

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – CURSO DE MESTRADO – EM PSICOLOGIA

PATRÍCIA DANTAS SILVEIRA LOPES

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: O ADOECIMENTO PSÍQUICO DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

CAMPO GRANDE - MS

2019

PATRÍCIA DANTAS SILVEIRA LOPES

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: O ADOECIMENTO PSÍQUICO DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Curso de Mestrado – em Psicologia, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como cumprimento de requisito final para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Branca Maria de Meneses.

CAMPO GRANDE - MS

2019

PATRÍCIA DANTAS SILVEIRA LOPES

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: O ADOECIMENTO PSÍQUICO DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Branca Maria de Meneses (Orientadora)

Profa. Dra. Dulce Regina dos Santos Pedrossian (Membro Externo)

Profa. Dra. Alexandra Ayach Anache (Membro Interno)

Profa. Dra. Ana Karla Silva Soares (Membro Suplente)

Ao grande amor da minha vida, Raphael.

Aos meus pais, familiares e amigos.

A todos os profissionais da área da saúde.

AGRADECIMENTOS

Participar do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) foi um grande desafio e um intenso processo de amadurecimento profissional e pessoal. Aqui, registro meu agradecimento a todos aqueles que de alguma forma fizeram parte desse momento.

Agradeço imensamente aos meus pais, por todo o incentivo e investimento em meus estudos, desde sempre e, principalmente, pelo apoio incondicional. Agradeço o suporte que recebi da minha “grande família” – a melhor que poderia existir. Ao meu esposo, Raphael, por ser extremamente compreensivo com meus incontáveis momentos de estudos, por entender as minhas ausências e, acima de tudo, por me incentivar tanto nessa jornada.

À minha orientadora, Profa. Branca Maria de Meneses, por me tirar da zona de conforto e contribuir com reflexões significativas para o desenvolvimento, não apenas da pesquisa, mas também, do meu pensamento crítico.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMS que participaram do meu processo de formação. Aos membros da banca de qualificação, Profa. Alexandra e Profa. Dulce, pelas sugestões e reflexões que enriqueceram imensamente as discussões desta pesquisa. À Ludmar pela grande colaboração em relação às normas e regulamentos do mestrado e pelas orientações constantes.

Às “*muselines*” da turma 2017.2, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMS, vocês foram essenciais nesse período, agradeço por poder compartilhar tantos momentos com vocês, continuamos na luta em favor da Psicologia e da pesquisa! Ray, você foi meu ponto de equilíbrio. Agradeço pela oportunidade incrível de te conhecer e pela maravilhosa amizade que desenvolvemos. Aos colegas do Grupo de Estudos Formação do Indivíduo e Trabalho (GEFIT) pelas excelentes discussões e, em especial, ao Angelo e a Rejane por todo o auxílio nesse período.

Às minhas amigas por dividirem as angústias do processo de formação e por serem as melhores ouvintes desse mundo. À Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), quero registrar a colaboração de todos para o desenvolvimento da pesquisa e dizer que senti saudades de vocês durante meu período de afastamento para conclusão do mestrado. Por fim, estendo meu agradecimento a todos da EBSEH que fizeram parte do processo de autorização da minha licença capacitação, pela oportunidade que tive de me dedicar aos estudos e pela liberação dos dados utilizados.

A vocês, minha eterna gratidão.

RESUMO

A ocorrência de afastamentos do trabalho por transtornos mentais tem aumentado significativamente conforme os dados do Ministério da Previdência Social do Brasil e, de acordo com o Ministério da Saúde, desde 2009, os transtornos mentais fazem parte dos três principais grupos de adoecimento na área de saúde do trabalhador. Com o propósito de investigar o adoecimento psíquico de profissionais da saúde no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), objetivamos identificar as categorias profissionais e os setores em que ocorreram afastamentos por transtornos mentais, bem como as devidas categorias diagnósticas, no período de 2015 a 2017. O referencial teórico desta pesquisa está fundamentado nos pressupostos de autores e estudiosos da Teoria Crítica da Sociedade, por considerarmos sua relevância para as análises sobre as contradições existentes na sociedade e, nesse sentido, possibilitar compreender o processo de adoecimento psíquico de trabalhadores da saúde. A metodologia escolhida foi a pesquisa documental, por meio da tabulação de planilhas e análise estatística dos dados que fazem parte de levantamentos do Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) do HUMAP-UFMS. Nas análises realizadas, questionamos o modelo de gestão hospitalar que tem possibilitado o adoecimento de profissionais da saúde e discutimos sobre seus processos de trabalho. Ao se corroborarem dados da literatura acadêmica, os resultados mostraram que os trabalhadores da enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) foram os profissionais da saúde com maior número de licenças médicas por transtornos mentais em comparação ao total de trabalhadores; a Enfermaria de Clínica Cirúrgica e o Pronto Atendimento Médico foram os setores com predominância de afastamentos; e as categorias diagnósticas mais frequentes nos atestados médicos foram o Transtorno misto de ansiedade e depressão e os Transtornos de ajustamento. Nas instituições hospitalares, apesar de todo o avanço tecnológico, a exploração da força de trabalho se faz presente, da mesma forma que as excessivas cargas de trabalho, pois a prioridade não tem sido as pessoas. Assim, os hospitais, cada vez mais adaptados ao sistema, repetem a lógica vigente ao administrar e dominar os trabalhadores. Estes, ao exercerem atividades que envolvem a luta pela garantia da vida, contraditoriamente, têm adoecido. A partir dessas e de outras reflexões, esperamos contribuir com a ampliação de estudos a respeito da saúde mental dos trabalhadores que atuam em hospitais.

Palavras-chave: Trabalhadores da saúde. Hospitais. Afastamentos. Transtornos mentais.

ABSTRACT

The occurrence of sick leave from work due to mental disorders has increased according to data from the Brazilian Ministry of Social Welfare and, according to the Ministry of Health, since 2009, mental disorders are part of the three main breastfeeding groups in the health sector worker. With the objective of investigating or adopting the psychological of health professionals of the Maria Aparecida Pedrossian University Hospital (HUMAP-UFMS), can identify as professional categories and the sectors in which sick leave occurs, as well as the appropriate diagnostic methods, without period from 2015 to 2017. The theoretical framework of this research is based on the assumptions of authors and scholars of the Critical Theory of Society, considering its relevance to analyzes of existing contradictions in society and, in this sense, enable the understanding or the process of psychological maturation of health work. The chosen methodology was a documentary research, through tabulation of spreadsheets and analysis of statistical data that is part of the surveys of the Occupational Health and Safety at Work (SOST) of HUMAP-UFMS. In the analyzes performed, questions or hospital management model that may be allowed or addressed by health professionals and discussions about their work processes. When confirming data from the academic literature, the results showing the nursing workers (nurses and nursing technicians) were the health professionals with the highest number of medical sales due to mental disorders compared to the total number of workers; Surgical Clinic Ward and Medical Care were the sectors with predominance of sick leave; and as the most frequent diagnostic categories in certified doctors were Anxiety and Depression Disorder and Adjustment Disorders. In hospital institutions, despite all the technological advances, the exploitation of the workforce is present, just as the excessive workloads, the priority has not been as people. Thus, hospitals, increasingly adapted to the system, repeat the current logic in managing and dominating workers. These, in exercising activities that involve a struggle for the guarantee of life, have, in contradiction, suffered. From these and other reflections, we hope to contribute to the expansion of studies on respect for the mental health of hospital workers.

Keywords: Health workers. Hospitals. Clearances. Mental disorders.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	50
TABELA 02 – CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DOS ATESTADOS MÉDICOS	54
TABELA 03 – DESCRIÇÃO GERAL DO ADOECIMENTO PSÍQUICO – 2015	55
TABELA 04 – CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS – 2015	56
TABELA 05 - DESCRIÇÃO GERAL DO ADOECIMENTO PSÍQUICO – 2016	57
TABELA 06 – CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS – 2016	59
TABELA 07 – DESCRIÇÃO GERAL DO ADOECIMENTO PSÍQUICO – 2017	60
TABELA 08 – CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS – 2017	62

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CTI	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva
CID-F	Classificação Internacional de Doenças de Transtornos Mentais e de Comportamento
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
DIVGP	Divisão de Gestão de Pessoas
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HUMAP-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Pronto Atendimento Médico
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SOST	Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
UCO	Unidade Coronariana
UEMT	Universidade Estadual de Mato Grosso
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. SAÚDE MENTAL E TRABALHO HOSPITALAR EM ALGUMAS PESQUISAS	16
2.1 ANÁLISES DAS PRODUÇÕES CONSULTADAS E SUAS RELAÇÕES COM ESTA PESQUISA.....	17
3. INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E ADOECIMENTO PROFISSIONAL: COMO COMPREENDER ESSA RELAÇÃO?	25
3.1 UM POUCO DE HISTÓRIA	25
3.2 REFORMAS SANITÁRIAS.....	31
3.3 DE PROFISSIONAL A PACIENTE: A SAÚDE DE QUEM CUIDA DA SAÚDE	38
4. SOCIEDADE ADMINISTRADA: ANÁLISES SOBRE O ADOECIMENTO PSÍQUICO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM EM HOSPITAIS	44
4.1 OBJETIVOS	47
4.1.1 Objetivo Geral	47
4.1.2 Objetivos Específicos	47
4.2 LOCAL	47
4.3 PROFISSIONAIS DA SAÚDE	49
4.4 ETAPAS DA PESQUISA E VARIÁVEIS ANALISADAS	51
4.5 RESULTADOS.....	53
4.5.1 Resultados do ano de 2015.....	55
4.5.2 Resultados do ano de 2016.....	57
4.5.3 Resultados do ano de 2017.....	60
4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
6. REFERÊNCIAS	79
7. APÊNDICES.....	85
8. ANEXOS.....	92

1. INTRODUÇÃO

Compreender a saúde mental de trabalhadores que atuam em hospitais tornou-se um desafio à medida que o processo de adoecimento psíquico abarca condições psicossociais e em razão de as instituições tenderem a reproduzir as condições objetivas da sociedade administrada.

A definição do objeto de pesquisa ocorreu por conta da experiência profissional da autora como psicóloga do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), de fevereiro de 2015 até atualmente. A inquietação à compreensão do adoecimento psíquico dos trabalhadores, ao ir além da visão patologizante e da responsabilização do sujeito, foram primordiais para o interesse pelo estudo dessa temática no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

A relevância de pesquisas a respeito da saúde mental dos trabalhadores se respalda em dados estatísticos. De acordo com os indicadores epidemiológicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), desde 2015, os transtornos mentais¹ ocupam o primeiro lugar no que se refere ao número de doenças e agravos relacionados ao trabalho e, desde 2009, fazem parte dos três principais grupos de adoecimento na área de saúde do trabalhador. Conforme o 1º Boletim Quadrimestral/2017 (BRASIL, 2017a) emitido pela Coordenação Geral de Monitoramento dos Benefícios por Incapacidade, da Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda, no Brasil, no período de 2012 a 2016, os transtornos mentais foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho ao considerar a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Os relatórios anuais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que foram compilados pela Folha de São Paulo, em agosto de 2018, revelaram aumento de 54% nas consultas psiquiátricas cobertas pelos planos de saúde entre 2012 e 2017, passando de 2,9 milhões para 4,5 milhões. Além disso, em matéria do dia 06 de fevereiro de 2019, o mesmo jornal apontou que os afastamentos de trabalhadores por transtornos mentais aumentaram 6% em 2018, em comparação ao ano de 2017.²

O quadro de extensão dos dados demanda reflexões a respeito da vida dos trabalhadores e, particularmente, para esta dissertação, dos profissionais que atuam na área da

¹ Os transtornos mentais são caracterizados, conforme a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2002b), por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais que ocorrem de forma persistente ou recorrente e que resultem em algum tipo de deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida.

² Matérias disponíveis no sítio eletrônico <<<https://www.folha.uol.com.br>>> e acessadas em 10/02/2019.

saúde em hospitais, em razão das contradições existentes nos processos de trabalho. Esses profissionais, diariamente, são responsáveis pelo cuidado e manutenção da saúde de pacientes. Porém, contraditoriamente, a administração hospitalar ao reproduzir a lógica do sistema capitalista e incentivar não somente a produtividade e a competitividade no trabalho, privilegiam um modelo de gestão que tem levado ao adoecimento, como pode ser observado nos resultados da pesquisa.

Pelos motivos supracitados, objetivamos investigar tais questões para ampliar os conhecimentos dessa área. Pitta (1990/2016) observa que, apesar de na última década terem aumentado as pesquisas sobre a saúde dos trabalhadores em hospitais, os estudos, se comparados aos que investigam a relação entre saúde e trabalho em outras categorias, são menos numerosos. Para isso, o objetivo foi realizar uma análise documental sobre o adoecimento psíquico no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), nos anos de 2015 a 2017, tendo como foco as hipóteses diagnósticas, os setores de atuação e as categorias profissionais dos trabalhadores da saúde que se afastaram do trabalho nesse período.

Para esse propósito, o referencial teórico está fundamentado nos pressupostos de autores e estudiosos da Teoria Crítica da Sociedade. Seus estudos possibilitam o entendimento das contradições existentes na sociedade ao esclarecem que os indivíduos, cada vez mais, têm vivido sob a lógica do mundo administrado. Assim, as análises formalizadas nesta dissertação apoiam-se nas contribuições dos autores frankfurtianos, em especial, Theodor Adorno, Max Horkheimer, Herbert Marcuse, Olgária Matos, José Leon Crochík, dentre outros, por trazerem importantes reflexões sobre o objeto de estudo desta pesquisa.

Ao introduzir a obra de Adorno, *Educação e Emancipação*, Maar (1995) observa que essa Teoria discute as transformações da sociedade que conduziram, inexoravelmente, à barbárie e, por pensar a sociedade em seu devir, tem a possibilidade de revelar as raízes do movimento da Ilustração e descobrir as condições para interferir em seu rumo.

Conforme Matos (1993), os pensadores frankfurtianos criaram, em 1924, o Instituto para a Pesquisa Social, por não estarem satisfeitos com as análises realizadas a respeito do fim do sonho revolucionário e a vitória do totalitarismo no período pós-guerra. Até 1930, sob direção do economista austríaco Carl Grünberg, os estudos do Instituto eram publicados por meio do periódico *Arquivos Grünberg*. A partir do ano seguinte, sob a direção de Horkheimer, o veículo de comunicação oficial foi a *Revista para a Pesquisa Social*, cuja hegemonia consistia na filosofia para abordar os problemas históricos, políticos e sociais da época. Na década de 1950, o Instituto passou a ser conhecido como Escola de Frankfurt.

Horkheimer (1970/1993) divide os estudos da Escola de Frankfurt em dois momentos, o primeiro a partir da década de 30 e o segundo nos anos de 1960 a 1970; explica que, inicialmente, a Teoria era muito crítica, em especial, a respeito da sociedade dominante por ter produzido a barbárie do totalitarismo e, com isso, tinha esperança na revolução, consoante a Teoria Marxista. Contudo, ao constatar que alguns aspectos dos estudos de Marx não se concretizaram, a Teoria foi encaminhada para a sua segunda fase.

Devo agora descrever como se caminhou dessa Teoria Crítica inicial à Teoria Crítica atual. A primeira razão foi constatar que Marx se equivocara em diversos pontos. Nomearei aqui apenas alguns: Marx afirmou que a revolução seria o resultado de crises econômicas cada vez mais agudas, crises ligadas a uma pauperização crescente da classe operária em todos os países capitalistas. Isto, pensava-se, deveria conduzir finalmente o proletariado a pôr fim a esse estado de coisas e criar uma sociedade justa. Começamos a perceber que essa doutrina era falsa, pois a situação da classe operária é sensivelmente melhor que na época de Marx. De simples trabalhadores manuais que eram, inúmeros operários tornaram-se funcionários com um estatuto social mais elevado e um melhor nível de vida [...]. Segundo, as crises econômicas de impasse estão cada vez mais raras. Podem, em larga medida, ser contornadas graças a medidas político-econômicas. Por último, aquilo que Marx esperava da sociedade justa é falso – não fosse por outra razão –, e este enunciado é importante para a Teoria Crítica, porque a liberdade e a justiça tanto estão ligadas quanto opostas. Quanto mais justiça, menos liberdade. (HORKHEIMER, 1970/1993, p. 89).

De acordo com o autor em questão, a Teoria Crítica da Sociedade objetiva refletir sobre as crises teórica e política da sociedade ao se opor a todo pensamento da identidade e da não-contradição, típico da filosofia desde Descartes, denominada de Teoria Tradicional. Em seus estudos, os frankfurtianos se apropriaram do pensamento de filósofos considerados tradicionais e buscaram ir além ao questionarem a lógica da sociedade administrada. Sobre isso, Horkheimer, no ensaio Teoria Tradicional e Teoria Crítica, escrito em 1937, ao fazer crítica ao conceito tradicional de Teoria, observa que o conceito ficou reduzido a um sistema de sinais puramente matemáticos, que resulta em uma Teoria identitária, mecanicista e casual. O pensador frankfurtiano, portanto, denuncia que os estudos sobre o sujeito e a sociedade, ao seguirem tal lógica deixam de produzir a tensão existente nas situações reais dos problemas. E, apesar de reconhecer as contribuições do modelo tradicional no que se refere ao controle e rigor técnico, ele acrescenta:

Não há dúvidas que tal elaboração representa um momento de revolução e desenvolvimento constantes da base material dessa sociedade. Na medida em que o conceito de teoria é independentizado, como que saindo da essência interna da gnose (*Erkenntnis*), ou possuindo uma fundamentação a-histórica, ele se transforma em uma categoria coisificada (*verdinglichte*) e, por isso, ideológica. (HORKHEIMER, 1937/1983, p. 121, grifos do autor).

Para esse autor, a emancipação do indivíduo não provém desse tipo de ciência natural matemática, mas sim da Teoria Crítica da Sociedade. Pois, seguir os pressupostos da

Teoria Tradicional dificultaria a autonomia na capacidade de pensar dos indivíduos devido à aceitação, de maneira natural, das determinações básicas impostas à sua existência. E, enquanto os sujeitos continuarem agindo como membros desse sistema irracional, ao renovar com seu trabalho a realidade que os escraviza, será dificultada a possibilidade de a razão tornar-se esclarecida, o que, conseqüentemente, impedirá a emancipação orientada para a transformação do todo.

Ao contrário, o pensamento crítico é motivado pela tentativa de superar realmente a tensão, de eliminar a oposição entre a consciência dos objetivos, espontaneidade e racionalidade, inerentes ao indivíduo, de um lado, e as relações do processo de trabalho, básicas para a sociedade, de outro. O pensamento crítico contém um conceito do homem que contraria a si enquanto não ocorrer essa identidade. (HORKHEIMER, 1937/1983, p. 132).

Do ponto de vista de Matos (1993), a Teoria Crítica da Sociedade rompe com a linearidade do positivismo que pensa a história como o encadeamento de eventos progressistas. Diz, ainda, que a ideia de progresso indica a ilusão de haver uma humanidade que caminha de forma unitária e harmônica.

Não se pode esquecer: há o progresso e também, as vítimas do progresso. Em oposição a uma história deduzida diretamente dos conceitos do materialismo histórico, os frankfurtianos propõem resgatar uma história, na qual as marcas do sofrimento do passado permaneçam presentes em seus produtos. A tradução do sofrimento em conceitos universais e abstratos torna-o mudo e sem importância. (MATOS, 1993, p. 56).

Os pensadores, ao denunciarem a lógica do sistema capitalista, conforme a autora, apontam a inversão nas relações entre os indivíduos e os produtos de seu trabalho, tendo em vista que não são os sujeitos que comandam o mundo das mercadorias, mas, ao contrário, são as mercadorias que têm determinado as relações entre os homens.

Na verdade, a vida da sociedade é um resultado da totalidade do trabalho nos diferentes ramos de profissão, e mesmo que a divisão do trabalho funcione mal sob o modo de produção capitalista, os seus ramos, e dentre eles a ciência, não podem ser vistos como autônomos e independentes. Estes constituem apenas particularizações da maneira como a sociedade se defronta com a natureza e se mantém nas formas dadas. São, portanto, momentos do processo de produção social, mesmo que, propriamente falando, sejam pouco produtivos ou até improdutivo. (HORKHEIMER, 1937/1983, p. 132).

A aparente autonomia nos processos de trabalho corresponde à falsa liberdade que os trabalhadores pensam ter na execução de suas atividades, pois eles não passam de peças da engrenagem do sistema. O hospital, ao repetir a lógica da sociedade administrada, tem sua administração pautada nos resultados e, em decorrência disso, a prestação dos serviços de saúde e o atendimento aos pacientes passam a ser segundo plano, enquanto o cumprimento de metas e os processos de avaliação ganham prioridade nessa relação. Frente a isso, os profissionais da

saúde, além de lidarem com as especificidades de suas profissões, precisam se ajustar, cada vez mais, às demandas da irracionalidade do sistema administrado, imposto à sociedade.

As discussões elaboradas pelos estudiosos da Teoria Crítica da Sociedade, portanto, contribuem para pensar sobre o objeto de pesquisa ao possibilitar análises a respeito da lógica de organização da sociedade e, conseqüentemente, das formas de administração hospitalar.

Na organização desta dissertação, após as discussões introdutórias, no segundo capítulo, apresentamos a revisão de literatura sobre o adoecimento psíquico de trabalhadores da saúde que atuam em hospitais para analisar como o assunto tem sido discutido academicamente no Brasil e identificar os pontos que corroboram com a presente pesquisa.

No terceiro capítulo, abordamos o surgimento de hospitais no processo histórico e analisamos a relação existente entre a lógica de organização da sociedade administrada e a administração hospitalar, bem como o adoecimento psíquico de profissionais da saúde que atuam em hospitais. E, nesse sentido, refletimos a respeito do quanto as formas de gestão atuais têm possibilitado o adoecimento dos trabalhadores.

No capítulo quatro estão descritos os processos metodológicos da pesquisa realizada por meio da análise documental de afastamentos de profissionais da saúde do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS). Os dados fornecidos pelo Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) do referido hospital foram organizados de acordo com as seguintes categorias de análise: sexo, faixa etária, categoria profissional, setor, hipótese diagnóstica e número de dias de afastamento.

Conclusivamente, estão apresentadas as considerações finais do estudo realizado.

2. SAÚDE MENTAL E TRABALHO HOSPITALAR EM ALGUMAS PESQUISAS

Frente as considerações introdutórias, torna-se relevante o levantamento, apresentado a seguir, sobre estudos da área de saúde mental de profissionais da saúde que atuam em hospitais. A pertinência do estudo decorre da contradição existente a respeito da temática, pois os hospitais, locais destinados a cuidar da saúde da população, têm provocado o adoecimento psíquico de seus trabalhadores. Além disso, o levantamento permite elucidar de que forma o assunto vem sendo discutido, nacionalmente, e questionar a que/quem tem servido o desenvolvimento da ciência.

A revisão de literatura contém produções publicadas entre os anos de 2013 e 2018, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que foi selecionada por reunir, organizar e disseminar informações em saúde e ser uma rede de gestão da informação, intercâmbio de conhecimento e evidência científica da área, que tem o intuito de promover a democratização e ampliação do acesso às informações científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe.

Inicialmente, os termos “saúde mental”, “trabalhador da saúde” e “hospital” foram inseridos no campo de busca avançada da BVS, em agosto de 2018, no item geral de correspondência que se refere à localização no título, resumo ou assunto. Dessa forma, foram localizadas todas as publicações que continham as três expressões, tendo em vista a utilização do operador de busca AND entre os termos, e totalizou 3.373 (três mil, trezentos e setenta e três) produções.

Para iniciar a seleção dos materiais a serem analisados, foram inseridos os seguintes filtros: determinação do recorte temporal (de 2013 a 2018), idioma (português), tipos de documentos (apenas artigos, teses e dissertações) e publicações com texto completo disponível. Justificamos essas filtragens em razão da presente revisão de literatura ter o objetivo de sistematizar a forma como o assunto tem sido discutido academicamente no Brasil, em determinado espaço de tempo. Nessa segunda etapa restaram 105 (cento e cinco) publicações.

Por meio da leitura dos títulos e resumos das produções, foram aplicados os critérios de inclusão com o intuito de refinarmos a busca e foram selecionados apenas os estudos cujos sujeitos de pesquisa eram trabalhadores da área da saúde, com atuação em hospitais e aqueles que abordavam temas relacionados à saúde mental desses profissionais, em especial, à investigação do adoecimento psíquico conforme a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (BRASIL, 1993). Por último, as publicações duplicadas foram desconsideradas e obtivemos 46 (quarenta e seis) estudos que atenderam aos critérios de inclusão.

Na última etapa, para sistematizar as informações de cada produção, foi realizada análise das pesquisas por meio da leitura completa e tabulação dos seguintes dados: tipos de produção, número de autores, instituição de ensino, ano de publicação, base epistemológica, sujeitos da pesquisa, psicopatologias, palavras-chave, local, rede de atendimento, metodologias de coleta e de análise dos dados e limitações do estudo.

