LIMA E SILVA

JOSÉ DA COSTA CARVALHO

JOÃO BRAULIO MONIZ

Nicolau Pereira de Campos Vergueiro

Carta de Lei pela qual Vossa Magestade Imperial Manda executar o Decreto da Assembléa Geral Legislativa, que houve por bem Sanccionar, dando uma nova organização ás actuaes Academias Medico-Cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e da Bahia, como acima se declara.

Para a Vossa Magestade Imperial ver.

Bento Francisco da Costa Aguiar de Andrada a fez.

Registrada a folhas 192 v. do Liv. 5º de Leis, Alvarás e Cartas. Secretaria de Estado dos Negocios do Imperio em 16 de Outubro de 1832.

Albino dos Santos Pereira Honorio Hermeto Carneiro Leão

Sellada a Chancellaria do Imperio foi publicada a presente Lei aos 23 dias do mez de Outubro de 1832.

Luiz Joaquim dos Santos Marrocos

Este texto não substitui o original publicado no Coleção de Leis do Império do Brasil de 1832

Publicação:

Coleção de Leis do Império do Brasil - 1832, Página 87 Vol. 1 pt. I (Publicação Original)

Anexo II: Roteiro de Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
 ICHF -INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSÓFICAS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
 DOUTORADO EM PSICOLOGIA

ENTREVISTA N° _____

DATA: ___/___/___

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Sexo: feminino masculino Idade: _____

2.DADOS DE FORMAÇÃO

Graduação _____ ano de conclusão _____

Especialização _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Outros cursos na área de formação _____

Outros cursos em outras áreas _____

3 DADOS PROFISSIONAIS

Tempo de serviço público federal: ano de ingresso _____

Hospital no qual trabalha: _____

Função: _____ Setor: _____

Carga horária: _____ Escala de Trabalho diarista plantonista

Tipo de escala: _____

Outro vínculo profissional sim não Qual: _____

Função: _____ Setor: _____

Carga horária: _____ Escala de Trabalho diarista plantonista

Tipo de escala: _____

4. DADOS FAMILIARES

Estado Civil: casado(a) solteiro(a) viúvo(a) divorciado(a) união estável

Filhos: sim não, quantos: _____ sexo e idade _____

Histórico familiar de transtorno mental: sim não, quem: _____ e qual o diagnóstico:

HISTÓRIA DE VIDA LABORAL – ROTEIRO DE ENTREVISTA – GRAVAÇÃO Nº __

1. Histórico de escolha profissional
2. Atividades profissionais realizadas antes da entrada no serviço público: descrição da atividade com levantamento dos pontos de realização pessoal e profissional e dificuldades encontradas
3. Escolha e preparação para o ingresso no serviço público federal
4. Características da inserção nas atividades no serviço público federal: (1) a atividade está de acordo com a área de formação/especialização? (2) foi possível escolher o setor de exercício da atividade? (3) foi possível a escolha do tipo de escala de trabalho?
5. Descrição da atividade atual
6. Relação com os pacientes e familiares assistidos
7. Organização do coletivo do seu trabalho
8. Relação com os colegas de setor
9. Relação com as chefias imediatas
10. Quais os aspectos relacionados a satisfação/insatisfação profissional
11. Relação com a direção da unidade
13. Principais dificuldades /facilidades para a realização de sua atividade atual
14. Tentativas de melhoria do processo de trabalho
15. Processo de Sofrimento psíquico (ansiedade e depressão)
 - (1) primeiros sinais de sofrimento
 - (2) formas de lidar com o adoecimento anteriores a licença
16. Como surge a idéia de licença médica. Alguém sugeriu a licença médica: próprio servidor; família; psiquiatra assistente; chefia; perícia?.
17. Há quanto tempo está em licença?
18. Como a família lida com a licença médica
19. Como sente-se estando de licença

20. Há expectativas quanto ao retorno ao trabalho?
21. Como tem sido seu cotidiano desde que está em licença? (com a ausência do trabalho, com os familiares, na obrigação dos afazeres domésticos?)
22. Quais são os procedimentos de controle durante a licença?
23. Dados de outras atividades não laborais

DADOS DA LICENÇA

Motivo: _____

diagnóstico atual: _____

Tempo de licença atual: _____

Licenças anteriores:

Motivo: _____ Tempo: _____

Motivo: _____ Tempo: _____

Motivo: _____ Tempo: _____

Motivo: _____ Tempo: _____

Anexo III: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ICHF -INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSÓFICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Voluntário: _____

Idade: _____ **Telefones:** _____

O Srº (a) está sendo convidado (a) da participar na pesquisa ***“TRABALHAR E ADOECER: Investigação sobre os transtornos ansiosos e depressivos em profissionais de saúde licenciados***, vinculada ao curso de Doutorado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense e de responsabilidade da pesquisadora Danielle Vargas Silva Baltazar.

Declaro ter sido(a) informado(a) que, durante todo o período da pesquisa tenho o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora através do e-mail daniellevsbaltazar@gmail.com ou telefone [\(21\) 99979-4866](tel:(21)99979-4866).

A presente pesquisa tem por objetivo investigar as licenças e afastamentos médico-psiquiátricos por ansiedade e depressão entre profissionais de saúde, servidores públicos federais graduados, que atuam na assistência hospitalar, através de entrevista que tenha por objetivo a história de vida laboral. Além disso, contribuirá para uma compreensão ampliada sobre o processo de licença médica por ansiedade e depressão, bem como sua relação com o trabalho no hospital, o que poderá nos permitir melhor atuar na promoção da saúde do trabalhador.

Em caso de algum sinal de sofrimento observado no momento da entrevista por parte do entrevistador-psicólogo, o Srº (a) será questionado sobre o desejo de interrompê-la. Ainda assim, caso opte por não fazê-lo, é possível neste caso, já que se trata de um entrevistador-psicólogo, dar o apoio necessário para manejar e contornar a situação. É importante salientar que a perspectiva ética que engloba o bem estar dos sujeitos é prioridade em relação a qualquer outro procedimento.

Sua colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada. Esse procedimento não incorre em riscos, pois tem como foco a história de vida no trabalho e está garantida a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa, bem como das instituições hospitalares nas quais trabalhou ou trabalha e da(s) qual(is) encontra-se licenciado.

As entrevistas serão gravadas a partir da assinatura desta autorização, com o objetivo de melhor transcrição e fidedignidade das informações obtidas. Ressalta-se que os materiais gravados não serão disponibilizados a qualquer tempo para nenhuma outra pessoa ou pesquisa de campo que venha a ser realizada sobre a temática em questão.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus, com a finalidade exclusiva de colaborar com a realização da pesquisa. Caso tenha gastos com deslocamento ou alimentação para participar da pesquisa, estes serão ressarcidos pelo pesquisador responsável.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim prestadas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Eu, _____,

RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Nome do Entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____