Dos 46 (quarenta e seis) estudos selecionados anteriormente, 11 (onze) foram descartados por não atenderem aos critérios de inclusão: uma pesquisa era um projeto de um curso de especialização; em outro estudo os sujeitos da pesquisa não eram exclusivamente profissionais da saúde com atuação em hospital; 03 (três) das pesquisas não foram localizadas na íntegra (apesar da inserção desse filtro); e 06 (seis) não faziam referência à categoria dos transtornos mentais. Sobre essas últimas publicações que foram desconsideradas, podemos indicar que a leitura dos títulos e resumos não foram suficientes para identificar o objeto de estudo das mesmas. Assim, 35 (trinta e cinco) trabalhos foram selecionados para compor a base de análise e formam o *corpus* deste estudo.

Após tabulação e análise dos dados de cada publicação, sistematizamos as informações, conforme especificadas a seguir.

2.1 ANÁLISES DAS PRODUÇÕES CONSULTADAS E SUAS RELAÇÕES COM ESTA PESQUISA

Dentre as produções analisadas neste estudo, 28 (vinte e oito) correspondiam a artigos publicados em revistas científicas e 07 (sete) eram dissertações de mestrado vinculadas às instituições de ensino públicas ou privadas.

A respeito do número de autores, as dissertações foram escritas individualmente e todos os artigos tiveram dois ou mais autores. Destacamos que 10 (dez) dessas publicações contaram com 05 (cinco) autores e 07 (sete) foram escritas por 06 (seis) pesquisadores. Sobre os demais artigos, houve variação entre 02 (dois) e 04 (quatro) autores. Tais dados podem indicar a realização de pesquisas em grupos de estudos, o que justificaria a existência de múltiplos autores, mas também levam à reflexão sobre o produtivismo que pode estar presente em diversas instituições de ensino ao ir além do incentivo às produções científicas com qualidade e rigor metodológico, por representar pontuação em currículos. Sobre isso, não objetivamos generalizar os critérios de produção das Instituições de Ensino Superior (IES), tendo em vista a importância do desenvolvimento de pesquisas, mas questionamos as

implicações do produtivismo, fruto da lógica de organização da sociedade capitalista, na realização dos estudos.

Houve predominância de publicações realizadas por IES da rede pública (n=29), o que demonstra que nessas instituições pode ocorrer maior incentivo para o desenvolvimento de pesquisas e à divulgação dos trabalhos. Em relação ao vínculo institucional dos autores, verificamos 21 (vinte e uma) produções de uma única instituição e 14 (catorze) com pesquisadores de duas ou mais instituições diferentes. Esses dados apontam que as pesquisas em parceria com acadêmicos, profissionais ou docentes de outras instituições de ensino, ainda, apresentam dificuldades para serem concretizadas.

Ocorreu significativa prevalência de publicações de pesquisas vinculadas às instituições localizadas na região sudeste do país (n=18); seguida pela região sul (n=8); região nordeste (n=4); região centro-oeste (n=1); e nenhuma publicação pertencia à região norte do Brasil. Além disso, 03 (três) publicações foram realizadas com parceria entre regiões, sendo estas, sul e sudeste; e uma foi realizada por instituições localizadas nas regiões nordeste e sul. As instituições com maior número de publicação foram a Universidade Estadual de Londrina e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ambas com 06 (seis) produções vinculadas; e em segundo lugar a Universidade Federal do Rio de Janeiro com 05 (cinco) estudos publicados. As demais instituições tiveram entre uma e 03 (três) publicações.

A respeito do recorte temporal realizado no momento das buscas, identificamos o quantitativo de estudos por ano de publicação: 2013 (n=5); 2014 (n=7); 2015 (n=9); 2016 (n=4); 2017 (n=8); e 2018 (n=2). O ano com maior número de publicações foi o de 2015 e o menor foi 2018 (n=2), dado perfeitamente justificável tendo em vista que a revisão de literatura foi realizada em agosto de 2018, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação aos anos anteriores.

Chama a atenção o fato de que nos últimos anos não houve aumento no número de pesquisas realizadas que se relacionam ao adoecimento psíquico. Tais dados mostram que os estudos ainda não são representativos quantitativamente, pois, no Brasil, os transtornos mentais foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho, considerando a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, no período de 2012 a 2016, conforme o 1º Boletim Quadrimestral/2017 (BRASIL, 2017a), emitido pela Coordenação Geral de Monitoramento dos Benefícios por Incapacidade, da Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda.

Ao tabularmos as palavras-chave contidas nos resumos dos trabalhos que fizeram parte do nosso *corpus*, constatamos a utilização de 76 (setenta e seis) palavras ou expressões diferentes. O intuito dessa categoria de análise não envolve a especificação de todas as palavras,

por isso, optamos por apresentar os termos que se repetiram após a quantificação simples dos mesmos.

A expressão saúde do trabalhador foi localizada como palavra-chave de 28 (vinte e oito) resumos, seguida por enfermagem (n=12); esgotamento profissional, estresse psicológico e pessoal da (de) saúde, todas com 07 (sete) repetições; condições de trabalho (n=4); estresse fisiológico, hospitais públicos, risco(s) ocupacionais e transtornos mentais foram apresentadas 03 (três) vezes; e, por último, com 02 (duas) repetições, enfermagem oncológica, equipe de enfermagem, readaptação ao emprego, recursos humanos de enfermagem, recursos humanos em saúde e trabalho. Desse modo, demonstramos a variedade das terminologias utilizadas e as inúmeras possibilidades a serem escolhidas para identificação da temática dos estudos.

A maior dificuldade encontrada na realização dessa revisão referiu-se à identificação da base epistemológica utilizada pelos pesquisadores, após a leitura completa das produções. Em apenas 08 (oito) produções conseguimos indicar com precisão o referencial teórico utilizado para fundamentar os resultados dos estudos, pela apresentação dos autores ou por inferência a partir das análises realizadas. Sendo que 06 (seis) publicações utilizaram a Psicodinâmica do Trabalho e 02 (duas) seguiram os pressupostos da Teoria Sócio Histórica. As demais publicações (n=27) não apresentaram a base epistemológica claramente definida por utilizarem diversos autores para esclarecer seu objeto de estudo, o que dificultou a identificação do referencial teórico.

Os profissionais da área da enfermagem dos hospitais compõem a população mais investigada dentre os estudos dessa revisão, totalizando 24 (vinte e quatro) publicações. Dessas, 14 (catorze) foram realizadas com a equipe de enfermagem, sendo 06 (seis) com enfermeiros e técnicos de enfermagem e 08 (oito) com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; 08 (oito) pesquisas tiveram como sujeitos exclusivamente enfermeiros e dentre elas uma investigou enfermeiros com cargo de gestores; uma foi realizada apenas com técnicos de enfermagem; e outra foi composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. As demais pesquisas (n=11) foram realizadas com profissionais da saúde em âmbito geral.

Essa prevalência remete ao que afirma Pitta (1990/2016) ao explicar ser a categoria da enfermagem uma das profissões com maiores taxas de adoecimento em razão da complexidade das atribuições realizadas por esses trabalhadores, em especial, no âmbito hospitalar. Dentre os estudos que fizeram parte desta revisão, cujos sujeitos de pesquisa foram profissionais da enfermagem, destacamos o realizado por Fernandes (2015) por apresentar fatores de risco que enquadram a enfermagem como profissão desgastante, sendo eles: o trabalho em turnos por meio de plantões, jornada de trabalho extensa, multiemprego, entre

outros. Já Rossone (2016), em uma de suas categorias de análise, investigou a precarização da força de trabalho da enfermagem como um fator de risco psicossocial para a saúde mental desses profissionais e identificou o sentimento de injustiça, o medo do desemprego, a insatisfação, a desmotivação e a insegurança como aspectos que interferem negativamente na saúde dos trabalhadores. Por último, Silva (2015) analisou as repercussões das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador de enfermagem e incluiu mecanismos de defesa e de enfrentamento adotados por esses profissionais, sendo eles: compartilhar o problema com colegas, amigos, familiares e/ou profissionais especializados, afastar-se do trabalho e praticar atividades de lazer.

Por outro lado, enfatizamos também a importância da realização de estudos na área de saúde mental com diversas categorias profissionais, conforme os demais estudos (n=11), que foram realizados sem a seleção de categoriais profissionais específicas. Ou seja, o adoecimento psíquico foi investigado de forma geral no ambiente hospitalar; abrangeu diversas profissões da área da saúde, ampliou as pesquisas com a possibilidade de comparação estatística entre as profissões e enfatizou a necessidade de intervenções e atitudes preventivas nas respectivas áreas de trabalho.

O estresse foi o tipo de adoecimento mais estudado ao totalizar 10 (dez) publicações; 05 (cinco) pesquisas abordavam os Transtornos Mentais Comuns; 04 (quatro) tratavam exclusivamente sobre a Síndrome de *Burnout*; uma analisou a Síndrome de *Burnout* e os Transtornos Psíquicos Menores; uma a respeito da Síndrome de *Burnout* e Depressão; uma sobre estresse e ansiedade; uma especificadamente sobre Depressão; e as demais (n=12) investigavam os transtornos mentais de uma forma geral, abrangendo todas as psicopatologias classificadas enquanto CID-F.

Lipp (2004) afirma que o estresse tem se tornado um problema de saúde muito comum no ambiente de trabalho e estima que 50% das doenças que levam ao absenteísmo sejam desencadeadas por ele. Tais dados podem justificar o interesse pela temática na realização dos estudos.

De acordo com o 1º Boletim Quadrimestral/2017 emitido pela Coordenação Geral de Monitoramento dos Benefícios por Incapacidade, da Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda (BRASIL, 2017a), na concessão de auxílio-doença, relacionado ou não ao trabalho, os episódios depressivos, outros transtornos ansiosos e o transtorno depressivo recorrente representam um número alto de benefícios (392.956), concentrando quase 60% dos afastamentos por transtorno mental. A respeito da concessão acidentária por adoecimento mental, reações ao estresse grave e transtornos de adaptação, episódios depressivos e outros

transtornos ansiosos correspondem a 79% da prestação (41.983 – quarenta e um mil novecentos e oitenta e três) de benefícios.

Conforme o documento referido, contribui para o agravamento do adoecimento mental no trabalho as situações de normalização da violência, dentre elas: o assédio moral institucionalizado, as relações interpessoais norteadas por autoritarismo e competitividade, a demanda constante por produtividade e a desvalorização das potencialidades e subjetividades dos trabalhadores. Além disso, os riscos psicossociais, como competição crescente, expectativas mais altas quanto ao desempenho e longas jornadas de trabalho estão contribuindo para um ambiente laboral mais estressante.

Dentre os estudos analisados, a incidência e as consequências das psicopatologias para a vida dos trabalhadores e para as instituições hospitalares foram enfatizadas, mas poucas pesquisas analisaram as condições objetivas da sociedade e, em especial, o que vem ocorrendo nas relações de trabalho, que passaram a ter fim em si mesmo, tendo em vista que a racionalidade não se encontra restrita ao mundo do trabalho, mas nos diferentes âmbitos da vida do indivíduo. Nas palavras de Gorz (1988/2007):

A atividade produtiva desfazia-se de seu sentido original, de suas motivações e de seu objeto para tornar-se simples meio de ganhar um salário. Deixava de fazer parte da vida para torna-se o meio de “ganhar a vida”. O tempo de trabalho e o tempo de viver foram desconectados um do outro; o trabalho, suas ferramentas, seus produtos, adquiriram uma realidade separada do trabalhador e diziam agora respeito a decisões estranhas a ele. (p. 30).

Com isso, os trabalhadores ao se colocarem sob o julgo dessas decisões deixam de pensar sobre o controle que as organizações exercem em suas vidas e nas formas de administração que possibilitam o adoecimento, que, em sua maioria, tem sido justificado por fatores alheios ao ambiente de trabalho. Por isso, ratificamos a importância da realização desses estudos que, cada vez mais, possam compreender e refletir sobre o adoecimento e sofrimento psíquico de profissionais da saúde que atuam em hospitais.

A respeito do local de realização das pesquisas, constatamos que a maioria (n=22) foi feita no hospital sem especificação de unidade/setor para coleta de dados. Esse tipo de análise permite uma visão geral do adoecimento na esfera hospitalar e, ao depender da forma de realização do estudo, possibilita inferências a respeito dos locais com maiores índices de adoecimento. Sobre os outros estudos analisados, 04 (quatro) foram realizados em área psiquiátrica; 03 (três) em unidades oncológicas (sendo uma infantil); 02 (dois) estudos foram na clínica médica; e 01 (um) em cada unidade apresentada a seguir: hospital de referência no atendimento de pacientes com fissura labiopalatina e síndromes associadas; área emergencial;

unidade de terapia intensiva; e uma última pesquisa realizada em 03 (três) locais de um hospital, sendo eles: ambulatório central, centro de tratamento intensivo geral e enfermaria de clínica médica.

Houve predomínio significativo de estudos realizados, exclusivamente, em hospitais da esfera pública de atendimento (n=24) e apenas duas das publicações tiveram como local de realização do estudo hospitais da rede privada. Além disso, 07 (sete) das pesquisas foram realizadas em redes de atendimento pública e privada, o que possibilitou a comparação entre os resultados obtidos em cada unidade hospitalar e 02 (duas) não especificaram a rede de atendimento do local.

Esses dados levam a ponderar sobre a facilidade de acesso à realização de pesquisas em hospitais públicos do país, e podem ser relacionados ao estabelecimento de parcerias/convênios com as universidades ou os hospitais de ensino e se relacionam aos resultados de maior número de publicações em instituições públicas de ensino.

Outrossim, citamos dois hospitais que são considerados como referência, inclusive em pesquisa, no Brasil: a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, fundada oficialmente em 1971, tem como um de seus pilares o ensino e a pesquisa por meio de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, treinamentos sofisticados e pesquisas clínica e experimental que possibilitam a formação e capacitação dos trabalhadores, e colaboraram com a ampliação de conhecimentos na área da saúde; o Hospital Sarah Kubitschek, localizado em Brasília, faz parte da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação – Associação das Pioneiras Sociais e tem por característica a articulação da concepção arquitetônica aos princípios de organização do trabalho e aos diferentes programas de reabilitação conforme os indicadores epidemiológicos da região. Seus programas educacionais incluem: programas de formação, prevenção e educação profissional, visitas guiadas e estudos epidemiológicos.

A metodologia de análise utilizada pelos autores foi predominantemente quantitativa (n=29), apenas 05 (cinco) dos estudos tiveram abordagem qualitativa e 01 (um) utilizou ambas as formas de análise. A maioria das produções (n=20) utilizou mais de um instrumento de coleta de dados, sendo prevalente a aplicação de 02 (dois) instrumentos (n=14) e o número máximo foi a utilização de 06 (seis) instrumentos diferentes para a coleta de dados. Além disso, 23 (vinte e três) das publicações aplicaram algum tipo de questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada foi o método de coleta de dados de 04 (quatro) das produções analisadas.

Segundo Crochík (2008), as discussões a respeito da escolha metodológica são circunstanciais e o objetivo do estudo deve guiar a escolha de determinado método ou técnica.

Assim, a pretensão em conhecer detalhadamente o posicionamento de indivíduos em relação a determinado assunto, faz com que a entrevista seja mais adequada; ao buscar estimar o quão generalizável pode ser um resultado, as técnicas quantitativas são mais apropriadas.

[...] os métodos e as técnicas desenvolvidos pela ciência são importantes, desde que não se sobreponham ao objetivo da pesquisa: a delimitação do objeto deve determinar a escolha do método e não o inverso, pois, quando o objeto é adaptado ao método, a ênfase recai nas categorias formuladas pelo sujeito (representado pelo método) e não no próprio objeto. (CROCHÍK, 2008, p. 300).

Esse autor acrescenta que a ciência não é desinteressada, pois estudos e pesquisas têm finalidades políticas e precisam de um método que seja adequado para elucidar seu objeto, em razão do conhecimento não ser imediatamente apreensível e, por isso, a relevância dos métodos e das técnicas científicos.

Cabe ressaltar que dentre as 35 (trinta e cinco) publicações, 26 (vinte e seis) especificaram quais foram as limitações dos estudos realizados, sendo estas, de uma forma geral, relacionadas ao número da amostra, metodologia de análise utilizada, delineamento do estudo, instrumentos de coleta de dados selecionados e o local de realização. Destacamos que tais especificações são importantes por poder auxiliar outros pesquisadores que desenvolvem estudos nessa área de conhecimento e indicar a necessidade do contínuo aprimoramento de pesquisas sobre os temas abordados.

Após a sistematização das produções que corresponderam ao *corpus* da presente revisão de literatura, identificamos que as pesquisas têm sido realizadas, em especial, para apresentar dados de prevalência e relações de causa e efeito sobre o adoecimento psíquico de trabalhadores da saúde que atuam em hospitais. Vale ressaltar que não descartamos a importância de dados decorrentes das categorias de análise e da forma de apresentação dos resultados, porém concluímos que os estudos tendem a não problematizar o adoecimento, pois desconsideram as condições objetivas da sociedade que fazem com que as doenças possam ocorrer.

O levantamento dos dados desta revisão permitiu a identificação de como as pesquisas a respeito da saúde mental dos trabalhadores, que atuam em hospitais, têm sido realizadas. Em síntese, foram identificados maior número de pesquisas com as seguintes características: prevalência de artigos com cinco autores; pesquisas vinculadas a instituições públicas; predominância de publicações no ano de 2015; os sujeitos de pesquisa mais investigados foram os profissionais da enfermagem; estudos realizados no hospital como um todo e na esfera pública de rede de atendimento; maioria de pesquisas sem definição da base epistemológica; a categoria diagnóstica mais pesquisada foi o estresse; prevalência da

metodologia quantitativa com aplicação de 02 (dois) instrumentos; e a maior parte dos pesquisadores indicou as limitações do estudo.

Os resultados obtidos que corresponderam aos dados da literatura pesquisada foram a respeito da categoria profissional mais investigada ter sido os profissionais da área da enfermagem; as instituições as quais os pesquisadores se vinculavam serem públicas; as pesquisas terem sido realizadas no hospital como um todo e não apenas em um setor específico; e os hospitais prestarem serviços na esfera pública de atendimento.

A realização deste estudo ofereceu subsídios para as discussões do capítulo subsequente no qual nos propusemos a questionar a lógica da organização da sociedade e, por conseguinte, da administração hospitalar, por meio de reflexões a respeito das contradições existentes no processo de adoecimento psíquico dos trabalhadores da área da saúde e para contextualizar tal compreensão, elaboramos a retomada histórica a respeito do surgimento das instituições hospitalares.

3. INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E ADOECIMENTO PROFISSIONAL: COMO COMPREENDER ESSA RELAÇÃO?

Neste capítulo, iniciamos as discussões apresentando o processo histórico de criação das instituições hospitalares, incluindo as propostas de reformas sanitárias e o Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de abordar aspectos da política de saúde pública no Brasil. Posteriormente, para compreensão a respeito do adoecimento psíquico dos trabalhadores da saúde, discutimos sobre a lógica de organização da sociedade, em especial, as relações de trabalho no âmbito hospitalar.

3.1 UM POUCO DE HISTÓRIA

A palavra hospital vem do latim (*Hospitalis*) com origens no vocábulo *hospes* que significa hóspedes, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 1965). Tal nomenclatura foi justificada pelo acolhimento de peregrinos, pobres e pessoas enfermas nas denominadas casas de assistência que existiam na antiguidade.

De acordo com a conceituação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), o hospital é um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação a determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços. Abarca a organização médica e social e tem por função básica proporcionar assistência médica sanitária completa (tanto curativa como preventiva) em todas as esferas de atendimento, incluindo o atendimento domiciliar.

Apesar das controvérsias a respeito do processo histórico dos hospitais, o surgimento das primeiras práticas médico-assistenciais tem sido entendido como anterior à criação das instituições hospitalares em decorrência da influência das práticas religiosas curativas, principalmente a cristã. Conforme o documento do Ministério da Saúde, História e evolução dos hospitais (BRASIL, 1965), o Egito e a Índia foram as primeiras civilizações a possuírem templos destinados ao tratamento de doentes, sendo imediatamente acompanhadas por outras regiões.

Nos tempos remotos e mesmo depois do Cristianismo a prática da medicina fundia-se com a prática religiosa. Ocorreu esta circunstância com o paganismo; o politeísmo; o budismo, fundado no VI século antes de Cristo; o cristianismo; o maometanismo. Os hospitais confundiam-se com os santuários que se erigiam na vizinhança dos mosteiros sob inspiração e direção religiosa. As seitas religiosas determinavam que, ao lado da igreja, das habitações de comunidades religiosas, se construíssem enfermarias ou organizações de assistência aos enfermos. (BRASIL, 1965, p. 29).

Conforme a mesma publicação, foi na Idade Média que houve a predominância da influência da religião católica nas ações de saúde, sobretudo por considerar o corpo humano criado à imagem e semelhança de Deus e, conseqüentemente, não ser possível estudá-lo por meio da dissecação. Logo, apenas a alma/espírito seria passível de tratamento, fato que contribuiu para o surgimento de inúmeras instituições de saúde associadas às congregações religiosas católicas, sob responsabilidade de sacerdotes que contavam com o auxílio de voluntários para realizar o atendimento aos doentes.

Duby (1998), ao relatar a influência das instituições religiosas, afirma que, naquela época, para a salvação dos mortos, a existência de um outro mundo era difundida e, por isso, o indivíduo tinha a convicção da ressurreição e cada um estava persuadido de que tudo prosseguiria na eternidade, pois o processo de adoecimento era encarado como possibilidade de redenção.

Na Idade Média, [...], toda a família, os serviçais, os vassallos, todos se reúnem em torno daquele que vai morrer. O moribundo deve fazer muitos gestos, despojar-se, distribuir entre os que ele ama todos os objetos que lhe pertenceram. Ele deve também declarar seus últimos desejos: exortar os que lhe sobrevivem a portar-se de forma melhor, e, evidentemente, submeter-se a todos os ritos que o ajudarão a ocupar, no além, uma posição que não lhe seja muito desagradável. (DUBY, 1998, p. 124).

Cabe destacar a grande influência dos estudos realizados na Grécia por Hipócrates, considerado o pai da medicina. Esse filósofo contribuiu para a atuação médica e foi responsável por romper com diversos preceitos das práticas mágicas impostas pela medicina sacerdotal a respeito dos tratamentos dos doentes. Além disso, estabeleceu a ética dos médicos, propondo-se a reconhecer as relações entre saúde, ambiente e instituições públicas. Conforme Duby (1998), ele acreditava que o ar estava infectado pelas doenças e para purificá-lo seria preciso acender fogueiras nas ruas e, desse modo, controlar o contágio.

Posteriormente, o autor explica que a peste negra, de 1348, foi vista como punição pelos pecados. A doença era transmitida por parasitas, principalmente pelas pulgas e pelos ratos, e chegou à Europa pelo comércio marítimo. A epidemia representou um dos efeitos do desenvolvimento e crescimento das grandes navegações.

O comércio europeu desenvolvera-se, os negociantes genoveses e venezianos partiam para negociar até os confins do Mar Negro e lá entravam em contato com os mercadores vindos da Ásia. Foi da Criméia, onde entrepostos genoveses estavam instalados, que um ou mais navios trouxeram o germe da peste para o Mediterrâneo. Primeiramente, eles fizeram escala na Sicília, e o sul da Itália foi atingido no início de 1347. A seguir, a doença introduziu-se em Avignon, através de Marselha. Ora, Avignon, em 1348, era a nova Roma. [...] De Avignon, a doença espalhou-se, de uma maneira fulminante, por quase toda parte. (DUBY, 1998, p. 81-84).

Para controle da peste, as casas de quarentenas foram instaladas. Apesar de serem instituições destinadas à assistência, possuíam, em sua grande maioria, o objetivo de abrigar e isolar os enfermos, não havendo preocupação com a cura dos pacientes. De acordo com Duby (1998), as ações para controle da epidemia envolveram a proibição da entrada dos estrangeiros nas cidades, e a população se protegia ao se enclausurar em suas casas.

Na Idade Média, a “lepra” foi outra doença que motivava a exclusão dos doentes. O autor supracitado indica que toda afecção cutânea era diagnosticada como “lepra” e havia o entendimento de que aqueles que contraíam a doença eram pecadores e seus pecados eram emanados pelos poros; por isso, tinham a “alma podre” e foram considerados culpados pela peste, pois se acreditava que os leprosos tinham envenenado os poços e proliferado a doença.³

Foucault (2005) aponta as diferenças nos modelos de organização médica para controle dos contaminados pela peste e pela “lepra”.

Esse esquema da quarentena foi um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades, [...]. Na Idade Média, o leproso era alguém que, logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros. O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era manda-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão. (FOUCAULT, 2005, p. 88).

Para o atendimento aos doentes com a peste, segundo o autor, os indivíduos eram distribuídos uns ao lado dos outros e isolados. Havia um sistema rigoroso de vigilância para constatar o estado de saúde de cada um e, por meio do controle permanente, eram feitos os registros individuais. Portanto, o sistema médico de reação à “lepra” foi a exclusão, o exílio com o objetivo de purificar as cidades, típico do modelo religioso e o esquema para o controle da peste foi o internamento sob o crivo individualizante e disciplinar.

O tratamento e cuidados aos enfermos eram realizados por médicos; a prática cirúrgica ganhou destaque em razão de sua qualidade e a Idade Média representou o início, embora incipiente, da associação entre a medicina e as primeiras instituições hospitalares. Houve também a participação de voluntários para atender o número elevado de casos e, principalmente, dar um destino aos mortos que, por conta da grande quantidade, não podiam ser enterrados em caixões; sendo assim, diversos corpos eram depositados em uma única vala, como explica Duby (1998). Com isso, um terço da população europeia foi dizimada e durante meio século a peste esteve em estado de endemia por retornar em cada quatro ou cinco anos.

³ Justificamos a utilização do termo “lepra”, na presente dissertação, tendo em vista ser esta a nomenclatura utilizada pelos autores pesquisados. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), desde 1970, a doença passou a ser denominada de hanseníase e refere-se a uma afecção crônica, transmissível, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional.

Foucault (2005) esclarece que, nessa época, o hospital não era considerado um local de cura, por ser uma instituição destinada à assistência aos pobres e ter o propósito de separação e exclusão para proteger o restante da população do perigo. Os responsáveis pelos atendimentos, por serem caritativos, tinham a função de assegurar a salvação da alma do paciente no momento da morte, e, desse modo, garantiriam sua própria salvação espiritual. A prática médica era individualista e irregular, pois visava investigar os períodos de crise das doenças dos pacientes mais graves, não sendo realizado um acompanhamento das enfermidades de todos os doentes.

O médico dos séculos XVII e XVIII não permanecia “a distância” do doente? Não o olhava de longe, observando apenas as marcas superficiais e imediatamente visíveis, espreitando os fenômenos, sem contato, apalpamento ou auscultação, adivinhando o interior unicamente pelas notações externas? (FOUCAULT, 2011, p. 150).

Com o declínio do sistema hospitalar cristão, o crescimento das cidades, a ascensão da burguesia, o desenvolvimento das práticas médicas e as reformas em saúde, a instituição hospitalar foi convertida em instituição social e passou a ser obrigação do Estado. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 1965, p. 47), “com o advento da nova ordem começou a administração pública a tomar a seu cargo a assistência médica, em estabelecimentos hospitalares de frequência gratuita”. Contudo, era realizado um baixo investimento financeiro para as ações de assistência à saúde, e essas instituições públicas eram precárias, situação que contribuía para o alto índice de contaminação e mortalidade. Os hospitais passaram a ser locais para atendimento aos pobres, pois aqueles que possuíam recursos optavam pelos tratamentos em suas próprias residências.

De acordo com Ribeiro (1993), as alterações dessas condições e a consolidação da administração da saúde, como bem público, ocorreram a partir do Estado moderno e sob o domínio do capitalismo.

As crescentes mudanças econômicas e sociais trazidas com o mercantilismo, a importância maior conferida às municipalidades para o equacionamento dos problemas comunitários e o interesse progressivo de subordinar o clero às autoridades civis impuseram gradativa mudança aos hospitais do Ocidente. Com a criação dos estados monárquicos, os hospitais vieram para a administração pública. (RIBEIRO, 1993, p. 24).

A expansão da rede pública em saúde, em especial a construção de novos hospitais, foi ao encontro dos interesses econômicos, como explica o autor referido. O propósito era servir a necessidades específicas e, dessa forma, passou a ter outras missões em decorrência das exigências geradas pelas novas políticas econômicas e sociais. Cita como exemplo a adoção de medidas sanitárias abrangentes para o controle das doenças epidêmicas e endêmicas, sendo os

negociantes e mercadores os principais investidores e financiadores dessas ações ao perceberem seus negócios ameaçados pela contaminação em larga escala.

Para Foucault (2005, p. 80), no fim do século XVIII e início do século XIX, o capitalismo “socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho”. Para ele, o controle da sociedade sobre os indivíduos começou pelo corpo e, na segunda metade do século XIX, a medicina passou a se preocupar com os problemas de saúde relacionados ao nível da força produtiva dos indivíduos. E a lógica de organização das instituições hospitalares passou a representar e fortalecer o sistema capitalista, pois em suas relações de trabalho têm imperado o produtivismo. As consequências para a vida dos trabalhadores ocorrem em razão das mudanças no processo histórico decorrentes do sistema produtivo, o constante aperfeiçoamento da tecnologia e a consequente racionalização do trabalho que culminaram, no final do século XVIII e início do século XIX, com as chamadas Revoluções Industriais.

Para a compreensão dessas transformações, cabe lembrar o modelo de produção, que levou à administração científica do trabalho, proposta por F. W. Taylor, denominado de taylorismo, que acentuou a separação entre o trabalho intelectual (exercido por aqueles que pensam a respeito dos processos produtivos) e o trabalho manual (sob responsabilidade de operários). Dessa maneira, cada trabalhador realizava individualmente sua tarefa, que era simplificada e padronizada. Taylor (1990) estabeleceu que a padronização seria necessária, ao ser realizada por meio da automatização do trabalho e definiu que todos os detalhes da execução das atividades deveriam ser controlados e vigiados, sendo os processos de trabalhos decompostos, analisados e testados.

Moraes Neto (2003) explica que esse modelo objetivou racionalizar a produção, com a finalidade de aumentar a produtividade no trabalho, minimizar o desperdício de tempo e de mão de obra e suprimir gestos desnecessários e comportamentos ociosos no processo produtivo. Para isso, o aperfeiçoamento dessa forma de administração foi introduzido por Ford na indústria automobilística, e identificado como modelo fordista. De acordo com Carmo (1992, p. 44), o fordismo “elevou o grau de mecanização no trabalho, reduzindo ainda mais a iniciativa e a autonomia dos operários”. A inserção da linha de montagem permitiu que a padronização se elevasse, ao fixar o trabalhador em seu posto de trabalho, com a correspondente preocupação elevada com o produtivismo.

No âmbito da saúde, as transformações nos processos de trabalho incluíram a convergência de ações clínicas e cirúrgicas, e a segregação das atividades passaram a ser as principais características dos hospitais modernos, com a presença de médicos, profissionais

assistenciais e administrativos. Em decorrência disso, ocorreu a diminuição da mortalidade e das infecções hospitalares, além da construção de alas para os pacientes de acordo com suas doenças, o que confirmou a departamentalização. A instituição hospitalar passou de lugar de exclusão e misericórdia, como ocorria na Idade Média, para um local de tratamento e recuperação, apesar de utilizar “novas” formas de controle dos trabalhadores para garantir a realização dos serviços.

Os mecanismos disciplinares são, portanto, antigos, mas existiam em estado isolado, fragmentado, até os séculos XVII e XVIII, quando o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens. Fala-se, frequentemente, das invenções do século XVIII – as tecnologias químicas, metalúrgicas, etc. – mas, erroneamente, nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los. (FOUCAULT, 2005, p. 105).

De acordo com o autor, foi no final do século XVIII, em decorrência das novas práticas hospitalares, dentre elas a visita e a observação sistemática e comparada, que o hospital passou a ser instrumento terapêutico. Anteriormente, os religiosos eram responsáveis pelo funcionamento das instituições hospitalares. Porém, a partir do momento em que elas foram concebidas como local de cura, configuraram-se como local de afirmação do poder médico. Esse passou a ser o principal encarregado pela organização hospitalar e responsável pela visita aos pacientes, independente da gravidade. Foram implantadas novas técnicas de identificação dos doentes, como pulseiras amarradas no pulso do paciente e fichas com nome e especificação da doença acima dos leitos que, conseqüentemente, fizeram do hospital um espaço de registro, acúmulo e formação, pois o indivíduo emergiu como objeto do saber e da prática dos médicos.

O século XIX, para Foucault (2005), foi caracterizado por grandes mudanças e descobertas científicas, principalmente em noções de fisiopatologia, etiologia e biologia. Com o avanço crescente das descobertas nos campos científico e biomédico, a prática hospitalar passou a ser exercida com maior rigor e houve aumento significativo do número de instituições hospitalares pelo mundo, com ênfase em hospitais especializados na Europa.

Para Lisboa (2002), as transformações ocorridas em meados do século XIX na área da saúde, dentre elas o desenvolvimento da medicina, em especial, os estudos de bacteriologia, o uso de métodos assépticos e antissépticos para controle das infecções hospitalares e a introdução da anestesia, contribuíram para que os hospitais fossem considerados locais de atendimento e tratamento de doentes, e possibilitaram a interação entre a medicina e a enfermagem, apesar de cada profissão ter suas especificidades.

Por tais motivos, o hospital passou a ter a missão principal de cura aos enfermos, porém, tal compreensão não exclui a existência, ainda nos dias de hoje, de situações nas quais as instituições hospitalares são utilizadas como meio de segregação dos doentes, o que faz com que a assistência em saúde não tenha superado, em sua totalidade, seus aspectos de controle.

Portanto, a seguir serão discutidas as reformas sanitárias e as principais legislações brasileiras.

3.2 REFORMAS SANITÁRIAS

O documento “Sistema Único de Saúde” elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2011a) aponta que na realidade brasileira, a partir do século XIX, ocorreu o processo de transformações política e econômica em decorrência da chegada da Família Real Portuguesa, em 1808, com mudanças não apenas no âmbito administrativo, mas também na área da saúde. O Rio de Janeiro, por exemplo, passou a ser considerado um centro de atividades sanitárias e, até 1850, diversas ações foram desenvolvidas. Elas eram realizadas de uma forma limitada por se preocuparem, em especial, com a delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e com o controle dos navios e, conseqüentemente, da saúde nos portos. Ou seja, o interesse era um controle sanitário mínimo da capital do Império, havendo, ainda, grandes problemas de saúde coletiva a serem superados. A ideia de modernização do país, com a Proclamação da República, em 1889, e os cenários econômico e político da época, favoreceram a definição da medicina enquanto guia para assuntos sanitários, com o objetivo de garantir a melhoria tanto da saúde individual quanto da saúde coletiva e, por extensão, contribuir com o projeto de modernização no Brasil.

A mesma publicação indica que o início efetivo das políticas de saúde ocorreu no fim da década de 1910 e foi associado aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Dessa forma, a preocupação passou a dizer respeito ao quadro sanitário brasileiro e, em particular, aos seus efeitos negativos existentes no país, tendo em vista que diversas epidemias se alastraram, interferindo, inclusive, nas relações de comércio exterior, em razão de os navios estrangeiros não quererem atracar no porto do Rio de Janeiro justificados pela péssima situação sanitária da cidade. Em decorrência disso, um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu nesse período, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas.

Para Mendes (2001), as reformas sanitárias tiveram papel importante por serem provenientes dos valores presentes na sociedade, sendo eles entendidos como os sistemas de

crenças predominantes em determinado tempo. A estabilidade desses sistemas sociais complexos “e, em particular, dos sistemas de serviços de saúde, resulta da coerência entre os valores sociais e as estruturas simbólicas e materiais desses sistemas” (2001, p. 36). Do ponto de vista de Paim (2008), a reforma sanitária deve ser entendida como uma proposta, um projeto e um processo de reforma social.

As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira. O Estado Novo, primeiro Governo Vargas, ficou conhecido como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil por “acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária” (BRASIL, 2011a, p. 13). Nesse período, os assalariados urbanos passaram a ser o ponto de sustentação política por meio de um regime corporativista. Em 1943, foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e, ao mesmo tempo, houve a imposição de um sindicato único e foi exigido o pagamento da contribuição sindical. Cabe destacar que essas ações serviram mais ao Governo e ao Estado do que como uma conquista dos trabalhadores.

O documento citado anteriormente define que a saúde pública passou a ter sua estrutura centralizada em múltiplos programas e serviços verticalizados, cujo objetivo era o de desenvolver campanhas e ações sanitárias, sendo essa configuração característica do Brasil até 1964. Em meados do século XX, foram dados os primeiros passos para a institucionalização da política pública no país.

A dinâmica política da sociedade brasileira começava [...] a permitir a compreensão das proposições de mudanças nas políticas da saúde, promovida pelos “desenvolvimentistas”, que defendiam a ideia da saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele. (BRASIL, 2011a, p. 16).

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil, no período militar, teve como características o predomínio financeiro das instituições previdenciárias e a hegemonia de uma burocracia técnica que atuava visando à mercantilização crescente da saúde, conforme o documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2011a). Apesar disso, não podemos negar que o governo militar foi responsável pela implantação de reformas institucionais que afetaram profundamente a medicina previdenciária e a saúde pública. Porém, com o passar do tempo, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação passou a ser restrita às campanhas de baixa eficácia. Conseqüentemente, os habitantes das regiões metropolitanas, por serem submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Tal situação agravou-

se com a repressão política, que atingiu o campo da saúde por meio das cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas.

Como resultado, a publicação em questão aponta que o modelo econômico implantado pela ditadura militar (período de 1964 a 1985) entrou em crise e o modelo de saúde previdenciário passou a ser questionado, a partir de 1975, ao demonstrar seus pontos fracos em razão de ter priorizado a medicina curativa, cujos custos eram crescentes, e não ter sido uma política eficiente para solucionar os principais problemas de saúde coletiva (endemias, epidemias e baixos indicadores de saúde, por exemplo); houve, também, a diminuição do crescimento econômico com baixa arrecadação do sistema previdenciário, fato que reduziu suas receitas; o sistema demonstrou-se incapaz de atender a população que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, era excluída, não tendo acesso à assistência; foram realizados desvios de verba do sistema previdenciário com o intuito de cobrir despesas de outros setores, incluindo a realização de obras por parte do governo federal; e, como último exemplo do momento de crise que se encontrava a saúde pública, passaram a não ocorrer os repasses pela União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário.

Em decorrência dessas condições, os movimentos sociais, as denúncias e as reivindicações a respeito da saúde pública tornaram-se mais consistentes. Paim (2008) aponta que os debates foram intensificados, inclusive nas diversas áreas do conhecimento. Foram caracterizados pela reflexão crítica sobre a prática médica e com a proposta de consolidar a saúde coletiva em vez das ações individualizadas e assistencialistas que eram predominantes até aquele momento. Sendo assim, o movimento sanitário caracterizou-se, gradualmente, como uma ação política que adquiriu forças a partir da articulação de diversas propostas que contestavam o regime centralizador e contou com a participação de novos sujeitos, dentre eles: estudantes, professores, setores populares e entidades de profissionais da saúde.

A partir das propostas do movimento da Reforma Sanitária, conforme Paim (2008), foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que o conceito de saúde foi ampliado, sendo reconhecido como direito de todos e dever do Estado, e garantindo a participação popular nas políticas da área. Além disso, as discussões aprovaram a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado como um novo arcabouço institucional e com a promessa de separação total da saúde em relação à Previdência. Ao destacar a importância dessa conferência, o autor afirma que as discussões se fundamentaram no reconhecimento da crise econômica e a necessidade de mudanças nas ordens política e institucional, com o intuito de possibilitar um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes. Desse modo, os debates realizados

em 1986 se propuseram a revisar as questões teórico-políticas e recuperar princípios e diretrizes do movimento pela democratização da saúde. Nesse sentido, a proposta da Reforma Sanitária foi uma reforma social e não um movimento social qualquer, em razão de ter sido a articulação de práticas ideológicas, políticas, científicas, teóricas, técnicas e culturais.

Por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi legalmente instituído no Brasil, fruto das diversas reformas na política de saúde pública no país, conforme discutido, e com destaque ao que se refere à sua implantação com base no conceito de saúde previsto na chamada “Constituição Cidadã”. Tal definição aborda a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, com o objetivo de reduzir o risco de doença e de outros agravos, além de proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços que tenham como premissa sua promoção, proteção e recuperação. A partir desse caráter de universalidade da saúde, o SUS configurou-se como uma ação de relevância pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011a, p. 24).

Nos termos da Constituição Federal de 1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 117)

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) aborda a organização, direção e gestão do SUS; define as competências e as atribuições das três esferas de governo; especifica o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; e trata da política de recursos humanos na área da saúde. Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), outro arcabouço legal do SUS, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão desse sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A partir de tais legislações e considerando o processo histórico de desenvolvimento da esfera pública da saúde, o SUS surgiu com a promessa de promover a inclusão e a justiça social. Contudo, tais fatores nem sempre têm sido contemplados em razão de aspectos políticos

e econômicos envolvidos nas atividades de promoção de saúde. Mesmo com o conjunto de mudanças ocorridas e o SUS ser reconhecido como um sistema de referência, esse não se efetiva como deveria em razão da falta de força política, ou seja, tem-se as condições técnicas mas a efetiva mudança (ainda) não ocorreu em razão das dificuldades de mobilização da sociedade organizada tendo em vista que as legislações servem aos interesses dominantes.

De acordo com Ribeiro (1993), para que o SUS seja efetivo, devemos considerar sua dimensão, distribuição e tecnologia disponível e, assim, seria possível falar sobre uma acessibilidade universal e igual para todos; observa, também, que as mudanças sociais devem anteceder a criação de leis.

Ao analisarmos tais mudanças, observamos que a situação da saúde pública pode ser considerada muito mais crítica em algumas regiões brasileiras, em especial as localizadas no norte e nordeste do Brasil, entretanto, sem restringir-se exclusivamente a essas. (BRASIL, 2011a). Apesar de não negarmos as transformações que a política de saúde pública brasileira alcançou após a criação do SUS, entendemos que as propostas têm sido insuficientes para o atendimento da população, que em muitos casos não consegue realizar certos procedimentos ou passam vários meses aguardando pelo atendimento. O tema tem sido presença constante na mídia ao denunciarem a falta de profissionais, medicamentos e vagas no sistema público de saúde do Brasil. Em matéria divulgada por um veículo digital de comunicação de Campo Grande – MS, em 10/01/2019, um paciente, do HUMAP-UFMS, recebeu alta após ficar 14 (catorze) dias internado para realizar uma cirurgia no ombro que não ocorreu por falta de material. No dia 17/08/2018, uma notícia do mesmo site informou que o Pronto Atendimento Médico (PAM), do referido hospital, foi fechado em razão da superlotação.⁴

Frente a essas reflexões, cabe destacar que nas relações de trabalho, os grandes avanços no desenvolvimento da ciência e da tecnologia, características da Terceira Revolução Industrial, em meados do século XX, implicaram habilidades técnicas e qualificações requeridas dos trabalhadores em decorrência da expansão tecnológica. Assim, refletimos sobre os significados da racionalidade presente nessas revoluções para a vida dos profissionais, tendo em vista que, ao objetivar o aumento da produtividade, reformulou e reformula seus modelos de produção.

Em decorrência das crises dos modelos de produção taylorista-fordista, explicados anteriormente, por não atenderem às demandas atuais da produção, surgiram outros modelos produtivos caracterizados pelo envolvimento da força de trabalho com os objetivos

⁴ Matérias disponíveis no sítio eletrônico <<<https://www.campograndenews.com.br/>>> e acessadas em 13/02/2019.

organizacionais. O toyotismo distingue-se dos anteriores por incentivar a participação dos trabalhadores nos processos produtivos, exigindo qualidade, flexibilidade e maior produtividade. De acordo com Alves (1999, p. 95), “o toyotismo é um estágio superior de racionalização do trabalho, que não rompe, a rigor, com a lógica do taylorismo-fordismo”, pois articula essa racionalização com as novas necessidades da acumulação capitalista.

Nos hospitais, tais desenvolvimentos científico e tecnológico referem-se às inovações e sofisticações de técnicas, aparelhos, equipamentos e insumos. Contudo, a incorporação de novas tecnologias não tem significado uma economia da força de trabalho, mas a realização de atividades intensivas e especializadas e, cada vez mais, o trabalho tem sido dividido em parcelas menores. Essa decomposição dos processos de trabalho em atividades isoladas faz parte do estabelecimento de hierarquias profissionais nos setores hospitalares que, por meio da especialização como forma de divisão do trabalho, passou a enfatizar os conhecimentos individuais dos trabalhadores. E para Marcuse (1999, p. 99), o “individualismo é a forma que a liberdade assume em uma sociedade na qual a aquisição e utilização da riqueza depende do trabalho competitivo.”

Ao considerarmos as transformações ocorridas na sociedade, em especial, na área da saúde, vale lembrar o que diz Adorno (1986) sobre o fato de o trabalho industrial ter se tornado o modelo da sociedade e ter evoluído para uma totalidade, tendo em vista que os modos de procedimento que se assemelham ao modo industrial necessariamente se expandem, por exigência econômica, para setores da produção material, administração, distribuição e, inclusive, para a cultura. O autor acrescenta que as características das relações de produção demonstram que os homens continuam sendo apêndices das máquinas, no sentido de serem obrigados, em suas mais íntimas emoções, a se submeterem ao sistema como portadores de papéis, tendo de se modelar sem qualquer tipo de questionamento, de acordo com o mecanismo social, quando isso deveria ser o contrário.

Nesse sentido, Adorno (1986) observa que apesar do intenso desenvolvimento tecnológico e, conseqüentemente, da existência de condições materiais suficientes para resolver os problemas da sociedade, os indivíduos continuam mantendo a exploração das forças de trabalho, os acessos não são iguais e a renda ainda vem sendo distribuída de modo disforme, já que o desenvolvimento tecnológico acompanhado da racionalidade da técnica, têm servido aos interesses do lucro e da dominação ao ser utilizado como forma de controle nas relações de produção e, conseqüentemente, nas relações entre os indivíduos.

A falsa identidade entre a organização do mundo e os seus habitantes mediante a total expansão da técnica acaba levando à reafirmação das relações de produção, cujos

beneficiários entrementes se procura de modo quase tão frustrante quanto os proletários se tornaram invisíveis, A autonomização do sistema diante de tudo, também dos que mandam, alcançou um valor-limite. Ela se tornou aquela fatalidade que encontra sua expressão – para usar a fórmula de Freud – no medo onipresente e livremente flutuante; livremente flutuante porque não consegue se fixar em nada que seja vivo: nem em pessoas e nem em classes. Mas, no final das contas, a única coisa que se autonomizou foram as relações entre os homens, soterradas sob as relações de produção. Por isso é que a toda-poderosa ordem das coisas continua a ser, ao mesmo tempo, a sua própria ideologia, virtualmente impotente. (ADORNO, 1986, p. 74).

A discussão a respeito da racionalidade tecnológica e a compreensão sobre o grau de irracionalidade que faz parte da lógica de organização da sociedade administrada torna-se necessária para a sua autoconservação ao encobrir a sociedade pelo “véu tecnológico”, nos dizeres frankfurtianos, conforme explica Adorno (1995, p. 132-133).

[...] na relação atual com a técnica existe algo de exagerado, irracional, patogênico. Isto se vincula ao “véu tecnológico”. Os homens inclinam-se a considerar a técnica como sendo algo em si mesma, um fim em si mesmo, uma força própria, esquecendo que ela é a extensão do braço dos homens. Os meios – e a técnica é um conceito de meios dirigidos à autoconservação da espécie humana – são fetichizados, porque os fins – uma vida humana digna – encontram-se encobertos e desconectados da consciência das pessoas.

Segundo Crochík (1998, p. 67-68),

Ela – a técnica – deve ser cada vez mais desenvolvida para substituir o homem no trabalho desagradável, deve contribuir para que o homem seja retirado do mundo do trabalho alienado, deve ser utilizada para o conforto humano. Mais do que isso, é importante que o homem incorpore o *savoir faire* da técnica como um produto da cultura humana, para compreender o funcionamento dos objetos oriundos da transformação da natureza. Não se trata, portanto, de negar pura e simplesmente a técnica, mas de estudar a possibilidade de ela vir-a-ser incorporada em uma consciência não tecnocrática, vinculada à noção de totalidade histórica e à sua crítica.

Sobre a expansão da técnica, o autor diz que a tecnologia tornou-se a grande esperança para resolver os problemas criados pelo progresso ao esperar que ela possa lidar com as situações atuais e as futuras, da mesma forma que pode solucionar os problemas no passado. Pois, a ciência e tecnologia tornaram-se a grande força produtiva deste século, ao mesmo tempo que se tornam ideológicas:

a conversação da tecnologia em ideologia aponta diretamente para a transformação da consciência social em consciência técnica, colaborando com o incremento do processo de racionalização social. Assim como a ciência, a técnica é fundamental para a adaptação humana, mas quando se coloca no lugar de questões políticas, ou então, quando se propõe como base da discussão destas questões, torna-se ideológica. (CROCHÍK, 1998, p. 18)

Nesse sentido, o indivíduo se submete ao aparato técnico ao não se opor a ele e aderir à lógica que tem perpetuado a dominação. Conforme Marcuse (2015), a racionalidade tecnológica protege, em vez de negar, a legitimidade da dominação, e o horizonte instrumental da razão se abre em uma sociedade racionalmente totalitária.

A ideia da eficiência submissa ilustra perfeitamente a estrutura da racionalidade tecnológica. A racionalidade está se transformando de força crítica em uma força de ajuste e de submissão. A autonomia da razão perde seu sentido na mesma medida em que os pensamentos, sentimentos e ações do homem são moldados pelas exigências técnicas do aparato que ele mesmo criou. A razão encontrou seu túmulo no sistema de controle, produção e consumo padronizados. Ali ela reina através das leis e mecanismos que asseguram a eficiência, a eficácia e a coerência deste sistema. (MARCUSE, 1999, p. 84)

E a partir dessas discussões, no subitem a seguir, buscamos responder ao questionamento: por que a sociedade tende a adoecer os trabalhadores?

3.3 DE PROFISSIONAL A PACIENTE: A SAÚDE DE QUEM CUIDA DA SAÚDE

Os processos de mudanças econômicas que ocorreram na sociedade transformaram as formas de organização do trabalho. Anteriormente, no taylorismo e no fordismo, o tempo era concebido como linear, sendo rigidamente controlado. Nos dias atuais, o tempo tornou-se descontínuo, flexível e autônomo. Tais transformações têm exigido habilidades constantemente atualizadas, em razão do fluxo rápido de inovações técnicas no processo de produção. Com isso, os trabalhadores precisam ser flexíveis, inovadores, criativos, participativos, saber trabalhar em equipe e devem ter capacidade de adaptação, pois o mundo, sob a influência da racionalidade tecnológica, caracteriza-se por mudanças rápidas, forte concorrência e intensa competição entre empresas e entre profissionais.

De acordo com Barreto (2003), a “nova” visão gerencial exige dos profissionais qualificação e polifuncionalidade, visão sistêmica do processo produtivo, rotatividade das tarefas e flexibilidade. A autora inclui, ainda, a valorização da concentração durante a realização das atividades, a capacidade de adaptação e respostas em um ritmo acelerado em decorrência da busca da qualidade que, atualmente, encontra-se associada à produtividade.

A nova face dos recursos humanos é identificada com a visão global: deve-se pensar além das fronteiras do cargo, de sua empresa e de seu país, e exigir dos trabalhadores flexibilizados, transformados em “parceiros”, a inserção no cotidiano de novos modelos e valores competitivos. Esses novos valores sugeriam aumento do controle do corpo, da técnica, do ritmo e da intensidade do trabalho. Foram estabelecidas novas metas: produzir com qualidade e em quantidade a baixos custos (BARRETO, 2003, p. 100).

O tempo passa a ser administrado pela empresa, tornando-se atemporal, e o lucro representa a meta principal de todo o processo produtivo. Barreto (2003, p. 96) diz ainda que “os trabalhadores vão sendo cada vez mais domesticados, subsumindo nos produtos do trabalho e na tirania do real”. As formas com que a sociedade tem administrado a vida dos sujeitos implicaram mudanças nas técnicas de dominação utilizadas, com o intuito de adestrar e moldar

os trabalhadores. Sendo assim, foram incorporados novos modelos de gestão, os quais caracterizam maneiras mais sutis de controle, sem, contudo, perder sua força, e estão “implícitos na política do desenvolvimento narcísico, do “vestir a camisa”, através dos programas de autoestima, afetividade e empatia” (BARRETO, 2003, p. 101). Os programas participativos, o “Sistema 5 (cinco) S” (método de controle do desperdício de recursos e de espaço), e o *Just in Time* (sistema que defende um momento exato para cada passo da produção) são exemplos dessa forma de controle, cujo objetivo principal tem sido o aumento da eficácia operacional e a redução de custos.

Tal forma de gestão passou a exigir dos profissionais não apenas a dedicação aos objetivos organizacionais e o alcance dos resultados, mas vai além, pois mobiliza os trabalhadores a atuarem motivados em relação às atividades e ao trabalho realizado e, assim, precisam ser maleáveis e submissos ao sistema produtivo. Para Barreto (2003), os profissionais têm sido transformados em objetos e acabam despidos de autonomia por se verem impedidos de criar livremente e serem expropriados de seus direitos. “Agora flexibilizados, vivem o individualismo competitivo e antropofágico que desgasta o caráter, revelador da violência do e no trabalho, deslocada e cada vez mais sutil” (2003, p. 102).

As implicações da sociedade administrada na vida dos trabalhadores levam ao esmagamento dos indivíduos pelo sistema de controle, que produz e exige a conformidade de pensamentos e comportamentos, bem como impossibilita a reflexão crítica, por se perder a capacidade de pensar diferente dos padrões e configurações impostos. De acordo com Marcuse (2015), tal forma de controle prioriza os pressupostos de mercado que orientam as atividades das relações de trabalho e das experiências de vida, e, ao dificultar ao trabalhador tomar consciência de suas reais necessidades, doutrina e manipula os indivíduos pela lógica dessa totalidade. Em razão disso, torna-se imprescindível que o trabalhador reflita a respeito do que pensa e do que faz; que procure agir de forma consciente para que não se afaste das reais necessidades políticas e sociais, e seja movido pelas necessidades heterônomas, de modo a se adaptar desmesuradamente ao sistema vigente e contribuir com as condições injustas que estão postas.

O autor referido esclarece que as necessidades heterônomas são “falsas necessidades”, as quais são impostas ao sujeito e consideradas como necessidades repressivas, em razão de terem o objetivo de impedir o desenvolvimento da capacidade (sua própria e dos outros) de reconhecer a irracionalidade do todo e de perceber as chances de modifica-lo. Dessa forma, os indivíduos não têm a consciência de que suas necessidades lhes são impostas de forma heterônoma pelas bases do sistema capitalista.

Tais necessidades têm um conteúdo e uma função sociais que são determinadas por poderes externos sobre os quais o indivíduo não tem controle; o desenvolvimento e a satisfação dessas necessidades são heterônomos. Não importa quantas dessas necessidades tenham podido se tornar próprias do indivíduo, reproduzidas e fortificadas pelas condições de sua existência; não importa o quanto ele se identifique com elas e se encontre a si mesmo ao satisfazê-las, elas continuam a ser o que foram desde o início – produtos de uma sociedade cujo interesse dominante é a repressão. (MARCUSE, 2015, p. 44).

Para esse autor, toda libertação depende da consciência da servidão. Ademais, a sociedade administrada, em decorrência de seu poder econômico, utiliza os instrumentos de dominação para moldar e colonizar a vida das pessoas, além de manipular suas necessidades vitais e, conseqüentemente, dificultar a individuação do sujeito, pois a lógica administrativa do sistema prevalece. O sujeito desaparece.

O aumento da produtividade econômica, que por um lado produz as condições para um mundo mais justo, confere por outro lado ao aparelho técnico e aos grupos sociais que o controlam uma superioridade imensa sobre o resto da população. O indivíduo se vê completamente anulado em face dos poderes econômicos. Ao mesmo tempo, estes elevam o poder da sociedade sobre a natureza a um nível jamais imaginado. Desaparecendo diante do aparelho a que serve, o indivíduo se vê, ao mesmo tempo, melhor do que nunca provido por ele. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 14).

Nesse sentido, as bases para a racionalidade individual são minadas, pois a constituição dos indivíduos é realizada de forma limitada no que se refere aos aspectos de sensibilidade, percepção e pensamento, tendo em vista que tais fatores são reduzidos às formas existentes e proporcionam a fragilidade do Eu em razão do declínio desenfreado da autonomia.

Sobre isso, Adorno (1986, p. 67) esclarece:

[...] a falta de liberdade, a dependência em relação a um instrumental que escapa à consciência daqueles que dele se utilizam, estende-se universalmente sobre os homens. A tão deplorada falta de maturidade das massas é apenas reflexo do fato de que os homens continuam não sendo senhores autônomos de sua vida; tal como no mito, sua vida lhes ocorre como destino.

Ao explicar a falta de autonomia, Marcuse (2015, p. 52) afirma que “a sociedade coloca obstáculos a todo comportamento e operação que se opõe a ela; conseqüentemente, os conceitos que a contrariam são tornados ilusórios ou sem significação”; ocorre a limitação de todo e qualquer pensamento ou comportamento que sejam contrários ao sistema. A partir dessa constituição, os sujeitos perdem a habilidade de refletir sobre as possibilidades de libertação e autodeterminação e, conseqüentemente, não conseguem desenvolver o pensamento negativo. Dessa maneira, os homens e a própria razão tornam-se objetos de administração, perpetuando as características do sistema e estabilizando-o por não terem condições para realizar a mudança social.

Para Crochík (2011), a formação ocorre de acordo com as necessidades da produção social, já que o desenvolvimento das habilidades individuais possui o objetivo de se conformar com as necessidades do sistema de produção, tendo em vista a formação direcionada a atender as demandas da realidade existente. O autor, no texto “Notas sobre o trabalho e sacrifício” (CROCHÍK, 2003), observa que os aspectos de formação do trabalhador se encontram impedidos em decorrência do trabalho ter se associado à dominação, por ser essa a base da sociedade que perpetua o sacrifício.

Se no trabalho, o prazer é sacrificado na submissão ao capital, ele não deixa de existir, mas associa-se ao que lhe é contrário: a destruição; ou se torna mera compulsão, retirando o sentido da ação; ou fragmenta a vida humana, expulsando a humanidade que a atividade traz. Como sacrifício, o trabalho entrega a vida em troca da possibilidade da subsistência. (CROCHÍK, 2003, p. 63).

A maneira como o trabalho está estruturado atualmente tem impossibilitado a reflexão e resultado em conformismo e impotência por parte do trabalhador, que não se identifica com seu produto, tornando o sujeito alienado e, dessa forma, contribui para o adoecimento profissional. O trabalhador que não se reconhece em seu trabalho e, conseqüentemente, pode passar pelo estranhamento e alienação do processo de trabalho, tende a apresentar estados e manifestações que são considerados “patológicos”.

Como observa Marcuse (1978), ao discutir com Marx, para o trabalhador, o trabalho alienado é vazio de significado e, na sociedade moderna, tem possibilitado a “alienação total” do indivíduo.

A divisão social do trabalho, declara Marx, não tem qualquer consideração pelas aptidões dos indivíduos ou pelo interesse do todo, sendo posta em prática, ao contrário, inteiramente de acordo com as leis da produção capitalista de mercadorias. Sob estas leis, o produto do trabalho, a mercadoria, parece determinar a natureza e o fim da atividade humana. Em outras palavras, os utensílios que deveriam servir à vida passam a dominar seu conteúdo e sua meta, e a consciência do homem fica inteiramente à mercê das relações materiais de produções. (MARCUSE, 1978, p. 252).

Ou seja, o produto do trabalho é visto como algo alheio ao sujeito, considerado como uma força que se torna independente de quem o produziu, e quanto mais o trabalhador está alienado de seu produto, mais ele está alienado de si mesmo. Em decorrência disso, Marcuse (1978, p. 256) aponta que o trabalhador começa a sentir que está consigo mesmo quando se vê livre do trabalho e, por isso, o trabalho não seria “a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio para a satisfação de necessidades que lhe são exteriores”. O poder do capital sobre a vida dos trabalhadores consolida o sofrimento e a alienação, tanto psíquica quanto social.

Adorno e Horkheimer (1985, p. 52) afirmam que “enquanto os indivíduos forem sacrificados, enquanto o sacrifício implicar a oposição entre a coletividade e o indivíduo, a impostura será uma componente objetiva do sacrifício.”

Se, por causa de sua irracionalidade, o princípio do sacrifício se revela efêmero, ele perdura ao mesmo tempo em virtude de sua racionalidade. Essa se transformou, não desapareceu. O eu consegue escapar à dissolução na natureza cega, cuja pretensão o sacrifício não cessa de proclamar. Mas ao fazer isso ele permanece justamente preso ao contexto natural como um ser vivo que quer se afirmar contra um outro ser vivo. A substituição do sacrifício pela racionalidade autoconservadora não é menos troca do que o fora o sacrifício. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 53).

Em um hospital, o grau de sacrifício empreendido pode ser constatado na realização de plantões com intensa jornada de trabalho por aqueles que possuem mais de um vínculo trabalhista, a atuação em setores intensivos, dentre outros.

As condições de trabalho são difíceis, não raro penosas e desgastantes, agravadas pelo regime de turnos (noturno e de fins de semana). São relações de trabalho verticalizadas, autoritárias e paternalistas, em parte decorrentes do baixo nível organizacional e da incompetência gerencial mais ou menos generalizada no setor. Tais características do trabalho hospitalar no Brasil, tanto quanto a usura dos seus agentes econômicos, comprometem a qualidade do atendimento, dificultam a profissionalização e a elevação da consciência política e sociais desses trabalhadores, sejam seus empregadores públicos ou privados. (RIBEIRO, 1993, p. 81).

Exemplos a respeito das condições de trabalho dos profissionais da saúde podem ser encontrados nas mídias em matérias que denunciam a superlotação dos hospitais, conforme citado anteriormente. O excesso de pessoas a serem atendidas, inclusive em casos de internação, tem demandado aos trabalhadores sobrecarga de trabalho por precisarem assistir um número maior de pacientes.

Tais aspectos configuram-se como fonte de adoecimento dos trabalhadores e são somados a outros fatores, como a carga psíquica empreendida por atuar diariamente no processo saúde-doença dos pacientes, a necessidade de lidar com a perda e o luto, e a realização de atividades em condições insalubres por terem exposição permanente a diversos fatores de risco que podem ser responsáveis por inúmeras doenças.

Pitta (1990/2016), ao apresentar outras consequências para a saúde dos trabalhadores que atuam em hospitais, aponta para a existência de sobrecargas físicas que podem determinar problemas ósteo-articulares, fadiga física geral e, inclusive, acidentes. Acrescenta, ainda, que o trabalho noturno se relaciona com problemas de sono, perturbações na vida familiar, tendências depressivas, problemas gástricos, entre outros. Sobre a carga mental, explica que a necessidade de vigilância constante, o grande número de informações a serem armazenadas e a presença constante de sistemas de sinalização e alarmes visuais e sonoros dos equipamentos podem ser fontes de angústia e de sofrimento psíquico.

Em decorrência disso, os casos de suicídio de profissionais da saúde têm sido confirmados e associados às condições objetivas do trabalho. Os relatos das ideações suicidas envolvem o esgotamento relacionado à complexidade das atividades laborais e a falta de perspectiva de vida que, na maior parte das vezes, podem estar relacionados à depressão. De acordo com um veículo digital de Campo Grande – MS, em janeiro de 2019, 02 (dois) profissionais da área de enfermagem que atuavam em hospitais do Mato Grosso do Sul se suicidaram, sendo que um desses suicídios ocorreu no local de trabalho.⁵ Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é um grave problema de saúde pública e ações de enfrentamento devem ser realizadas em nível multisetorial.⁶

Merlo, Bottega e Perez (2014) dizem que os suicídios no local de trabalho exprimem a parte trágica da agressão produzida pelo trabalho hoje. A análise do suicídio, na atualidade, instiga o debate sobre a interveniência da organização do trabalho na decisão do trabalhador de cometer o suicídio. Conforme o autor, isso implica dizer que as práticas administrativas, cada vez mais perversas, podem estar afetando a subjetividade do trabalhador.

Para Gomide (2013) o suicídio no local de trabalho representa a que ponto a degradação e a precariedade das relações de trabalho chegaram. Assim, o ato suicida de um indivíduo pode estar relacionado a situações de opressão e de não liberdade, geradoras de sofrimento físico e, conseqüentemente, de redução dos trabalhadores a objetos descartáveis.

Tais atos extremos são consequência da funesta mentalidade administrativa aplicada nas organizações empresariais que, dentro de uma crítica mais abrangente, apresenta similaridades com os princípios nazifascistas de administração burocrática, quais sejam: a organização científica voltada para a intensificação da força de trabalho dos sujeitos, que traz em seu bojo elementos irracionais ao colocar questões econômicas, quantitativas e produtivas acima do bem-estar e da felicidade humanas, à custa da exclusão e da morte daqueles considerados fracos, não adaptados, entre outros fatores. (GOMIDE, 2013, p. 383).

A partir dessas reflexões, ponderamos que o processo de gestão dos hospitais tem feito com que os profissionais da saúde sejam vistos como peças de uma engrenagem que podem ser substituídas para garantir o funcionamento dos serviços. Tal engrenagem toma conta da vida dos trabalhadores e dificulta refletir sobre a lógica operativa e produtivista do sistema de gestão. Dessa forma, o peso da administração hospitalar acaba por contribuir para o adoecimento dos trabalhadores como pode ser observado nos resultados e discussões apresentados no próximo capítulo.

⁵ Matéria disponível no sítio eletrônico <<<https://www.campograndenews.com.br/>>> e acessada em 13/02/2019.

⁶ Conforme oficina realizada no escritório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), no Brasil, em maio de 2018, disponível no sítio eletrônico <<<https://www.paho.org/bra/>>> e acessada em 20/06/2019.

4. SOCIEDADE ADMINISTRADA: ANÁLISES SOBRE O ADOECIMENTO PSÍQUICO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM EM HOSPITAIS

Neste capítulo, estão apresentados os aspectos metodológicos da pesquisa com a exposição e análise dos resultados. Ao refletirmos sobre o adoecimento profissional de trabalhadores que atuam em instituições hospitalares implica entender as variáveis relacionadas ao sofrimento psíquico.

Na prática hospitalar, conforme Pitta (1990/2016), os profissionais da saúde lidam diariamente com o processo saúde-doença ao enfrentarem a dor, o sofrimento e, em casos extremos, a morte de seus pacientes. Além disso, em sua maioria, exercem suas atividades em condições insalubres, com jornadas prolongadas, ritmo de trabalho acelerado, são administrados por uma hierarquia rígida e vertical, dispõem de tempo reduzido ou inexistente para pausas de descanso ao longo das jornadas, dificilmente exercem controle sobre a execução do trabalho, as tarefas são rotineiras e, muitas vezes, fragmentadas. Tudo isso configura situações de insatisfação e, conseqüentemente, pode vir a comprometer a vida psíquica do trabalhador.

Nesse sentido, vale ponderar que, mesmo com todo o avanço tecnológico que inclusive faz parte das estruturas hospitalares, ainda tem prevalecido a exploração da força de trabalho mesmo em atividades que devem lutar pela garantia da vida. Para Crochík (2011), a dialética que envolve o progresso e o desenvolvimento técnico permite aos indivíduos uma vida mais segura e confortável, mas pode levar à imobilização social e à infelicidade humana por estar direcionada à adaptação e à dominação. Logo, as inovações tecnológicas, enquanto instrumentos de controle do sistema capitalista, colocam à mostra as concepções ideológicas subjacentes e passam a consolidar e fortalecer esse modelo, cujo preceito maior tem sido o sacrifício e a resignação dos trabalhadores.

Adorno (1986, p. 70) esclarece:

Característica marcante de nossa época é a preponderância das relações de produção sobre as forças produtivas, que, porém, há muito desdenham as relações. Que o braço estendido da humanidade alcance planetas distantes e vazios, mas que ela, em seu próprio planeta, não seja capaz de fundar uma paz duradoura, manifesta o absurdo na direção do qual se movimenta a dialética social. Que a coisa toda tenha transcorrido de modo diferente do que se esperava, tem como uma das causas, e não a menor, o fato de que a sociedade incorporou o que *Veblen* chamava de *underlying population* [população subjacente]. Só quem coloca a felicidade do todo abstratamente acima da felicidade do ser individual vivo poderia desejar que isso não acontecesse. (grifos do autor).

A primazia das relações de produção em detrimento das forças produtivas desvaloriza o trabalhador, o que não deixa de ocorrer nos processos de gestão hospitalares. Pois, nessas instituições, o que tem prevalecido é o fato de cada paciente ser considerado pelo seu valor de mercado. Dessa forma, os trabalhadores vivem na constante e incessante ameaça na luta para garantir a sobrevivência em decorrência das crises econômicas e do comprometimento das relações humanas.

Os fundamentos econômicos para isso são evidentes: a exigência de um rápido aumento da produção no país atrasado acarretou uma administração rígida e ditatorial. Da liberação das forças produtivas, surgiram novamente relações de produção restritivas: a produção tornou-se uma finalidade em si e bloqueou o objetivo que seria a realização plena da liberdade. (ADORNO, 1986, p. 72).

Conforme já assinalado, a exploração das forças de trabalho se mantém, e as inovações tecnológicas têm servido, principalmente, aos interesses do sistema vigente ao serem utilizadas como forma de controle nas relações de produção. Marcuse (2015) esclarece que, apesar de toda a mudança na realidade social, a dominação do indivíduo pelo indivíduo ainda é um *continuum* histórico que liga a razão pré-tecnológica a tecnológica. No conjunto das transformações dadas na sociedade se faz presente a irracionalidade do sistema, o que pode ser evidenciado no modo como tem sido organizado o trabalho.

A sociedade reproduz a si mesma em um crescente ordenamento técnico de coisas e relações que inclui a utilização técnica dos homens – em outras palavras, a luta pela existência e a exploração do homem e da natureza se tornaram ainda mais científicas e racionais. O duplo significado de “racionalização” é relevante nesse contexto. A gestão científica e a divisão científica do trabalho aumentam imensamente a produtividade da empresa econômica, política e cultura. Resultado: um padrão mais alto de vida. Ao mesmo tempo e na mesma base essa empresa racional produziu um padrão de mente e comportamento que justificou e absolveu até mesmo as características mais destrutivas e opressivas dessa empresa. A racionalidade técnico-científica e a manipulação fundiram-se em novas formas de controle social. (MARCUSE, 2015, p. 154-155).

E a dominação presente nessa racionalidade:

[...] gera uma racionalidade maior – aquela de uma sociedade que sustenta sua estrutura hierárquica enquanto explora ainda mais eficientemente as fontes naturais e mentais, e distribui os benefícios dessa exploração em uma escala cada vez maior. Os limites dessa racionalidade, e de sua força sinistra, aparecem na escravidão progressiva do homem por um aparato produtivo que perpetua a luta pela existência e a estende a uma luta internacional total que arruína a vida daqueles que constroem e usam esse aparato. (MARCUSE, 2015, p. 153).

O autor, ainda, destaca que, em razão dos critérios de produtividade e competitividade, a relação do trabalhador com sua saúde tem sido deturpada, pois a frieza advinda das relações de trabalho tem provocado certas deformações no indivíduo. Crochík (2008, p. 303) explica: “o homem contemporâneo é dotado de frieza, quase não é mais capaz

de identificação, de amar o outro, de ter experiências”. Tais características seriam possibilitadas, por um lado, pela organização racional da sociedade que pode não levar ao pensamento emancipatório e, por outro, pela ameaça existente de ser deixado de lado, caso não se adapte ao sistema e siga os ditames impostos pela sociedade.

São essas exigências impostas que precisam ser questionadas e analisadas, tendo em vista suas relações com o adoecimento psíquico dos profissionais da saúde. Pois além de lidarem com as especificidades de suas profissões, conforme já mencionado, devem se ajustar às demandas da irracionalidade do sistema vigente. O que objetivamos refletir neste estudo pela pesquisa documental de caráter exploratório.

Cabe aqui retomar o que diz Crochík (2008) sobre a escolha do método. Este deve ser pautado pela delimitação do objeto e não o contrário. Se o objeto se adapta ao método, a ênfase recai nas categorias formuladas pelo sujeito e não no próprio objeto. O autor referido observa que, na visão de Adorno, a ciência tem fins políticos e o conhecimento não é imediatamente apreensível por necessitar de um método que seja adequado ao objeto e produzido pelo sujeito em condições históricas determinadas. Nesse sentido, as discussões que contrapõem técnicas quantitativas e qualitativas são dispensáveis, pois o objetivo do estudo deve nortear a escolha da técnica mais adequada para elucidar o objeto.

Para atender as exigências das implicações éticas da pesquisa, seguimos o disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas.

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:
[...]

V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual. (BRASIL, 2016, p. 1-2).

Com base nisso, realizamos os procedimentos de autorização da pesquisa pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), do HUMAP-UFMS, para acesso aos dados do Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST).

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 Objetivo Geral

Realizar um estudo documental sobre o afastamento de profissionais da saúde (empregados públicos federais - vínculo celetista) por adoecimento psíquico no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), no período de 2015 a 2017.

4.1.2 Objetivos Específicos

- Investigar as categorias diagnósticas dos afastamentos de profissionais da saúde por adoecimento psíquico no HUMAP-UFMS.
- Identificar os setores e categorias profissionais dos profissionais da saúde que se afastam do trabalho por adoecimento psíquico no HUMAP-UFMS.

4.2 LOCAL⁷

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS) localiza-se no município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul, e ocupa uma área de 35.350 m², sendo 28.300 m² de área construída. Foi inaugurado em 13 de maio de 1971, com o objetivo de ser um núcleo de ensino voltado para a formação de recursos humanos na área de saúde e oferecer suporte ao curso de Medicina da antiga Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT). Contudo, por falta de recursos, o hospital foi fechado logo em seguida, sendo reaberto em 03 de abril de 1975. Após a divisão do Estado, foi concretizada a federalização da instituição, que passou a se chamar Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio da Lei Federal nº 6.674, de 5 de julho de 1979.

Com um total de duzentos e 232 (trinta e dois) leitos, suas especialidades de atendimento incluem ambulatórios, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de tratamento e terapia intensiva (CTI) adulto e pediátrico, unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, unidade coronariana (UCO), pronto atendimento médico (PAM), diagnóstico por imagem, serviço de radiologia, banco de leite materno, hemodiálise, além de possuir residência médica em vinte (20) especialidades e residência multiprofissional.

⁷ As informações contidas nesse subitem foram disponibilizadas pela Assessoria de Imprensa do HUMAP-UFMS por meio do sítio eletrônico <<<http://www2.ebserh.gov.br/web/humap-ufms>>> e acessadas em 20/11/2018.

Devido aos tratamentos de pacientes com HIV, terapia renal, diagnose, cirurgia cardiovascular, hemodiálise, neurologia, gestação de alto risco, urologia, tratamento com tomografia e litotripsia, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), o HUMAP-UFMS tem sido considerado referência estadual em doenças infectocontagiosas e em procedimentos de alta complexidade. A Gerência de Atenção à Saúde, na qual encontram-se lotados os profissionais da área da saúde, é composta por 04 (quatro) divisões, 05 (cinco) setores e 26 (vinte e seis) unidades assistenciais. Para identificar a estrutura organizacional do HUMAP-UFMS, nos anexos disponibilizamos o organograma completo.

Desde 18 de dezembro de 2013, o HUMAP-UFMS é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação (MEC), passando a fazer parte do conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal para recuperar os hospitais vinculados às universidades federais.

A partir do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010), foram adotadas medidas para as reestruturações física e tecnológica dos hospitais, por meio da modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde.

Com o intuito de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos hospitais universitários federais e por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), o Poder Executivo foi autorizado a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que passou a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, tem o objetivo de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais.

Conforme a lei de criação da EBSERH (BRASIL, 2011b), a empresa possui personalidade jurídica de direito privado, patrimônio próprio e prazo de duração indeterminado. Tem a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, além de realizar o apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. Entre as atribuições assumidas pela empresa estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais.

4.3 PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A partir do conceito ampliado de saúde, a OMS (BRASIL, 2007) considera como recursos humanos para a saúde qualquer pessoa que realize tarefas que têm por principal finalidade a promoção da saúde. Nesta definição incluem-se diferentes profissões e ocupações que se formaram e trabalham na área da saúde, sejam assalariados ou voluntários, em setores público e privado, em horário integral ou em jornada parcial.

Atualmente, existem três regimes de trabalho no HUMAP-UFMS, servidores públicos federais (vínculo estatutário), empregados públicos federais (vínculo celetista) e terceirizados (vínculo celetista). Destacamos que os dois primeiros grupos possuem vínculos efetivos de trabalho, enquanto o terceiro refere-se às atividades de limpeza, manutenção, recepção, dentre outros, sendo considerado vínculo temporário com a instituição. Dessa forma, os trabalhadores da área da saúde podem fazer parte do primeiro ou do segundo grupo.

Com relação aos vínculos efetivos de trabalho, os profissionais do regime jurídico único, vinculados à UFMS, seguem as normas da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Enquanto os profissionais vinculados à EBSEH, seguem o disposto na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Em razão disso, existem diferenças de direitos e deveres entre os regimes de trabalho e os trabalhadores, apesar de possuírem os mesmos cargos, são legislados de maneiras distintas, o que tem possibilitado, conforme observações e relatos advindos da experiência profissional da autora da pesquisa, o surgimento de conflitos.

Para ilustrar a diferenciação imposta pelas legislações e identificarmos suas implicações nas relações de trabalho, citamos a carga horária, estipulação de folgas, remuneração, percentual do adicional de insalubridade e licenças. Por exemplo, um enfermeiro lotado no Pronto Atendimento Médico (PAM) tem direito a receber grau máximo de insalubridade em razão dos riscos a que se encontra exposto. Contudo, os profissionais com vínculo estatutário recebem um percentual de 20% e aqueles com vínculo celetista recebem 40% de adicional. Os cálculos são realizados a partir do salário base dos trabalhadores, e também, com valor diferenciado, apesar de exercerem as mesmas funções. Tais condições, dentre outras, têm possibilitado a existência de conflitos e dificultado a gestão dos trabalhadores.

Para esta pesquisa, foram investigados os profissionais da saúde do segundo grupo (empregados públicos federais – vínculo celetista), tendo em vista que os primeiros empregados públicos do HUMAP-UFMS foram contratados em fevereiro de 2015 e pelo fato de o Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) do hospital ter acompanhado,

diretamente, a situação dos afastamentos desses profissionais, além da dificuldade de acesso aos dados dos outros regimes de trabalho.

A respeito do quantitativo do quadro de pessoal vinculados à EBSERH, em dezembro de 2017, os profissionais da saúde do HUMAP-UFMS totalizavam 716 (setecentos e dezesseis) trabalhadores dentre as seguintes profissões: assistente social, biólogo, biomédico, cirurgião dentista, educador físico, enfermeiro e suas especialidades, farmacêutico, físico, fisioterapeuta e suas especialidades, fonoaudiólogo, médico e suas especialidades nutricionista, pedagogo, psicólogo e suas especialidades, técnico em anatomia e necropsia, técnico em enfermagem, técnico em farmácia, técnico em histologia, técnico em laboratório de patologia clínica, técnico em óptica, técnico em radiologia, técnico em saúde bucal e terapeuta ocupacional. A seguir, disponibilizamos o quantitativo de profissionais por área, tendo como referência o mês de dezembro de 2017.

TABELA 01 – QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO
ASSISTENTE SOCIAL	3
BIOMEDICO	1
CIRURGIAO DENTISTA	4
ENFERMEIRA ASSISTENCIAL	174
FARMACEUTICO	18
FISICO - FISICA MEDICA	2
FISIOTERAPEUTA	31
FONOAUDIOLOGO	4
MÉDICO	209
NUTRICIONISTA	4
PEDAGOGO	1
PSICOLOGO	5
TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS	1
TECNICO EM ENFERMAGEM	217
TECNICO EM FARMACIA	11
TECNICO EM HISTOLOGIA	2
TECNICO EM LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA	8
TECNICO EM OPTICA	1
TECNICO EM RADIOLOGIA	16
TECNICO EM RADIOTERAPIA	1
TECNICO EM SAUDE BUCAL	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	2
TOTAL	716

Fonte – A autora da pesquisa.

Dados DIVGP/HUMAP-UFMS.

Conforme o Regulamento de Pessoal da EBSEH (BRASIL, 2014a) e a Norma Operacional da Diretoria de Gestão de Pessoas da EBSEH nº 004/2017 (BRASIL, 2017c), esses trabalhadores podem exercer as seguintes jornadas diárias de trabalho: 04h, 06h, 08h, 12h e 24h, sendo essa última específica para a área médica. Os intervalos mínimos entre uma jornada e outra também são previamente estipulados, devendo o registro do ponto ser realizado por biometria. Em geral, os plantões são realizados na escala 12h x 36h, na qual após 12 horas de trabalho, o profissional deve permanecer 36 horas em período de descanso.

Após essa caracterização do HUMAP-UFMS e dos profissionais da saúde que fazem parte do quadro de pessoal, a seguir especificamos a forma como a pesquisa foi realizada e posteriormente apresentamos os resultados e a análise dos dados.

4.4 ETAPAS DA PESQUISA E VARIÁVEIS ANALISADAS

A partir das planilhas de controle dos afastamentos do Serviço de Saúde Ocupacional e de Segurança do Trabalho (SOST) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), sistematizamos os dados para análise desta pesquisa.

Inicialmente, selecionamos as categorias de análise a serem identificadas: nome, categoria profissional, setor de trabalho, data de nascimento, sexo, categoria diagnóstica e dias de afastamento. A identificação dos trabalhadores foi utilizada como critério de investigação de reincidência na apresentação de atestados médicos. Em um segundo momento, contabilizamos o número geral de afastamentos dos profissionais da área da saúde, com o intuito de verificar o percentual total em relação aos afastamentos com categorias diagnósticas de transtornos mentais e de comportamento (CID-F). Posteriormente, analisamos os dados por meio da relação percentual de cada categoria de análise com o objetivo de identificar o panorama anual dos afastamentos. Por último, realizamos uma análise geral dos dados obtidos, conforme demonstramos nos próximos subitens.

A nomenclatura utilizada para as descrições clínicas e as diretrizes diagnósticas das psicopatologias foram referenciadas pela Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10), elaborada pela OMS (BRASIL, 1993) em especial, ao Capítulo V sobre os Transtornos Mentais e de Comportamento, por ser o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, ser a classificação utilizada nos atestados médicos entregues ao Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do

Trabalho do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), local de realização da pesquisa.

Para cada transtorno é fornecida uma descrição dos aspectos clínicos principais e também de quaisquer outros aspectos associados importantes, mas menos específicos. “Diretrizes diagnósticas” são então fornecidas na maioria dos casos, indicando o número e o balanço de sintomas usualmente necessários antes que um diagnóstico confiável possa ser feito. (BRASIL, 1993, p. 1).

Para complementar essa caracterização, utilizamos a 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), elaborada pela Associação Americana de Psiquiatria (2014), por abranger de forma específica os transtornos mentais, ser um documento importante na área de saúde mental e possuir itens mais detalhados. Desse modo serve como guia que organiza informações e pode auxiliar no diagnóstico e no tratamento de transtornos mentais e tem sido uma ferramenta não apenas para clínicos, mas também um recurso essencial para a formação de estudantes e profissionais e uma referência para pesquisadores da área.

Após essas referências, faz-se necessária a discussão a respeito da patologização do diagnóstico, na atualidade, com o intuito de realizar posicionamento crítico aos modelos existentes de classificação. Crochík (2011, p. 97) diz que os psicólogos – e aqui estendemos a todos aqueles que atuam na área de saúde mental – deveriam perceber que, atualmente, “os comportamentos individuais são menos devidos a fatores psíquicos e mais à pressão social”. Grande parte desses profissionais compreendem que a história de vida e as características pessoais são os únicos fatores a serem considerados no processo de adoecimento psíquico dos sujeitos e deixam de considerar as condições objetivas do trabalho e, conseqüentemente, da sociedade.

Patto (1997) apresenta importantes contribuições sobre a prática de diagnóstico, denunciando a falta de bom senso tendo em vista que os laudos contribuem para a produção de estigmas e justificativas de exclusão dos avaliados, além de os reduzirem a coisas com algum tipo de defeito no funcionamento psíquico.⁸

A autora denuncia um padrão no qual são identificadas frases, conclusões e recomendações semelhantes para diversos tipos de diagnósticos e são destacadas a incapacidade de adaptação do sujeito com a apresentação de dados segmentados que esfacelam o avaliado e são interpretados para confirmar a anormalidade previamente suposta. Além disso:

⁸ As discussões realizadas por Patto (1997) se referem às avaliações realizadas em ambiente escolar, contudo, suas contribuições são relevantes à explicação da patologização do diagnóstico, incluindo os transtornos mentais de profissionais da saúde que foram analisados nesta dissertação.

[...] muitas vezes psicólogos alheios à questão da vida danificada e suas implicações psíquicas valem-se de dois ou três jargões, sempre os mesmos, para “interpretá-los”, e tomam como natural o que é social; como social (em seu sentido funcionalista) o que é político; como dores do crescimento, sofrimentos causados por situações sociais de humilhação; como saúde, o que é limitação. Muitas vezes, procedimentos vagamente inspirados em uma psicanálise vulgar repetem concepções já problematizadas em leituras críticas dos textos técnicos de Freud: a civilização que impõe privações é aceita de modo acrítico ou pelo menos resignado; em nome do princípio de realidade, justificam-se os sacrifícios psicológicos dos indivíduos, sem submeter o próprio princípio à crítica se tem por objetivo promover a adaptação social do paciente, animá-lo ao trabalho e à felicidade nas circunstâncias sociais dadas, não criticadas. (PATTO, 1997, p. 71).

A compreensão sobre o indivíduo e a sociedade, assente a atitudes como as descritas por Patto (1997), levam ao enquadramento dos sujeitos em determinadas categorias diagnósticas, ao justificar os comportamentos considerados fora de padrões estipulados. A partir desse entendimento, as teorias e os instrumentos psicodiagnósticos, quando utilizados de maneira arbitrária e irracional,

promovem uma perversa redução psicológica do objeto de estudo e, assim, fazem parte das práticas sociais que danificam a vida pela reiteração do dano inaugural presente nas relações de produção. As práticas de exame são, portanto, parte integrante das condições históricas atuais, motivo pelo qual não faz sentido isentar todo e qualquer instrumento de avaliação do psiquismo de seus efeitos reificadores. A redução do objeto é devida às condições históricas, das quais os métodos de exame psicológico que naturalizam o homem participam, a menos que se entenda a história em termos idealistas. (PATTO, 1997, p. 71-72).

Frente a tais observações, cabe questionar o pragmatismo presente na realização dos diagnósticos, que podem expressar a imperícia de avaliadores pela necessidade de respostas rápidas às demandas. Para tais reflexões, Patto (1997, p. 75) propõe fazer a crítica à Psicologia, na qual os profissionais deveriam se aproximar das “teorias que lhes permitam pensar criticamente as condições em que a especialidade que praticam se fez e se faz como ciência e profissão”. E, com isso, ser capaz de desvendar a lógica do modo de produção capitalista.

Sem ter por objetivo esgotar as discussões a respeito das formas de realização dos diagnósticos de transtornos mentais, mas sim, formalizar esclarecimentos importantes sobre os dados resultantes desta pesquisa, passamos às análises dos levantamentos realizados.

4.5 RESULTADOS

Conforme os resultados obtidos após tabulação e análise das categorias elencadas para o presente estudo, foi verificado que em dezembro de 2017 os profissionais da saúde do HUMAP-UFMS, vinculados à EBSEH, totalizavam 716 (setecentos e dezesseis) trabalhadores. Dentre esses, 494 (quatrocentos e noventa e quatro) profissionais se afastaram

do trabalho por algum tipo de licença médica, entre os anos de 2015 a 2017. Ou seja, 68,99% dos profissionais da saúde do HUMAP-UFMS solicitaram afastamento durante o período investigado. Desse total, 55 (cinquenta e cinco) apresentaram atestados médicos por transtorno mental, que correspondem a 11,13% do total de afastamentos. Os dados com a classificação geral em relação ao número de profissionais da saúde que se afastaram por cada categoria diagnóstica estão disponibilizados na tabela 02.

TABELA 02 – CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DOS ATESTADOS MÉDICOS

CÓDIGO	CATEGORIA DIAGNÓSTICA	Nº DE PROFISSIONAIS QUE SE AFASTARAM
CID-Z	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.	181
CID-M	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.	154
CID-J	Doenças do aparelho respiratório.	135
CID-A	Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	130
CID-K	Doenças do aparelho digestivo.	110
CID-R	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	91
CID-H	Doenças do olho e anexos.	82
CID-N	Doenças do aparelho geniturinário.	76
CID-F	Transtornos mentais e de comportamento.	55
CID-S	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.	55
CID-O	Gravidez, parto e puerpério.	44
CID-G	Doenças do sistema nervoso.	36
CID-B	Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	34
CID-T	Fraturas, traumatismos, queimaduras, sequelas e outras complicações.	24
CID-I	Doenças do aparelho circulatório.	23
CID-L	Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	17
CID-E	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	13
CID-C	Neoplasmas (tumores).	6
CID-D	Neoplasmas (tumores).	6
CID-Q	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.	2
CID-Y	Incidentes adversos.	2
CID-U	Códigos para propósitos especiais.	1
CID-V	Causas externas de morbidade e de mortalidade.	1

CID-W	Quedas, exposições, contatos, mordeduras, picadas, entre outros.	1
-------	--	---

Fonte – A autora da pesquisa.
Dados SOST/HUMAP-UFMS.

No que diz respeito ao gênero, houve predominância de afastamentos por transtorno mental entre profissionais do sexo feminino (78,1% em relação ao total de atestados apresentados). Em relação a idade dos trabalhadores que se afastaram nos anos investigados, o maior número de atestados refere-se aos profissionais na faixa etária de 31 a 40 anos (48,8%). O segundo maior índice de afastamento ocorreu entre as idades de 20 e 30 anos (27,4%), seguidos da faixa etária de 41 a 50 anos de idade (21,4%) e, com menor percentual, a faixa etária dos 51 aos 60 anos de idade (2,4%).⁹

4.5.1 Resultados do ano de 2015

No ano de 2015, 05 (cinco) profissionais da área da saúde se afastaram do trabalho após a apresentação de atestado médico por transtorno mental, de um total de 488 (quatrocentos e oitenta e oito) trabalhadores. Na tabela 03, indicamos o número de profissionais afastados por setor e correlacionados à categoria profissional e à categoria diagnóstica.

TABELA 03 – DESCRIÇÃO GERAL DO ADOECIMENTO PSÍQUICO - 2015

ANO	SETOR	CATEGORIA PROFISSIONAL	CATEGORIA DIAGNÓSTICA	Nº DE PROFISSIONAIS AFASTADOS
2015	Centro Cirúrgico	Técnico em Enfermagem	Transtorno misto de ansiedade e depressão	2
	Maternidade	Enfermeiro	Transtorno de ansiedade generalizada	2
			Transtornos de ajustamento	
Pronto Atendimento Médico (PAM)	Técnico em Enfermagem	Episódio depressivo leve	1	

Fonte – A autora da pesquisa.
Dados SOST/HUMAP-UFMS.

Os trabalhadores da área da saúde que se afastaram do trabalho, no ano de 2015, estavam lotados em três setores do HUMAP-UFMS: centro cirúrgico (40%), maternidade

⁹ Dados expressos em forma gráfica nos apêndices (Gráficos 01 e 02).

(40%) e pronto atendimento médico (20%), e os profissionais da enfermagem totalizaram 100% de afastamento com atestado médico na categoria diagnóstica de transtornos mentais.¹⁰

Após o levantamento dos dados referentes às categorias diagnósticas decorrentes dos afastamentos por transtornos mentais, conforme a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10), houve predominância de 80% na classificação dos transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. Dentre outras categorias diagnósticas, prevaleceram o transtorno misto de ansiedade e a depressão, o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de ajustamento (categorias diagnósticas especificadas nos atestados médicos, de 2015). Na tabela 04 estão indicados os dados percentuais a respeito do número de profissionais afastados do trabalho em relação às categorias diagnósticas.

TABELA 04 – CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS - 2015

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO AGRAVO	Nº DE PROFISSIONAIS COM AFASTAMENTO	PERCENTUAL
F41.2	Transtorno misto de ansiedade e depressão	2	40%
F32	Episódio depressivo leve	1	20%
F41.1	Transtorno de ansiedade generalizada	1	20%
F43.2	Transtornos de ajustamento	1	20%

Fonte – A autora da pesquisa.
Dados SOST/HUMAP-UFMS.

De acordo com os resultados obtidos no ano de 2015, o transtorno misto de ansiedade e depressão obteve maior percentual em comparação aos demais afastamentos por transtornos mentais, tendo em vista que 02 (dois) profissionais da área da saúde apresentaram atestados médicos com essa categoria diagnóstica. Houve afastamento de 01 (um) profissional com categoria diagnóstica nos demais transtornos (episódio depressivo leve, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ajustamento).

¹⁰ Para as análises foram consideradas as lotações dos profissionais no dia da entrega do atestado médico no SOST. Destacamos tal informação por ser possível a troca de setores entre os profissionais em decorrência de: falta de pessoal, inadequação ou identificação com os processos de trabalhos, entrada de novos trabalhadores, etc., o que poderia gerar interpretações equivocadas a respeito do adoecimento psíquico no HUMAP-UFMS.

4.5.2 Resultados do ano de 2016

No ano de 2016, do total de 675 (seiscentos e setenta e cinco) profissionais da saúde, 22 (vinte e dois) se afastaram por transtorno mental. Na tabela 05, estão sistematizados o número de afastamentos por setor, indicada a categoria profissional e a categoria diagnóstica correspondentes aos atestados médicos apresentados no HUMAP-UFMS.

TABELA 05 - DESCRIÇÃO GERAL DO ADOECIMENTO PSÍQUICO - 2016

ANO	SETOR	CATEGORIA PROFISSIONAL	CATEGORIA DIAGNÓSTICA	Nº DE PROFISSIONAIS AFASTADOS
2016	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Enfermeiro	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	1
	Centro Cirúrgico	Técnico em Enfermagem	Transtorno misto de ansiedade e depressão	1
	Centro de Estudos em Células Tronco, Terapia Celular e Genética Toxicológica (Cetrogen)	Técnico em Histologia	Transtornos de ajustamento / Transtorno misto de ansiedade e depressão	1
	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI) - adulto	Enfermeiro	Transtornos de ajustamento Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	2
		Fisioterapeuta	Transtorno misto de ansiedade e depressão	
	Divisão de Gestão de Pessoas	Enfermeiro	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	1
	Educação Permanente	Enfermeiro	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve	1
	Enfermaria de Clínica Cirúrgica	Técnico em Enfermagem	Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento	1
	Enfermaria de Clínica Médica	Fisioterapeuta	Outros transtornos ansiosos	1
	Enfermaria de Pediatria	Técnico em Enfermagem	Transtorno misto de ansiedade e depressão	1
			Transtorno ansioso, não especificado	
			Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	
			Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	
Maternidade	Enfermeiro	Episódio depressivo moderado / Pensamentos e atos obsessivos mistos	1	
Pronto Atendimento Médico (PAM)	Enfermeiro	Transtorno de ansiedade generalizada	2	
	Técnico em Enfermagem	Transtornos de ajustamento		

Unidade Coronariana (UCO)	Fisioterapeuta	Transtorno de ansiedade generalizada / Reação a estresse grave, não especificada	2
	Técnico em Enfermagem	Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento	
Unidade de Atenção Psicossocial	Assistente Social	Reação aguda a estresse	2
	Psicólogo	Fobias sociais	
Unidade de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos	Técnico em Radiologia	Insônia não-orgânica	2
	Técnico em Enfermagem	Episódio depressivo moderado / Transtornos de ajustamento	
Unidade de Laboratório e Análises Clínicas	Farmacêutico	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	1
Unidade Renal	Técnico em Enfermagem	Transtorno misto de ansiedade e depressão	2
	Médico	Episódio depressivo / Outros transtornos ansiosos	

Fonte – A autora da pesquisa.
Dados SOST/HUMAP-UFMS.

Cabe destacar que, em relação aos setores de trabalho, o centro de tratamento e terapia intensiva (CTI) – adulto, o pronto atendimento médico (PAM), a unidade coronariana (UCO), a unidade de atenção psicossocial, a unidade de diagnóstico por imagem e métodos gráficos e a unidade renal tiveram, cada um, 02 (dois) profissionais da saúde afastados do trabalho por transtorno mental, no ano de 2016. Os demais locais apresentaram 01 (um) afastamento.

A categoria profissional da área de enfermagem teve maior número de atestados médicos por transtorno mental em comparação ao total de afastamentos. Os técnicos em enfermagem obtiveram 31,8% e os enfermeiros 27,3% (índices estipulados em relação ao número total de afastamentos por transtorno mental). A categoria profissional que indicou o terceiro maior índice de afastamento foi a dos fisioterapeutas, com 13,6%, seguida pelos profissionais: assistente social, farmacêutico, médico, psicólogo, técnico em histologia e técnico em radiologia, ao ser contabilizado 01 (um) afastamento por pessoa, o que correspondeu a 4,55% do total de afastamentos por transtorno mental.

Na tabela 06, estão identificadas as categorias diagnósticas com maior percentual em relação ao total dos afastamentos por transtornos mentais, sendo contabilizado o número de profissionais que se afastaram do trabalho em cada uma dessas categorias.

TABELA 06 – CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS - 2016

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO AGRAVO	Nº DE PROFISSIONAIS COM AFASTAMENTO	PERCENTUAL
F43.2	Transtornos de ajustamento	6	18,2%
F41.2	Transtorno misto de ansiedade e depressão	5	15,2%
F43	Reação a estresse grave	3	9,1%
F32.1	Episódio depressivo moderado	2	6,1%
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	2	6,1%
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	2	6,1%
F41	Outros transtornos ansiosos	2	6,1%
F41.1	Transtorno de ansiedade generalizada	2	6,1%
F32	Episódio depressivo	1	3%
F33.0	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve	1	3%
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	1	3%
F40.1	Fobias sociais	1	3%
F41.0	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	1	3%
F41.9	Transtorno ansioso, não especificado	1	3%
F42.2	Pensamentos e atos obsessivos mistos	1	3%
F43.0	Reação aguda a estresse	1	3%
F51.0	Insônia não-orgânica	1	3%

Fonte – A autora da pesquisa.
Dados SOST/HUMAP-UFMS.

Os dados da tabela 06 indicam que os transtornos de ajustamento corresponderam a 18,2% do total das categorias diagnósticas dos atestados médicos apresentados no HUMAP-UFMS, no ano de 2016. Com 15,2%, os transtornos mistos de ansiedade e depressão, seguidos pela reação a estresse grave, contabilizaram 9,1% de afastamentos por transtorno mental.

4.5.3 Resultados do ano de 2017

No ano de 2017, um total de 40 (quarenta) profissionais da saúde se afastaram do trabalho por transtorno mental no HUMAP-UFMS, de um total de 716 (setecentos e dezesseis) trabalhadores. A partir da descrição geral do adoecimento psíquico, na tabela 07 estão indicados o número de profissionais afastados por transtorno mental em cada setor, a respectiva categoria profissional e a categoria diagnóstica do atestado médico.

TABELA 07 – DESCRIÇÃO GERAL DO ADOECIMENTO PSÍQUICO - 2017

ANO	SETOR	CATEGORIA PROFISSIONAL	CATEGORIA DIAGNÓSTICA	Nº DE PROFISSIONAIS AFASTADOS
2017	Ambulatório	Técnico em Enfermagem	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	2
		Médico	Episódio depressivo moderado / Transtorno de ansiedade generalizada	
	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Enfermeiro	Transtorno misto de ansiedade e depressão / Outros transtornos afetivos bipolares	1
	Central de Manipulação de Citostáticos	Farmacêutico	Transtorno misto de ansiedade e depressão	1
	Centro Obstétrico	Enfermeiro	Episódio depressivo, não especificado	1
	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI) - adulto	Enfermeiro	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	3
		Fisioterapeuta	Outros transtornos ansiosos / Transtorno misto de ansiedade e depressão	
			Outros transtornos ansiosos	
		Técnico em Enfermagem	Transtorno misto de ansiedade e depressão	
	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI) - pediátrico	Técnico em Enfermagem	Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento	1
	Divisão de Gestão de Pessoas	Fisioterapeuta	Outros transtornos ansiosos	1
	Enfermaria de Clínica Cirúrgica	Fisioterapeuta	Outros transtornos ansiosos	4
Técnico em Enfermagem		Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos		
Técnico em Enfermagem		Transtorno misto de ansiedade e depressão		
Técnico em Enfermagem		Outras reações a estresse grave / Transtorno somatoforme, não especificado		

Enfermaria de Clínica Médica	Técnico em Enfermagem	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	1
Enfermaria de Pediatria	Enfermeiro	Episódio depressivo moderado	2
	Técnico em Enfermagem	Transtorno misto de ansiedade e depressão	
Farmácia Central	Farmacêutico	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	1
Hospital Dia	Enfermeiro	Episódio depressivo moderado	1
Maternidade	Enfermeiro	Episódio depressivo	3
	Médico	Reação aguda a estresse	
	Técnico em Enfermagem	Transtornos de ajustamento	
Núcleo de Segurança do Paciente	Enfermeiro	Episódio depressivo moderado / Transtorno de ansiedade generalizada	1
Pronto Atendimento Médico (PAM)	Enfermeiro	Transtorno ansioso, não especificado	3
	Técnico em Enfermagem	Reação aguda a estresse	
	Técnico em Enfermagem	Transtorno misto de ansiedade e depressão / Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	
Pré-parto	Enfermeiro	Transtorno de ansiedade generalizada / Transtornos de ajustamento	2
		Outros transtornos ansiosos	
	Técnico em Enfermagem	Episódio depressivo moderado	
Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN)	Enfermeiro	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve / Transtorno de ansiedade generalizada / Reação aguda a estresse	1
Unidade Coronariana (UCO)	Enfermeiro	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	2
	Fisioterapeuta	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	
Unidade de Atenção Psicossocial	Médico	Transtorno afetivo bipolar	2
	Psicólogo	Transtorno misto de ansiedade e depressão	
Unidade de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos	Técnico em Radiologia	Transtorno misto de ansiedade e depressão	1
Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias	Fisioterapeuta	Transtorno misto de ansiedade e depressão	1

Unidade de Laboratório e Análises Clínicas	Técnico em Laboratório de Patologia Clínica	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	1
Unidade de Nutrição Clínica	Nutricionista	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	1
Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - neonatal	Enfermeiro	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	3
		Outros episódios depressivos	
	Enfermeiro	Outros transtornos ansiosos	
	Técnico em Enfermagem	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	

Fonte – A autora da pesquisa.
Dados SOST/HUMAP-UFMS.

Com 04 (quatro) afastamentos, a enfermaria de clínica cirúrgica foi o setor com o maior número de profissionais da saúde que se ausentaram do trabalho por transtorno mental, no ano de 2017. Em seguida, o centro de tratamento e terapia intensiva (CTI) – adulto, a maternidade, o pronto atendimento médico (PAM) e a unidade de terapia intensiva (UTI) – neonatal, com 03 (três) afastamentos por transtorno mental. Com 02 (dois) afastamentos: o ambulatório, a enfermaria de pediatria, a sala de pré-parto, a unidade coronariana (UCO) e a unidade de atenção psicossocial. Os demais setores tiveram 01 (um) afastamento por transtorno mental, no período investigado.

Em relação às categorias profissionais dos trabalhadores da saúde que se afastaram por transtorno mental, constatamos a predominância da área da enfermagem: enfermeiros e técnicos em enfermagem com o mesmo índice de 32,5%, em relação ao total de afastamentos, seguidos por: fisioterapeuta (12,5%), médico (7,5%), farmacêutico (5%) e as demais categorias (nutricionista, psicólogo, técnico em radiologia e técnico em laboratório) com 2,5% do total de afastamentos por transtorno mental.

TABELA 08 – CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS - 2017

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO AGRAVO	Nº DE PROFISSIONAIS COM AFASTAMENTO	PERCENTUAL
F41.2	Transtorno misto de ansiedade e depressão	10	18,5%
F41	Outros transtornos ansiosos	6	11,1%
F32.1	Episódio depressivo moderado	5	9,4%

F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	5	9,4%
F41.1	Transtorno de ansiedade generalizada	4	7,5%
F43.2	Transtornos de ajustamento	4	7,5%
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	3	5,6%
F41.0	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	3	5,6%
F43.0	Reação aguda a estresse	3	5,6%
F31	Transtorno afetivo bipolar	1	1,8%
F31.8	Outros transtornos afetivos bipolares	1	1,8%
F32	Episódio depressivo	1	1,8%
F32.8	Outros episódios depressivos	1	1,8%
F32.9	Episódio depressivo, não especificado	1	1,8%
F33.0	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve	1	1,8%
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	1	1,8%
F41.9	Transtorno ansioso, não especificado	1	1,8%
F43	Reação a estresse grave	1	1,8%
F43.8	Outras reações a estresse grave	1	1,8%
F45.9	Transtorno somatoforme, não especificado	1	1,8%

Fonte – A autora da pesquisa.
Dados SOST/HUMAP-UFMS.

Na tabela 08 contabilizamos o número de profissionais que se afastaram especificando os transtornos mentais. Foram identificados transtornos mistos de ansiedade e depressão, outros transtornos ansiosos, episódio depressivo moderado, transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos, transtorno de ansiedade generalizada e transtornos de ajustamento entre as categorias diagnósticas com maior percentual em relação ao total de afastamentos por transtorno mental.

4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao propormos realizar a análise documental sobre o afastamento por adoecimento psíquico no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), no período de 2015 a 2017, com vistas a investigar as categorias diagnósticas dos transtornos mentais e identificar os setores e as categorias profissionais dos empregados públicos que se afastaram do trabalho, obtivemos resultados correspondentes aos dados decorrentes da literatura pesquisada, no que se refere ao fato de a categoria profissional mais investigada ser a área de enfermagem; há maior incidência de pesquisas em instituições públicas de ensino; os estudos são realizados no hospital como um todo e não apenas em um setor específico; e os hospitais investigados prestam serviços na esfera pública de atendimento.

A experiência de trabalho da autora da pesquisa, as queixas apresentadas pelo Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) do HUMAP-UFMS e os dados de afastamentos por transtornos mentais suscitaram questionamentos a respeito da possibilidade de existir discriminação sobre esse tipo de afastamento, o que poderia gerar uma subnotificação. Por outro lado, os resultados não deixam de ser preocupantes, pois qualquer índice indicativo de afastamento do trabalho em decorrência das categorias diagnósticas dos transtornos mentais por si só merece reflexões no sentido de que tais dados pudessem não existir.

Os resultados decorrentes desses levantamentos mostraram o quanto a lógica produtivista, conforme já argumentado, tem levado ao adoecimento de trabalhadores e, em especial, no ambiente hospitalar. A constatação principal tem sido a existência, ainda que velada, do preconceito em relação aos afastamentos por transtornos mentais. Por mais que sejam realizadas campanhas para informação e compreensão das categorias diagnósticas, essas, ainda, são fontes de estranhamento, como explica Codo (1988, p. 21).

Embora todos nós reconheçamos a importância dos “movimentos de conscientização”, somos também todos nós forçados a reconhecer que são insuficientes quando se trata de combater questões objetivas. O mascaramento da doença mental atende a forças econômicas e políticas evidentes, desnecessário enumerá-las aqui, por elas a doença mental se vê alijada aos porões da sociedade, produto indesejável, vergonhoso dela mesma que sempre foi.

O impedimento de manifestar e expressar o adoecimento tem obrigado os profissionais a sofrerem de maneira escondida, e essa exclusão tem agravado, cada vez mais, os sintomas, de acordo com Pitta (1990/2016). As comorbidades podem “mascarar” a presença do adoecimento psíquico, bem como, a subnotificação dos afastamentos por transtornos mentais. Tal atitude advém da lógica da sociedade administrada, pois o sujeito que adoecer tem

sido considerado improdutivo e em decorrência disso, cada vez mais, a manifestação do adoecimento passa a ser tratada de forma velada e individual.

Pedrossian (2008, p. 163) esclarece:

A sociabilidade implica adaptação; os clichês e os estereótipos colaboram com a manifestação de atitudes marcadas pela silenciosa aceitação do sofrimento alheio. A responsabilidade de o indivíduo, por exemplo, estar infeliz e/ou oprimido recai nele próprio, e as circunstâncias sociais desumanas não são consideradas.

Logo, confirmam a lógica do sistema capitalista ao buscar o ajustamento e adaptação dos indivíduos. A responsabilização do trabalhador por seu adoecimento e os devidos enquadramentos atendem ao interesse da sociedade atual. Nesse sentido, ao abalizar os dados deste estudo, fica evidente o quanto os profissionais da saúde estão adoecendo.

Ao retomarmos os resultados obtidos a respeito dos setores de lotação dos profissionais da saúde que se afastaram por transtorno mental, identificamos variações de 01 (um) a 05 (cinco) afastamentos por ano. A enfermagem de clínica cirúrgica e o pronto atendimento médico (PAM) foram os locais com maior número de afastamentos (n=5), seguidos pela maternidade e pela unidade coronariana (UCO), com 04 (quatro) afastamentos cada. Na análise dos resultados, foi considerado o número de profissionais afastados, o número total de trabalhadores e identificadas as atividades funcionais exercidas em cada setor de trabalho.¹¹

Vale ressaltar que os afastamentos implicam sobrecarga de trabalho, pois a atuação ocorre em equipe e, conseqüentemente, a ausência do trabalhador tem gerado o acúmulo de atividades aos demais profissionais. Por isso, faz-se necessário pensar o que pode haver de irracional na organização dos processos de trabalho, já que, muitas vezes, os procedimentos administrativos passam a ser mais importantes do que as pessoas.

A organização tende a uma crescente racionalidade formal e a entender os seus membros – os indivíduos – como ferramentas; isso é intrínseco a elas. Os empregados das organizações tendem a se tornar burocratas, mas isso não é somente desumanizador, posto que com o formalismo das regras – ‘nada é pessoal’ – tenta se lutar contra a arbitrariedade, contra a injustiça imediata do antigo senhorio que fazia e executava as leis; a questão é que no intuito de se obter a justiça formal, a tentativa que todos sejam satisfeitos não avança. O problema da racionalidade das organizações é que elas se tornam fins em si mesmos e não meios para cumprir os objetivos humanos. Essa racionalidade abstrata, que também constitui os indivíduos, os torna em meios, impedindo-os de pensar para além do existente. (CROCHÍK, 2008, p. 304).

¹¹ Para identificação do número de profissionais da saúde afastados por transtorno mental, nos três anos investigados, verificamos se houve reincidência na apresentação de atestados médicos pelo mesmo trabalhador. Assim, computamos cada profissional uma vez.

Os profissionais da área da saúde são tratados como peças de engrenagem do sistema e os hospitais, cada vez mais adaptados ao sistema, incentivam a competição, conforme já observado, e não deixam de exercer o controle e a dominação sobre esses profissionais.

Harvey (1992/2012) diz que os trabalhadores precisam adquirir um rol de habilidades e capacidades diversas que permitam a mudança contínua de suas atividades, já que precisam se adequar à acumulação flexível do trabalho, que têm feito parte dos processos de gestão na atualidade.

[...] as modificações sistematizadas pela reestruturação produtiva “repetem” a lógica da exploração do trabalhador e trazem novas formas em seu gerenciamento, frente às demandas produtivas. De forma elementar, pode-se dizer que a “nova roupagem” da reestruturação produtiva “veste” o mesmo sistema e confirma o processo de exploração do trabalhador e o sofisticar; pois, em tempos novos, os artifícios do trabalho passaram a cooptar, também, aspectos constitutivos da subjetividade do trabalhador no sentido de dificultar a sua individuação e, consequentemente, manter a reificação de sua consciência. (MENESES; LOPES; COSTA, 2019, p. 48).

Gorz (1988/2007) observa que a forma de administração que tem sido exigida refere-se às atividades especializadas previamente estabelecidas pela organização e que devem ser cumpridas pelos trabalhadores. A natureza, o conteúdo das tarefas e as relações são heterodeterminadas de forma a transformar os indivíduos em objetos (apêndices ou engrenagens de uma grande máquina) e que, cada vez mais, são domesticados pela racionalidade da sociedade contemporânea. Para o autor, esse processo abrange à cisão entre a vida profissional e a vida privada, que são dominadas por exigências, normas e valores que, em geral, são diversos e/ou contraditórios e, assim, podem vir a possibilitar o adoecimento dos trabalhadores.

Os resultados da pesquisa mostraram que a área da enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) apresentou o maior número de afastamento por transtorno mental nos três anos investigados (n=36 – sendo 17 enfermeiros e 19 técnicos em enfermagem). Em 2015 totalizou 100%; em 2016 o índice de afastamento correspondeu a 59,1%; e em 2017 obteve 65%; todos os percentuais em relação ao número total de licenças médicas pela categoria diagnóstica investigada. Esses trabalhadores, atualmente, correspondem a 55% do total de profissionais da saúde do HUMAP-UFMS e, de acordo com a Descrição Sumária de Atribuições de Cargos da EBSEH (BRASIL, 2014b), desempenham atividades relacionadas ao planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do processo e dos serviços de assistência de enfermagem. Também, prestam assistência direta aos pacientes com diversos tipos de complexidade técnica, incluindo casos graves com risco de morte. Assim sendo, há exigência de conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões imediatas. Além disso,

atuam na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar e dos danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde.

Pelo fato dos resultados coincidirem com o maior número de pesquisas realizadas com os trabalhadores da enfermagem, em razão não apenas do número expressivo de profissionais que atuam em hospitais, mas também pela intensidade das atividades que fazem parte de suas atribuições, pode-se afirmar a existência da sobrecarga de trabalho.

A segunda categoria profissional com maior número de afastamentos por transtorno mental foi a área de fisioterapeutas (n=8). De acordo com o documento supracitado, as atribuições desses profissionais incluem o atendimento aos pacientes, a realização de ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente, utilizando protocolos e procedimentos específicos da fisioterapia, as análises das condições dos pacientes e o desenvolvimento de programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida.

O trabalho dos fisioterapeutas exige o contato direto com os pacientes que, em certos casos, estão imobilizados e precisam ser sustentados e amparados por esses profissionais, exigindo o emprego da força física para a realização dos movimentos, o que pode, inclusive, gerar exaustão. Além disso, a maior parte das atividades realizadas por esse grupo de trabalhadores inclui a execução de movimentos que ocasionam algum tipo de dor àqueles que estão sendo reabilitados ou tratados, característica que pode gerar diversas manifestações, como desconforto, reclamação e angústia por parte dos pacientes.

O planejamento voltado para o desempenho no trabalho procura aproveitar a força humana da melhor forma possível, retirando a capacidade de decisão do trabalhador, que tem como função a repetição exaustiva do mesmo movimento, ainda que nas atuais propostas de administração participativa os trabalhadores julguem interferir no processo de produção. Isso seria verdadeiro, se ele pudesse decidir também o que produzir, como distribuir o produto, não segundo o mercado, mas de acordo com as necessidades da população e, além disso, participasse verdadeiramente da divisão da riqueza produzida. (CROCHÍK, 1998, p. 182-183).

Ademais, as formas de gestão hospitalar têm sido burocratizadas, exigindo do profissional da saúde o cumprimento sistemático de atividades intituladas como plano de tarefas, nas quais os trabalhadores precisam atingir níveis de excelência. Marcuse (1999, p. 94) diz que a burocracia emerge em um “terreno aparentemente objetivo e impessoal, fornecido pela especialização racional das funções”. Essa racionalidade tem o objetivo de incrementar a racionalidade da submissão, tendo em vista que quanto mais ocorre a divisão e fragmentação das funções e atividades, mais será dificultada a resistência do indivíduo. Para Crochík (1998),

a administração científica e burocrática que existem nas empresas despersonaliza tanto o capitalista quanto o trabalhador, ambos entendidos como peças de uma imensa estrutura.

Outro ponto que merece destaque se refere ao HUMAP-UFMS ser uma instituição hospitalar de ensino e, em decorrência disso, tem responsabilidade de formar acadêmicos de cursos de graduação e pós-graduação da UFMS. Conforme a Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, (BRASIL, 2015), os hospitais de ensino são estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), seja pública ou privada, que servem de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde. Contudo, mesmo frente a essa incumbência, ficam evidentes as contradições na lógica de funcionamento dos hospitais. Podemos argumentar que o peso da administração hospitalar não deixa de contribuir para a semiformação dos alunos, pois as demandas da sociedade administrada têm sido priorizadas em relação a função educativa.

A semiformação faz parte da esfera da reprodução sob o monopólio da indústria cultural, pois conserva e afirma sua lógica, no sentido de induzir a irracionalidade da razão instrumental [...]. Por isso, faz-se necessária a contínua reflexão a respeito das formas com que a sociedade de mercado tem formado – semiformado – o indivíduo, ao impedir o rompimento com o processo de reificação da consciência na formação dos trabalhadores, ao levar à uniformização de produtos e de trabalhadores. Assim os indivíduos são sujeitos da reprodução da ideologia do sistema, na condição de sujeitos assujeitados, ao não serem considerados como sujeitos que devem ter oportunidades de fazerem escolhas e capazes de pensar criticamente sobre as coerções existentes nos modelos de produção e, por conseguinte, nas desigualdades sociais geradas, frente à insegurança na luta pela sobrevivência, em uma sociedade que, ainda, precisa de trabalhadores vendendo a sua força de trabalho, a sua vida, para manter um sistema que valoriza o lucro e, ao mesmo tempo, pautada pela violência. (MENESES; LOPES; COSTA, 2019, p. 67-68).

O atendimento ao paciente e o ensino deixaram de ser a finalidade e passaram a ser consequência das atribuições de cada categoria profissional, já que a ênfase costuma ser direcionada para o cumprimento dos objetivos e não para a prestação de serviços de saúde. O cumprimento do planejamento, muitas vezes, passa a ser mais importante que as pessoas. Dessa forma, os instrumentos administrativos têm preponderância em relação à vida de quem trabalha.

O indivíduo eficiente é aquele cujo desempenho consiste numa ação somente enquanto seja a reação adequada às demandas objetivas do aparato, e a liberdade do indivíduo está confinada à seleção dos meios mais adequados para alcançar uma meta que ele não determinou. Enquanto o avanço individual independe de reconhecimento e se consuma no próprio trabalho, a eficiência é um desempenho recompensado e consumado apenas em seu valor para o aparato. (MARCUSE, 1999, p. 78).

E, como observa o autor, o trabalhador alienado, ao ter sua singularidade impedida de ser realizada, se aliena do trabalho e de si, pois o desempenho individual passa a ser motivado, guiado e medido por padrões externos ao indivíduo, padrões que incluem a realização

de tarefas e funções predeterminadas. Assim, o sujeito fica preso à totalidade do existente cujas relações sociais são petrificadas e voltadas ao pensamento operacional.

Assim, a forma de ser dos processos de produção – a padronização dos comportamentos – e o seu objetivo – a produtividade alienada – são projetados em esferas que, antes, possuíam alguma autonomia, rompendo a distinção entre a esfera pública e a esfera privada e, dessa maneira, administra-se a própria constituição da personalidade, tornando-se a teoria um conjunto de conceitos operacionais comprometidos com os fatos imediatos. O mundo passa a se centrar na produção e no consumo de técnicas. (CROCHÍK, 1998, p. 47).

Vale ressaltar que em razão das exigências impostas pela sociedade, os profissionais da saúde têm seu tempo, cada vez mais, administrado em razão da organização do trabalho. Com salários que deixam de atender às demandas econômicas, faz com que seja frequente a procura por mais de um vínculo profissional. Por exemplo, no HUMAP-UFMS, em torno de 40% dos profissionais da saúde, em relação ao número total desses trabalhadores, possuem dois ou mais vínculos de trabalho e, em razão disso, sacrificam as horas de descanso e lazer.

Dados que expressam a grande contradição da sociedade: quanto mais as condições objetivas indicam a eliminação e a diminuição dos postos de trabalho, mais os trabalhadores têm aumentado o tempo de permanência no trabalho. Para Crochík (2008), a expansão da técnica tenderia a contribuir para a diminuição do trabalho, para uma maior satisfação dos instintos humanos e deveria sobrar mais tempo livre para o indivíduo, contudo, isso não ocorre.

O progresso tecnológico possibilitaria diminuir o tempo e a energia gastos na produção das necessidades de vida, além de uma redução gradual da escassez. A abolição dos objetivos competitivos poderia permitir que o eu se desenvolvesse a partir de suas raízes naturais. Quanto menos tempo e energia o homem precisar gastar para manter sua vida e a da sociedade, maior a possibilidade de ele poder “individualizar” a esfera de sua realização humana. (MARCUSE, 1999, p. 103).

As longas jornadas de trabalho dos profissionais da saúde (o trabalho realizado em turnos pode, inclusive, ultrapassar 24 horas), a execução de tarefas relacionadas à preservação da vida, lidar com a dor e o sofrimento, o constante contato com situações de luto e necessidade de acolhimento, não apenas dos pacientes, mas também de seus familiares, são diversos pontos que podem ser considerados estressores nas atividades dos profissionais da saúde. Adorno (1993), esclarece que a interferência também ocorre nos períodos de descanso, nos quais o tempo livre torna-se o reflexo do ritmo da produção imposto ao sujeito. Tais fatores, somados às formas de organização dos processos de trabalho, têm impacto na vida psíquica dos trabalhadores, e podem gerar sobrecargas física e mental. Em alguns casos, pode levar ao afastamento do trabalho, conforme foi demonstrado no levantamento realizado.

Os resultados obtidos mostram que as categorias diagnósticas prevalentes fazem parte do conjunto de diretrizes clínicas e diagnósticas dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10 que, em sua décima revisão, divide-se em categorias diagnósticas, conforme as especificações a seguir: transtornos mentais orgânicos, incluindo somáticos; transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa; esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes; transtornos do humor (afetivos); transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes; síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos; transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos; retardo mental; transtorno do desenvolvimento psicológico; transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência; transtorno mental não especificado. Além disso, cada grupo se subdivide em transtornos específicos por meio de seus critérios diagnósticos.

As descrições dessas categorias identificam suas principais características objetivando estabelecer relações com os processos de trabalho realizados no HUMAP-UFMS e demonstrar o conjunto de sinais e sintomas que devem ser considerados para ações preventivas.

Os resultados se concentraram nas categorias diagnósticas dos transtornos do humor (afetivos) e dos transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes. Além dessas categorias diagnósticas, houve uma ocorrência em síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos, correspondente aos transtornos não orgânicos do sono, com caracterização em insônia não orgânica.

A categoria de **Transtornos do Humor (afetivos)**, conforme a OMS (BRASIL, 1993), envolve alterações do humor ou afeto que normalmente são acompanhadas por alterações no nível global de atividade, com tendência a ser recorrente e com início dos episódios individuais associados, frequentemente, a eventos ou situações estressantes. Em outras palavras, envolve a presença de humor triste, vazio ou irritável, com alterações somáticas e cognitivas que afetam de modo significativo a vida do indivíduo. Já o grupo dos **Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes** inclui características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados.

O **Transtorno misto de ansiedade e depressão** foi a categoria diagnóstica responsável pelo maior número de afastamentos por transtornos mentais (n=18). A CID-10 define que:

Misturas de sintomas são comuns (a coexistência de depressão e ansiedade sendo de longe a mais frequente), particularmente nas variedades menos graves desses

transtornos, frequentemente vistas em cuidados primários. Embora esforços devam ser feitos para decidir qual é a síndrome predominante, é fornecida uma categoria para aqueles casos mistos de depressão e ansiedade nos quais seria artificial forçar uma decisão (F41.2). (BRASIL, 1993, p. 132).

Para o enquadramento nos critérios diagnósticos a OMS (BRASIL, 1993) define que os conjuntos de sintomas, quando investigados separadamente, não devem ser graves o suficiente para indicar um diagnóstico específico e deve haver, mesmo que de forma intermitente, a presença de sintomas autonômicos, ou seja, tremores, boca seca, estômago embrulhado, entre outros. Para a realização do diagnóstico diferencial, quando houver a concomitância das duas síndromes (ansiedade e depressão), o registro deve ser feito separadamente, não sendo recomendada a utilização dessa categoria. Além disso, o enquadramento como transtorno de ajustamento deve ser utilizado quando os sintomas desse transtorno forem associados a mudanças significativas de vida ou eventos estressantes, conforme explicamos a seguir.

A segunda categoria diagnóstica com maior número de afastamentos refere-se aos **Transtornos de Ajustamentos**, devido a apresentação de atestados médicos por onze (11) profissionais da área da saúde, no período investigado. Conforme a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1993), essa categoria se caracteriza por estados de angústia e perturbação emocional que surgem em um período de adaptação a algum tipo de mudança de vida ou como reação a um evento estressante. Tais manifestações usualmente interferem no funcionamento e no desempenho social, sendo comum a presença de humor deprimido, ansiedade, preocupação excessiva e sentimento de incapacidade de adaptação. A avaliação para o diagnóstico deve considerar a relação entre forma, conteúdo e gravidade dos sintomas; história e personalidade prévias; e evento ou situação estressante ou crise de vida.

A classificação como **Outros Transtornos Ansiosos** foi a categoria diagnóstica apresentada nos atestados médicos de oito (08) trabalhadores da saúde. A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1993) a identifica como manifestações de ansiedade que não se relacionam às situações específicas, podendo haver a presença de sintomas depressivos, obsessivos e fóbicos, desde que eles sejam secundários ou com gravidade menor. As subdivisões para essa categoria incluem: transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno misto de ansiedade e depressão, outros transtornos mistos de ansiedade, outros transtornos de ansiedade especificados e transtorno de ansiedade, não especificado.

Nessa pesquisa, o **Episódio Depressivo Moderado**, o **Transtorno Depressivo Recorrente**, episódio atual grave sem sintomas psicóticos e o **Transtorno de Ansiedade**

Generalizada obtiveram, cada um, sete (07) afastamentos no período investigado. A seguir especificamos essas categorias diagnósticas.

No **Episódio Depressivo Moderado**, caracterizado pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1993), ocorre humor deprimido, perda de interesse e prazer e diminuição da energia, que pode levar à fadigabilidade aumentada e redução de atividades. Por um período de duas semanas devem estar presentes três ou quatro dos seguintes sintomas: concentração e atenção reduzidas; queda da autoestima e autoconfiança; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideais ou atos autolesivos ou suicídio; perturbações do sono; e apetite diminuído. Essa categoria diagnóstica deve ser utilizada apenas para o primeiro episódio depressivo, os episódios posteriores devem ser especificados como transtorno depressivo recorrente.

O **Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos**, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1993), caracteriza-se por episódios repetidos de depressão, nos quais o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido; perda de interesse e prazer; energia reduzida com fadigabilidade aumentada e cansaço marcante mesmo após esforços leves. Além disso, o número de sintomas é elevado em comparação ao quantitativo mínimo para o diagnóstico e sua intensidade causa grave sofrimento ao indivíduo. Tais fatores, conseqüentemente, interferem de maneira significativa na vida do indivíduo. Para ser classificado como recorrente, pelo menos dois episódios devem ter duração mínima de duas semanas e terem sido separados por pelo menos vários meses, sem perturbação significativa do humor.

Conforme a Associação Americana de Psiquiatria (2014), o **Transtorno de Ansiedade Generalizada** inclui ansiedade e preocupações excessivas que ocorrem na maior parte dos dias, a respeito de diversas situações ou eventos, por um período de pelo menos seis meses e que geram sofrimento considerado significativo ou prejuízo em diversas áreas de vida. Envolve a presença de uma expectativa apreensiva com preocupação desproporcional à realidade, na qual o indivíduo sente dificuldades em controlar essa preocupação, podendo ocorrer inquietação, fadigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, perturbações do sono, tremores e sintomas somáticos (sudorese, náusea, diarreia).

Por último, cinco (05) profissionais da saúde se afastaram do trabalho pela categoria diagnóstica **Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos**, identificada pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1993) pela presença de angústia ou agitação considerável, perda da autoestima, sentimento de inutilidade ou culpa e sintomas somáticos. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2014), o número de sintomas deve ser

substancialmente maior do que o requerido para o diagnóstico de episódio depressivo. Além disso, sua intensidade deve gerar grave sofrimento, ser não manejável e interferir de maneira acentuada nas atividades sociais e profissionais do indivíduo.

Podemos relacionar a ocorrência desses transtornos mentais à lógica de organização da sociedade contemporânea e suas implicações na vida dos sujeitos. Estes, em termos frankfurtianos, estão sendo, cada vez mais, semiformados e, conseqüentemente, tendem a não refletir a respeito da realidade administrada e seguir padrões e determinações sem questionamentos, de forma imediata. Tudo está pronto e tudo está dado. Não há espaços para o pensamento crítico sobre as contradições existentes na sociedade e, a partir disso e das demais condições objetivas do trabalho citadas anteriormente, o sofrimento psíquico tem se manifestado na forma desses sintomas.

[...] a própria consciência e a razão, reificadas, perdem a conotação crítica que lhes dava um poder de questionamento e transformação e passam apenas a se multiplicar e reproduzir, tão apáticas e fungíveis quanto quaisquer produtos para o consumo. O senso ético, crítico e negativo da razão perde terreno ao império da metodologia, da técnica e do automatismo do pensamento. Neste novo contexto, não só libido e irracionalidade inconsciente, mas também a consciência, a realidade e a razão tomam-se “fontes” de alienação. (RAMOS, 1999, p. 13).

Sobre os quadros depressivos apresentados nos resultados, Gomide (2017) afirma que os indivíduos estão mais propensos à depressão em razão das relações e processos de trabalho, de pressões econômicas e da imediatez presentes na sociedade administrada que se impõem enquanto automatismos e que exigem comportamentos padronizados. Por outro lado, essa categoria diagnóstica pode significar, também, uma defesa, ao representar atitudes de resistência do sujeito que recusa a lógica de organização atual.

[...] as atuais formas de afecções psíquicas revelam as condições subjetivas do mundo administrado, além de trazer à luz a hegemonia do econômico acerca do psiquismo. [...] A sociedade contemporânea cria obstáculos cada vez mais sofisticados à possibilidade de emancipação, em contradição com o grau de desenvolvimento da vida material que poderia realizar as condições de uma vida mais digna, a saber: uma vida sem angústia e sem a obrigatoriedade ao trabalho e ao consumo compulsivo, prevalecendo a autonomia da decisão individual para a abertura ao novo. (GOMIDE, 2017, p. 104-105).

Frente a tais considerações, as funções do ego têm sido impedidas de se desenvolverem e, por consequência, o indivíduo se constitui de maneira fragilizada, em decorrência da coerção por ele sofrida e a tendência a ter suas forças de resistência reduzidas. Para Adorno (1993, p. 54) “o sujeito na sociedade capitalista não é sujeito algum, mas sim, na realidade, seu objeto”. E o fracionamento de suas capacidades tem relação com a divisão do trabalho ao buscar a máxima utilidade, para manipulá-los. Dessa forma, na sociedade administrada os comportamentos passam a ser regidos pela lógica do controle e da eficiência e

o desempenho do indivíduo tem sido guiado por normas externas que enfraquecem a capacidade de pensar do sujeito.

Cabe ressaltar que, para Adorno e Horkheimer (1985, p. 20), vivemos na sociedade da equivalência. “A sociedade burguesa está dominada pelo equivalente. Ela torna o heterogêneo comparável, reduzindo-o a grandezas abstratas”. Os trabalhadores têm sido comparados uns aos outros e são exigidas atitudes homogêneas, sem haver espaço para o diferente. As “novas” formas de gestão, apesar de estarem disfarçadas por promessas de pertencimento nas empresas e voz ativa, como as políticas de coparticipação, não passam de maneiras diferenciadas de manipular e controlar os trabalhadores, o que pode gerar falsas noções de liberdade, quando intentam a adaptação dos sujeitos e o cumprimento dos objetivos organizacionais.

Nas palavras de Marcuse (1999, p. 97), “racional é aquele que mais eficientemente aceita e executa o que lhe é determinado, que confia seu destino às grandes empresas e organizações que administram o aparato.” As relações de trabalho reprimem e silenciam os indivíduos ao seguirem esse tipo de gestão, pois desestabiliza formas de solidariedade entre os trabalhadores e mobiliza sentimentos de medo e de angústia, em um clima de constante desconfiança e violência. A lógica de administração hospitalar ao dar prevalência ao controle do processo administrativo reitera a irracionalidade do sistema.

E a sociedade capitalista exige a adaptação dos sujeitos.

Os aparatos de dominação produzidos pela sociedade tecnológica têm eliminado as forças de resistência do particular, ou se aproveitado de seus mecanismos subjetivos para enfraquecer quaisquer possibilidades de autonomia e liberdade que restariam aos homens numa sociedade que não preza a igualdade. O individualismo – a produção de um indivíduo ilusório – passa então a configurar o isolamento de sujeitos arrastados para a competição entre átomos sociais, condenados à autoconservação estrita, ditada pelas relações de produção. Também destacamos os sentimentos de apatia encontrados nas depressões que, para além da constituição psíquica neurótica, podem se revelar como defesa às pressões sociais insuportáveis desse modelo econômico. (GOMIDE, 2017, p. 99).

Para Marcuse (1999, p. 83) o indivíduo tem sido pressionado a se ajustar e adaptar de maneira irracional à sociedade administrada e o “comportamento racional se torna idêntico à factualidade que prega uma submissão razoável e assim garante um convívio pacífico com a ordem dominante.” Logo, os pensamentos e comportamentos, cada vez mais, se tornam imunes aos questionamentos e passam a corresponder à irracionalidade que reproduz e mantém a ordem imposta, podendo, inclusive, se manifestar por meio do adoecimento.

A administração, nos dias atuais, volta-se para a aparente racionalidade da vida, não permitindo a autonomia da decisão individual. A preocupação recai não apenas na competência e na solvência de problemas imediatos, como também na conservação

da forma atual de operação do capitalismo, de modo que o trabalho passa a ser fim em si mesmo. Se ele traz tal conotação, não podemos considerá-lo como não-dominador, pois envolve a violência, e não a liberdade. (PEDROSSIAN, 2008, p. 163).

Ao considerarmos essas discussões, entendemos que a administração hospitalar ao repetir a lógica do sistema capitalista e priorizar os instrumentos e processos administrativos em detrimento dos trabalhadores, tem possibilitado o adoecimento psíquico dos profissionais da saúde. A prestação dos serviços de saúde e a formação dos acadêmicos têm sido preteridas e o que tem prevalecido são as políticas baseadas nos indicativos de metas e resultados, por meio de formas de gestão que não passam de estratégias de manipulação e controle dos trabalhadores, cujo objetivo final tem sido a adaptação dos sujeitos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelo objeto de pesquisa ocorreu pela experiência de trabalho como psicóloga do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS) e a prática profissional gerou inquietações a respeito da temática. Em especial, sobre os aspectos envolvidos no processo de adoecimento psíquico dos trabalhadores da saúde que atuam em hospitais e as dificuldades observadas nas relações de trabalho.

A pesquisa, entendida como forma de resistência crítica, nos levou a questionamentos a respeito da lógica da sociedade administrada e, conseqüentemente, da administração hospitalar. Os estudos que fazem parte desta dissertação buscam compreender o adoecimento psíquico ao problematizar o processo de gestão hospitalar e a relação com os afastamentos por transtornos mentais de profissionais da saúde, que atuam no HUMAP-UFMS. As discussões realizadas não têm o propósito de serem conclusivas, mas sim, de refletir sobre a temática para contribuir com os estudos na área e, inclusive, servir como referência para a reflexão do profissional que atua em saúde mental.

Conforme os objetivos desta pesquisa, foi possível identificar as categorias profissionais, os setores e as categorias diagnósticas prevalentes nos afastamentos por transtornos mentais no HUMAP-UFMS, no período de 2015 a 2017. Foram confirmados os dados verificados na literatura e os resultados sistematizados indicam que os trabalhadores da área de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) foram os que mais apresentaram licenças médicas decorrentes de transtornos mentais; os setores com maior número de afastamentos foram a Enfermaria de Clínica Cirúrgica e o Pronto Atendimento Médico (PAM); e em relação às categorias diagnósticas, o Transtorno misto de ansiedade e depressão e os Transtornos de ajustamento foram predominantes.

Para compreensão e análise dessas questões, no capítulo de revisão de literatura, analisamos as publicações acadêmicas, no Brasil, para investigar a relação entre saúde mental e trabalho hospitalar. A partir das categorias de análise elencadas, verificamos que os estudos tendem a não problematizar o processo de adoecimento e, em sua maioria, priorizam os dados de prevalência dos transtornos mentais e a relação de causa e efeito dos adoecimentos. Assim, outras pesquisas podem ser realizadas para aumentar a abrangência das análises, com buscas internacionais, em diversas bases de dados e com publicações anteriores a 2013. Além disso, a escolha dos termos utilizados no campo de busca pode ter levado a perda de publicações a respeito do objeto de estudo em análise, sugerindo, para futuras pesquisas, a utilização de outras expressões para ampliação dos resultados.

Os resultados obtidos que corresponderam aos dados da literatura pesquisada foram a respeito da categoria profissional mais investigada ter sido os profissionais da área da enfermagem; as instituições as quais os pesquisadores se vinculavam serem públicas; as pesquisas terem sido realizadas em hospitais como um todo e não apenas em um setor específico; e os hospitais prestarem serviços na esfera pública de atendimento.

Após esse levantamento, discutimos sobre o processo histórico das instituições hospitalares, com o intuito de possibilitar a compreensão da saúde pública e identificar os acontecimentos que possibilitaram o surgimento dos hospitais. Ao discutirmos sobre as transformações ocorridas na sociedade e as contradições das condições objetivas do trabalho, buscamos demonstrar como a administração hospitalar tem possibilitado o adoecimento psíquico dos profissionais da saúde por seguir a lógica do sistema capitalista e se pautar no produtivismo e na competitividade.

No capítulo intitulado “Sociedade administrada: análises sobre o adoecimento psíquico dos profissionais da saúde que atuam em hospitais”, apresentamos os pressupostos metodológicos da pesquisa e relacionamos os dados dos levantamentos dos afastamentos dos trabalhadores da saúde do HUMAP-UFMS com as discussões dos capítulos anteriores. Nas análises realizadas, objetivamos superar a visão que responsabiliza o sujeito por seu adoecimento e para isso, consideramos as condições objetivas da sociedade, em especial, as formas de administração hospitalar, para compreender as contradições existentes nos processos de trabalho que possibilitam os afastamentos decorrentes de transtornos mentais dos profissionais da saúde que atuam em hospitais.

O peso da lógica do sistema capitalista tem imperado na vida dos sujeitos, os quais, cada vez mais, adoecem e sofrem em razão das imposições que fazem parte dos “novos” modelos de gestão. Os hospitais, ao repetirem a lógica da sociedade administrada, têm se preocupado com o cumprimento das metas e, conseqüentemente, priorizam os resultados em vez das pessoas, assim, a prestação dos serviços de saúde passa a ser preterida. Na sociedade capitalista, os processos de trabalho tendem a disseminar métodos voltados para o controle dos profissionais da saúde. Estes, por sua vez, são pressionados por metas difíceis de serem alcançadas e por um ritmo intenso de trabalho com poucos, ou inexistentes, períodos de descanso, fatores que podem potencializar o adoecimento, não apenas psíquico, como também o físico.

Cabe, ainda, ressaltar as especificidades das atividades realizadas pelos profissionais da saúde, dentre elas: longas jornadas de trabalho (com turnos que podem, inclusive, ultrapassar 24 horas), tarefas relacionadas à preservação da vida, lidar com a dor e o

sofrimento, constante contato com situações de luto, atuação em condições insalubres, trabalho noturno, etc. Além disso, mesmo com avanço tecnológico, a incorporação de novas tecnologias no ambiente hospitalar não tem significado uma economia da força de trabalho, mas a realização de atividades intensivas e especializadas que, cada vez mais, tem dividido o trabalho em parcelas menores. Essa decomposição dos processos de trabalho em atividades isoladas faz parte do estabelecimento de hierarquias profissionais nos setores hospitalares que, por meio da especialização como forma de divisão do trabalho, passou a enfatizar os conhecimentos individuais dos trabalhadores. Ou seja, quanto mais as condições objetivas podem indicar a eliminação ou diminuição do trabalho, mais os trabalhadores têm aumentado o tempo que permanecem trabalhando.

Em que pese tais considerações poderem indicar um processo adaptativo às condições de trabalho, e mesmo reformista, não podemos deixar de realizar a crítica ao sistema vigente (administração total) que tem adoecido os trabalhadores. A partir de nossos estudos, compreendemos que o adoecimento psíquico dos trabalhadores da área da saúde deve ser entendido como um problema de saúde pública, pois os tem atingido de maneira crescente, tendo em vista que suas atividades implicam a luta contra a doença, mas ao mesmo tempo, tem ameaçado a saúde desses profissionais.

O sofrimento psíquico dos sujeitos da pesquisa relaciona-se com a lógica do sistema que, por meio de formas de controle existentes nos sistemas de gestão, tem impedido a emancipação dos indivíduos e impossibilitado o desenvolvimento do pensamento crítico. A manutenção da sociedade administrada leva ao esmagamento do indivíduo e dificulta seu processo de diferenciação. E, em termos frankfurtianos, atende à irracionalidade desse sistema que responsabiliza o sujeito por seu adoecimento psíquico.

Nesse sentido, os estudos feitos nesta dissertação nos levam a afirmar que as formas de gestão hospitalar têm mantido atitudes de dominação e favorecem o adoecimento psíquico dos profissionais da saúde que atuam em hospitais ao priorizarem a produtividade e a lucratividade em vez das pessoas.

Por fim, almejamos que os dados resultantes desta pesquisa sejam meios para criar espaços de discussão a respeito da saúde mental dos trabalhadores, bem como das formas de gestão, dos instrumentos administrativos e dos processos de trabalho do HUMAP-UFMS. E buscamos contribuir para reflexões dos profissionais que trabalham com saúde mental dos trabalhadores ao se voltar para a crítica de suas práticas e tentar impedir a perpetuação da dominação e da alienação humana, características presentes na sociedade administrada.

6. REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- ADORNO, T. W. Capitalismo tardio ou sociedade industrial. In: COHN, G. (Org.). **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1986. p. 62-75.
- _____. **Minima moralia**. São Paulo: Ática, 1993.
- _____. **Educação e emancipação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ALVES, G. **Trabalho e mundialização do capital: a nova degradação do trabalho na era da globalização**. 2. ed. Londrina: Praxis, 1999.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARRETO, M. M. S. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações**. São Paulo: EDUC, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro, 1965.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.674, de 5 de julho de 1979**. Brasília, DF. 1979. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6674.htm Acesso em 20/07/2018.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF. 1990a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 18/07/2018.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF. 1990b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 18/07/2018.
- _____. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Trad. Dorvival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 356, de 20 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF, 2002a. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0356_20_02_2002.html Acesso em 18/07/2018.

_____. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 1. ed. Lisboa, 2002b.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm Acesso em 19/08/2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, Volume 1). Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm Acesso em 19/07/2018.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em 19/07/2018.

_____. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Regulamento de Pessoal da EBSEH**. Brasília, 2014a. Disponível em <https://www.ebserh.gov.br/> Acesso em 20/04/2019.

_____. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Descrição Sumária de Atribuições de Cargos da EBSEH**. 2014b. Disponível em <https://www.ebserh.gov.br/> Acesso em 10/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015**, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, DF, 2016. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf> Acesso em 18/07/2018.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. **Adoecimento Mental e Trabalho - A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016**. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade 2017a. Disponível: <http://www.previdencia.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador/boletim-quadrimestral/> Acesso em 13/10/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Norma Operacional nº 004/2017**. Brasília, 2017c. Disponível em <https://www.ebserh.gov.br/> Acesso em 20/04/2019.

_____. **Secretaria de Previdência**. Ministério da Economia. [Internet]. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/> Acesso em 26/10/2018.

_____. **Ministério da Saúde**. [Internet]. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/> Acesso em 26/10/2018.

CARMO, P. S. **A ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 1992.

CODO, W. **Saúde mental e trabalho: uma urgência prática**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 20-24, 1988. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931988000200008&lng=en&nrm=iso Acesso em 16 de janeiro de 2019.

CROCHÍK, J. L. **O computador no ensino e a limitação da consciência**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 1998.

_____. **Notas sobre trabalho e sacrifício**. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-73, Mar. 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04/05/2018.

_____. **T. W. Adorno e a psicologia social**. *Psicol. Soc.*, v. 20, n. 2, p. 297-305. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a17v20n2.pdf> Acesso em 27/09/2018.

_____. **Teoria crítica da sociedade e psicologia: alguns ensaios**. Araraquara, SP: Junqueira & Marin; Brasília, DF: CNPq, 2011.

DUBY, G. **Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos**. Trad. Eugênio Michel da Silva, Maria Regina Lucena Borges-Osório. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Brasília-DF, 2011. Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/> Acesso em 20/07/2018.

FERNANDES, J. C. **Jornada profissional e autoavaliação de saúde em enfermeiros assistenciais de hospitais públicos no Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13922> Acesso em 24/09/2018

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 21. ed. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 2005.

_____. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2011.

GOMIDE, A. P. A. **Notas Sobre Suicídio no Trabalho à Luz da Teoria Crítica da Sociedade**. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 33 (2), 380-395, 2013.

_____. **Psicanálise contemporânea à luz da teoria crítica.** Impulso, Piracicaba, 27(70), 91-106, set.-dez., 2017.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica.** Tradução de Ana Montoia. 2. ed. São Paulo: Annablume, 1988/2007.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna.** 23. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1992/2012.

HORKHEIMER, M. Teoria tradicional e teoria crítica. 1937. In: **Os pensadores – textos escolhidos / Walter Benjamin, Max Horkheimer, Theodor W. Adorno, Jürgen Habermas.** Trad. José Lino Grünnewald. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

_____. A teoria crítica ontem e hoje. 1970. In: MATOS, O. C. F. **A Escola de Frankfurt: luzes e sombras do Iluminismo.** São Paulo: Moderna, 1993.

LIPP, M. E. N. (Org.). **Stress no Brasil: pesquisas avançadas.** Campinas: Ed. Papyrus, 2004.

LISBOA, T. C. **Breve história dos hospitais – da Antiguidade à Idade Contemporânea.** Encarte especial da revista Notícias Hospitalares. 37. ed. Jun.-jul., 2002.

MAAR, W. L. À guisa de introdução: Adorno e a experiência formativa. In: ADORNO, T. W. **Educação e Emancipação.** 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

MARCUSE, H. **Razão e revolução: Hegel e o advento da teoria social.** Tradução de Marília Barroso. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

_____. Algumas implicações sociais da tecnologia moderna. In: MARCUSE, H. **Tecnologia, guerra e fascismo.** São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999. p. 71-104.

_____. **O homem unidimensional: estudos da ideologia da sociedade industrial avançada.** São Paulo: EDIPRO, 2015.

MATOS, O. C. F. **A Escola de Frankfurt: luzes e sombras do Iluminismo.** São Paulo: Moderna, 1993.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I.** Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENESES, B. M.; LOPES, P. D. S; COSTA, R. S. M. Reestruturação produtiva e semiformação. In: MENESES, B. M; SOUZA, R. A. **Reflexões críticas sobre pesquisa, educação e trabalho.** Curitiba: Appris, 2019.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G; PEREZ, K. V. **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho.** Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MORAES NETO, B. **Século XX e trabalho industrial: taylorismo/Fordismo, ohnoísmo e automação em debate.** São Paulo: Xamã, 2003.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PATTO, M. H. S. **Para uma Crítica da Razão Psicométrica.** Psicol. USP. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 47-62, 1997.

PEDROSSIAN, D. **O sofrimento do corpo e da psique sob a dominação social.** Revista de Psicologia USP, São Paulo, abril/junho, 2008, 19(2), 159-180 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v19n2/v19n2a04.pdf> Acesso em 18/06/2019.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990/2016.

PORTAL REGIONAL DA **BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE.** Informação e conhecimento para a saúde. Disponível <http://bvsalud.org/> Acesso em 30/09/2018.

RAMOS, C. **Elementos para uma Psicologia do Sujeito Cativo.** Psicologia USP, Vol. 10, Nº. 2, 11-34, 1999. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/108059> Acesso em 10/05/2019.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO – ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS - **Hospital Sarah Kubitschek.** Disponível em <http://www.sarah.br/> Acesso em 03/03/2019.

RIBEIRO, H. P. **O Hospital: história e crise.** São Paulo: Cortez, 1993.

ROSSONE, F. O. **Precarização da força de trabalho na enfermagem sob a ótica de um Serviço de Saúde do Trabalhador.** Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13481 Acesso em 23/09/2018.

SILVA, S. R. C. S. **Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem.** Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8588 Acesso em 24/09/2018.

SITE CAMPO GRANDE NEWS. Disponível em <https://www.campograndenews.com.br/> Acesso em 13/02/2019.

SITE FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em <https://www.folha.uol.com.br/> Acesso em 10/02/2019.

SITE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP-UFMS). Campo Grande – MS, 1971. Disponível em <http://www2.ebserh.gov.br/web/humap-ufms> Acesso em 20/11/2018.

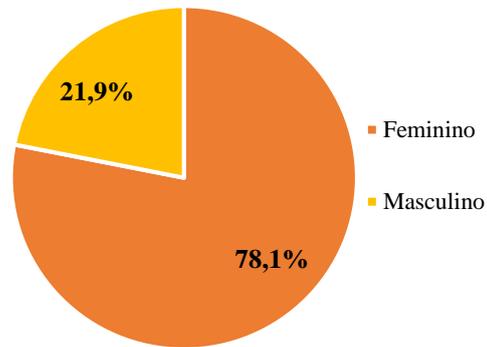
SITE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em <https://www.paho.org/bra/> Acesso em 20/06/2019.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Disponível em <https://www.einstein.br/Pages/Home.aspx> Acesso em 03/03/2019.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. 8ª. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

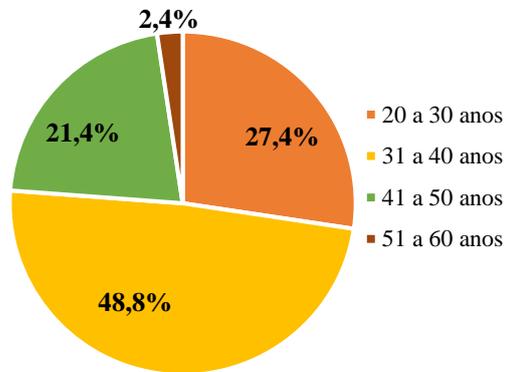
7. APÊNDICES

Gráfico 01 - Gênero dos profissionais com atestados médicos na categoria diagnóstica de transtornos mentais

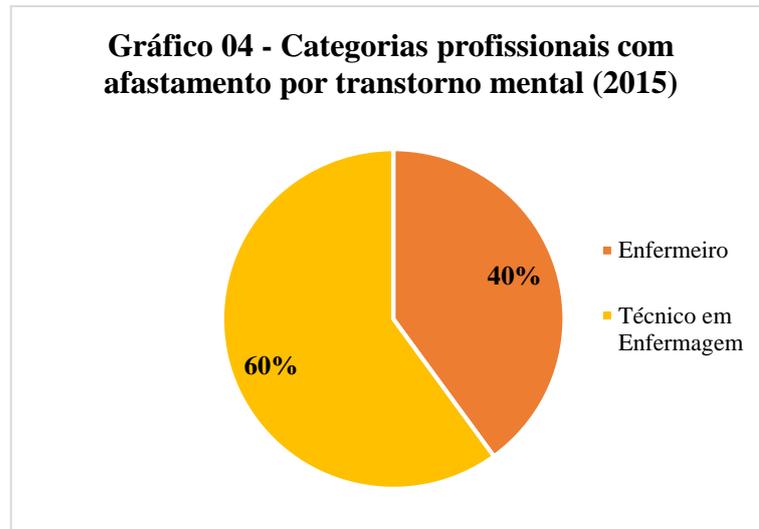


Fonte - A autora da pesquisa.

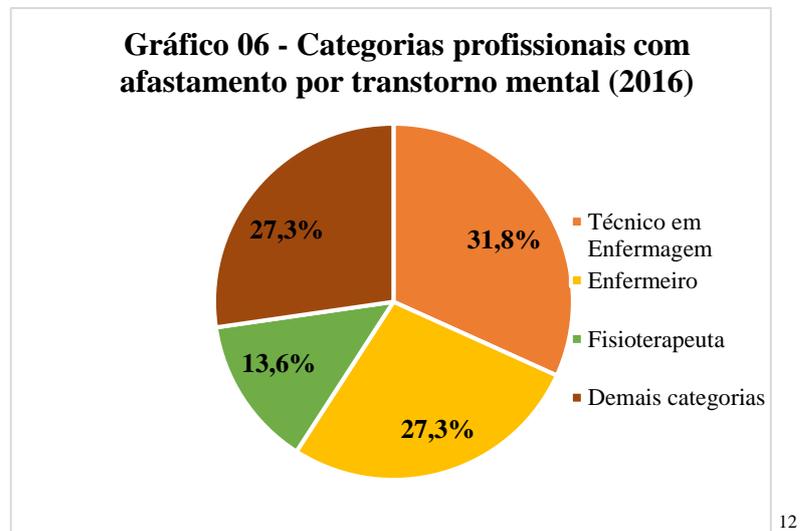
Gráfico 02 - Faixa etária dos profissionais com atestados médicos na categoria diagnóstica de transtornos mentais



Fonte - A autora da pesquisa.

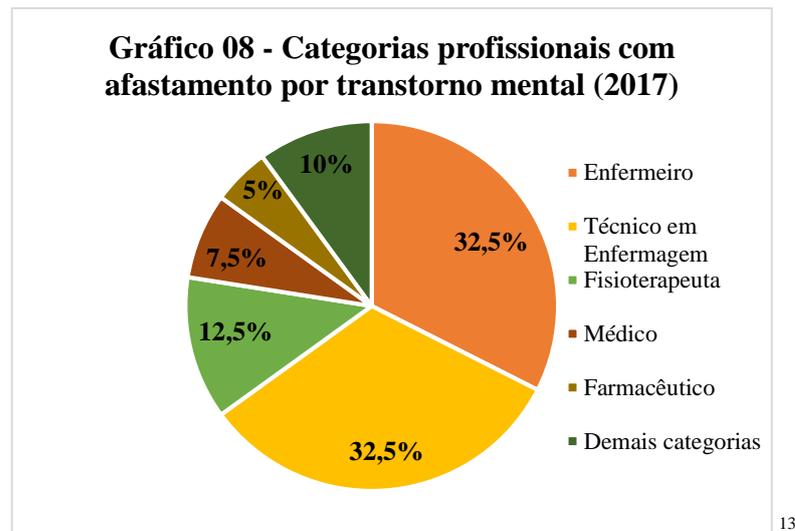


Fonte - A autora da pesquisa.



Fonte - A autora da pesquisa.

¹² No Gráfico 06, nas demais categorias profissionais constam: assistente social, farmacêutico, médico, psicólogo, técnico em histologia e técnico em radiologia. Todas com 4,55% do total de afastamentos.



Fonte - A autora da pesquisa.

ESTUDOS QUE FIZERAM PARTE DA REVISÃO DE LITERATURA

ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. **Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho.** Rev Bras Enferm; 67(3): 386-393, May-Jun. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300386&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.>> Acesso em 10/08/2018.

ALMEIDA, L. A. et al. **Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde.** Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online); 8(3): 4623-4628, jul.-set. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3469>>> Acesso em 10/08/2018.

ALVES, A. P. et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde.** Rev. enferm. UERJ; 23(1) jan.-fev. 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a11.pdf>>> Acesso em 18/08/2018.

BARROS, J. O. **Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da psicodinâmica do trabalho na compreensão do trabalhar de médicos inseridos em um hospital universitário - São Paulo, Brasil.** São Paulo. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 2015. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-02052016-104008/pt-br.php>>> Acesso em 10/08/2018.

¹³ No Gráfico 08, nas demais categorias profissionais constam: nutricionista, psicólogo, técnico em laboratório de análises clínicas e técnico em radiologia. Todas com 2,5% do total de afastamentos.

CACCIARI, P. et al. **Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional.** Rev Bras. Enferm.; 66(6): 860-865, nov.-dez. 2013. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/08.pdf>>> Acesso em 14/08/2018.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L.; SOUZA, N. V. D. O. **Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm.; 18(1): 90-95, Jan-Mar. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0090.pdf>>> Acesso em 14/08/2018.

FERNANDES, L. M. S. **Estudo de risco de suicídio e transtorno mental comum em profissionais de um hospital geral no estado de São Paulo.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2018. Disponível em: <<<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6139/tde-05032018-125427/pt-br.php>>> Acesso em 10/08/2018.

FERNANDES, J. C. **Jornada profissional e autoavaliação de saúde em enfermeiros assistenciais de hospitais públicos no Rio de Janeiro.** Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em <<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13922> Acesso em 24/09/2018.>> Acesso em 14/08/2018.

FERNANDES, M. A.; MARZIALE, M. H. P. **Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental.** Acta paul. Enferm.; 27(6): 539-547, Nov-Dec. 2014. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0539.pdf>>> Acesso em 16/08/2018.

FERREIRA, N. N.; Lucca, S. R. **Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo.** Rev Bras Epidemiol; 18(1): 68-79. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100068&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>> Acesso em 10/08/2018.

FREITAS, F. M. B. et al. **Hardiness e estresse ocupacional em enfermeiros gestores de instituições hospitalares.** Rev. Enferm. UFPE on line; 11(supl.10): 4199-4205, out. 2017. Disponível em: <<<https://pdfs.semanticscholar.org/57ac/cfd094ced8ca2d87b9a4001898eb854e3e5a.pdf>>> Acesso em 16/08/2018.

GONÇALVES, F. G. et al. **Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem.** Rev. enferm. UERJ; 22(4): 519-525, jul.-ago. 2014. Disponível em <<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15395/11644>>> Acesso em 14/08/2018.

KESTENBERG, C. C. F. et al. **O estresse do trabalhador de enfermagem: estudo em diferentes unidades de um hospital universitário.** Rev. enferm. UERJ; 23(1): 45-51. 2015. Disponível em: <<<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a08.pdf>>> Acesso em 10/08/2018.

KIRCHHOF, R. S. et al. **Nível de estresse entre enfermeiros de um hospital filantrópico de médio porte.** Rev. Enferm. UFSM; 6(1): 29-39, jan.-mar. 2016. Disponível em: <<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17829/pdf>>> Acesso em 16/08/2018.

MACHADO, L. S. F. et al. **Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia.** Rev. Bras. Enferm; 67(5): 684-691, Sep-Oct. 2014. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0684.pdf>>> Acesso em 18/08/2018.

MONTEIRO, J. K.; CARLOTTO, M. S. **Preditores da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores da saúde no contexto hospitalar.** Interação psicol.; 18(3): 287-295, set.-dez. 2014. Disponível em: <<<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/28024>>> Acesso em 10/08/2018.

OLIVEIRA, F. P.; MAZZAIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. **Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência.** Acta paul. Enferm.; 28(3): 209-215. 2015. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0209.pdf>>> Acesso em 14/08/2018.

PAI, D. D. et al. **Violência, *burnout* e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar.** Rev. Esc. Enferm. USP; 49(3): 460-8. 2015. Disponível em: <<<https://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/mdl-26107707>>> Acesso em 14/08/2018.

PAULA, G. S. **Violência laboral como risco psicossocial à saúde dos trabalhadores de enfermagem em hospital psiquiátrico.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2014. Disponível em <<http://www.btd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6795>> Acesso em 10/08/2018.

RODRIGUES, C. C. F. M. et al. **Estresse entre os membros da equipe de enfermagem.** Rev. Enferm. UFPE on line; 11(2): 601-608, fev. 2017. Disponível em: <<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>>> Acesso em 16/08/2018.

RODRIGUES, E. P. et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia.** Rev Bras Enferm; 67(2): 296-301, Mar-Apr. 2014. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0296.pdf>>> Acesso em 16/08/2018.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. **Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência.** Cien. Saúde Colet.; 20(10): 3021-32. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>> Acesso em 10/08/2018.

ROSSONE, F. O. **Precarização da força de trabalho na enfermagem sob a ótica de um Serviço de Saúde do Trabalhador.** Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em <<http://www.btd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13481>> Acesso em 14/08/2018.

SANCHEZ, F. F. S.; OLIVEIRA, R. **Aspectos mediadores e desencadeadores da síndrome de burnout nos enfermeiros.** CuidArte, Enferm; 10(1): 61-67, jan.-jun. 2016. Disponível em

<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemvolume10Jan-Jun2016.pdf>>> Acesso em 10/08/2018.

SANTANA, L. L. et al. **Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino.** Rev Gaucha Enferm; 34(1): 64-70, mar. 2013.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>> Acesso em 16/08/2018.

SANTOS, A. S. et al. **Contexto hospital público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde.** Trab. Educ. Saúde; 15(2): 421-438, maio-ago. 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200421&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>> Acesso em 10/08/2018.

SCHOLZE, A. R. et al. **Estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos.** Cogitare Enferm; 22(3): 01-10, jul-set. 2017. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50238>>> Acesso em 10/08/2018.

SENA, A. F. J. et al. **Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar.** J. nurs. health; 5(1): 27-37. 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5089>>> Acesso em 14/08/2018.

SILVA, S. R. C. S. **Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem.** Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em

http://www.btd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8588.>> Acesso em 16/08/2018.

SOUSA, K. H. J. F. et al. **Fatores associados ao perfil da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico e suas implicações para a saúde do trabalhador.** REME Rev. Min. Enferm. 22:e-1104. 2018. Disponível em:

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1240>>> Acesso em 10/08/2018.

SOUSA, K. H. J. F. **Fatores associados aos transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem em um hospital psiquiátrico.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2017. Disponível em

<http://objdig.ufrj.br/51/teses/856914.pdf> Acesso em 23/09/2018.>> Acesso em 14/08/2018.

TAETS, G. G. C. et al. **Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde.** Rev Bras Enferm; 66(3): 385-90, 2013 May-Jun. 2013.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300013>> Acesso em 14/08/2018.

TRETTENE, A. dos S. et al. **Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em um hospital especializado.** Rev. Enferm. UFPE on line; 10(12): 4450-4458, dez. 2016.

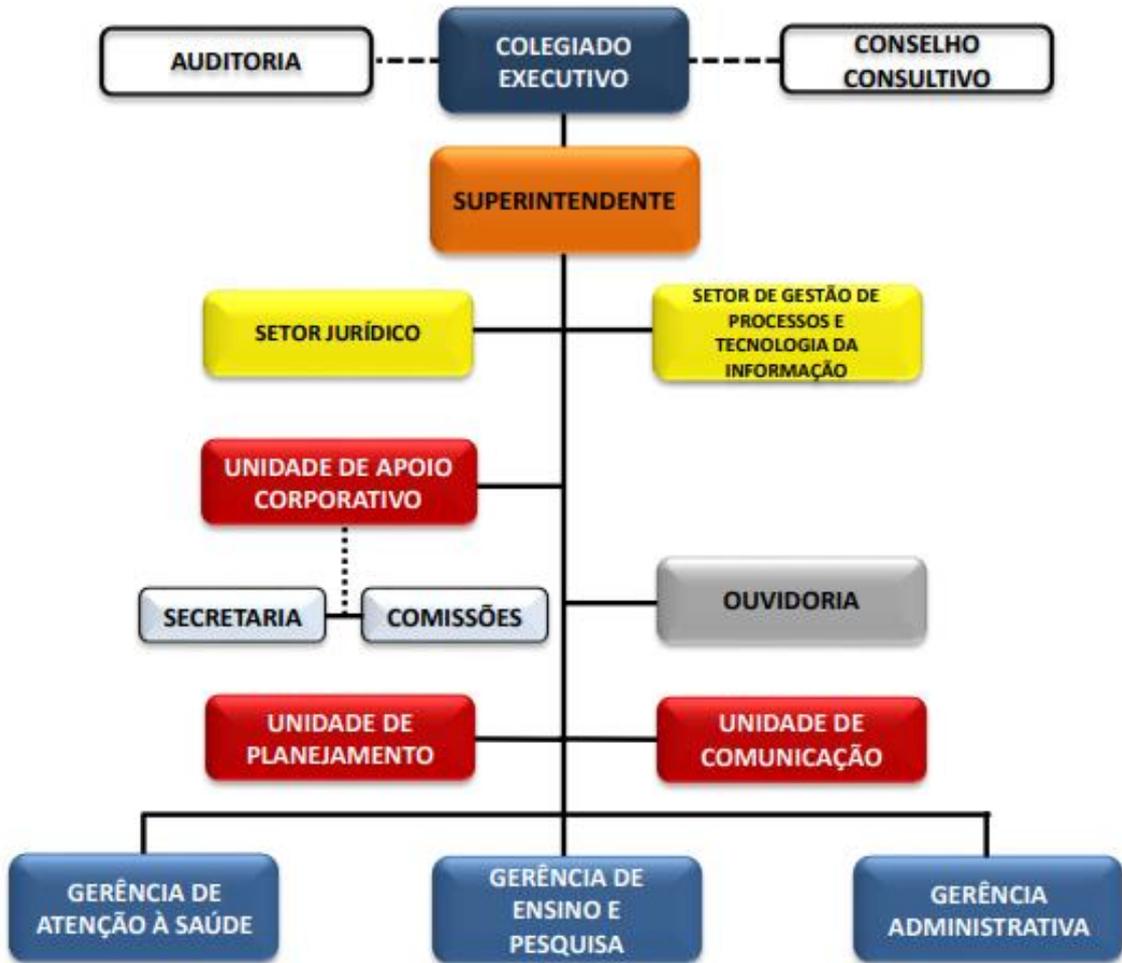
Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11509>>> Acesso em 14/08/2018.

UMANN, J. et al. **Estresse e *coping* entre enfermeiros de unidade hemato-oncológica.** Rev. RENE; 14(4): 783-790. 2013. Disponível em
<<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028459015>.>> Acesso em 16/08/2018.

ZANATTA, A. B. **A prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde trabalhadores de um hospital oncohematológico infantil na cidade de Campinas/SP.** Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2013. Disponível em
<<http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312034/1/Zanatta_AlineBedin_M.pdf.>> Acesso em 10/08/2018.

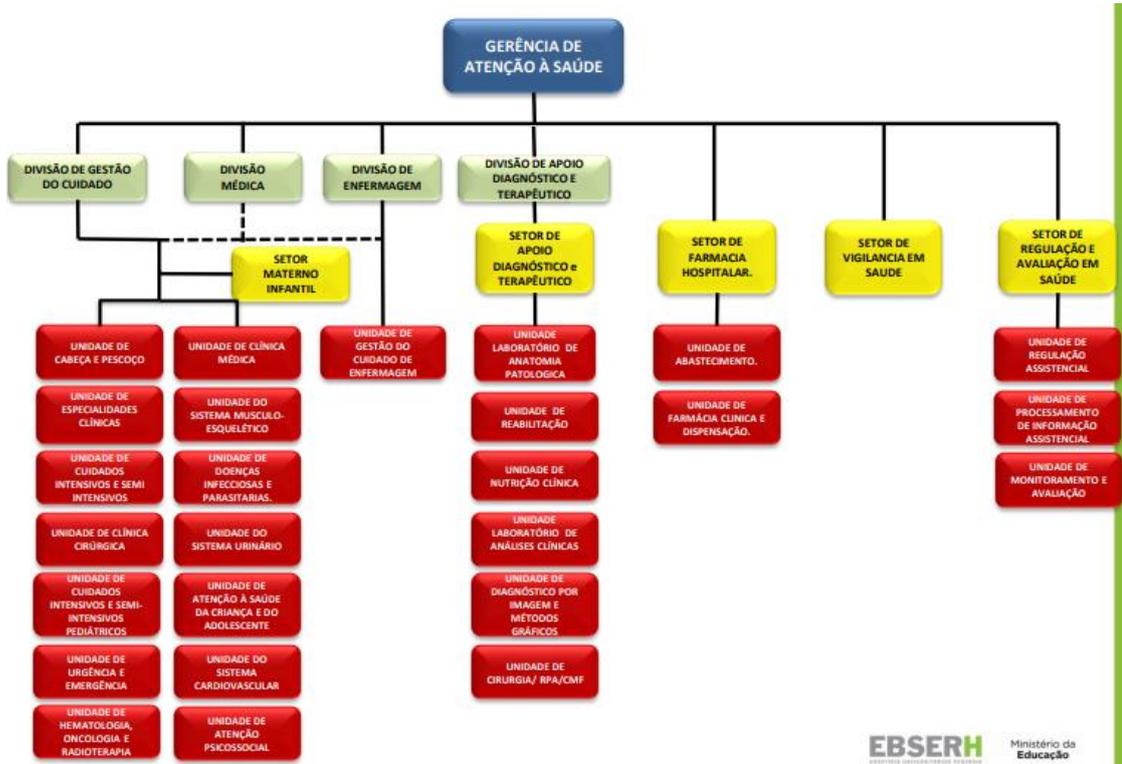
8. ANEXOS

FIGURA 01 – ORGANOGRAMA GERAL - HUMAP-UFMS



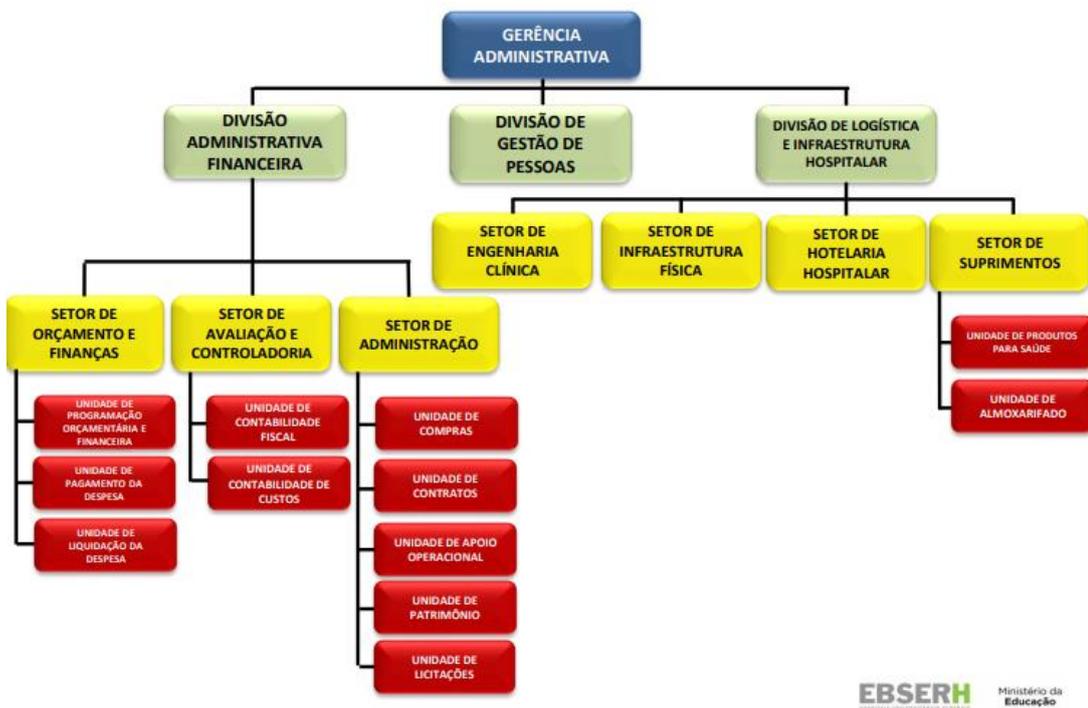
FONTE: sítio institucional HUMAP-UFMS

FIGURA 02 – ORGANOGRAMA DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – HUMAP-UFMS



FONTE: sítio institucional HUMAP-UFMS

FIGURA 03 – ORGANOGRAMA DA GERÊNCIA ADMINISTRATIVA – HUMAP-UFMS



FONTE: sítio institucional HUMAP-UFMS

FIGURA 04 – ORGANOGRAMA DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA – HUMAP-UFMS



FONTE: sítio institucional HUMAP-UFMS