



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**SOFRIMENTO DE TRABALHADORES
EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS**

**FLORIANÓPOLIS
2002**

ANA MARIA PEREIRA LOPES

**SOFRIMENTO DE TRABALHADORES
EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso
de Mestrado, Centro de Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Ribeiro Ferreira

FLORIANÓPOLIS

2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado

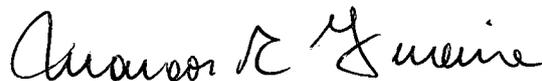
***SOFRIMENTO DE TRABALHADORES EM INSTITUIÇÕES
PSIQUIÁTRICAS***

Ana Maria Pereira Lopes

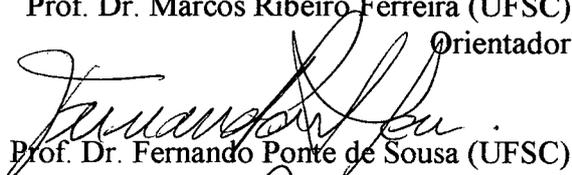
Dissertação defendida como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Linha de Pesquisa Processos de Comunicação, Saúde e Ambiente, da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:

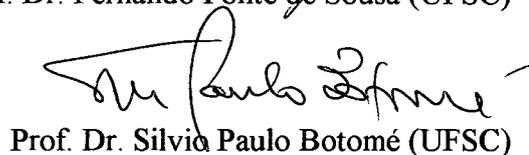

Prof.^a Dr.^a Maria Juracy Toneli Siqueira
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Marcos Ribeiro Ferreira (UFSC)
Orientador


Prof. Dr. Fernando Ponte de Sousa (UFSC)


Prof. Dr. Silvio Paulo Botomé (UFSC)

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM, 27/02/2002.

Vês?! Ninguém assistiu ao formidável
Enterro de tua última quimera.
Somente a ingratidão — esta pantera —
Foi tua companheira inseparável!

Acostuma-te à lama que te espera!
O homem, que, nesta terra miserável,
Mora, entre feras, sente inevitável
Necessidade de também ser fera.

Toma um fósforo Acende teu cigarro!
O beijo, amigo, é a véspera do escarro,
A mão que afaga é a mesma que apedreja.

Se a alguém causa inda pena a tua chaga,
Apedreja essa mão vil que afaga,
Escarra nesta boca que te beija!

Augusto dos Anjos
Versos Íntimos

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e à minha mãe, por tornarem possível esse momento em minha vida.

Ao Ademir, pela companhia mesmo face aos nossos tantos trabalhos.

Ao professor Doutor Marcos Ferreira, pela orientação, bem como pela exemplar militância pela expansão humana por meio da Psicologia.

Aos professores, funcionários e colegas do Mestrado em Psicologia da UFSC, pelo esforço em lidar com a Psicologia enquanto área do conhecimento.

Ao Cristiano e à Ana Lima, pela ajuda na finalização desse trabalho.

Aos funcionários e pacientes do IPQ-SC, por terem me ensinado tanto.

À CAPES, pela concessão da bolsa de Mestrado.

SUMÁRIO

RESUMO	4
---------------	----------

ABSTRACT	5
-----------------	----------

APRESENTAÇÃO	6
---------------------	----------

I. INTRODUÇÃO	11
----------------------	-----------

HÁ UM ENTRONCAMENTO ENTRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO HUMANO NO MUNDO MODERNO E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA	11
O TRABALHO HUMANO NO MUNDO MODERNO	11
A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA	14
ENTIDADES INTERNACIONAIS DE SAÚDE INDICAM SER NECESSÁRIO UM ESFORÇO EM REDIRECIONAR A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	19
HÁ UMA EXIGUIDADE DE ESTUDOS ACERCA DO TRABALHO EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS.	24
DA COMPREENSÃO ACERCA DO TRABALHO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS, NO CONTEXTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, DEPREENDE-SE A RELEVÂNCIA DE SE CONHECER SOBRE O SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES	28
ESTUDOS SOBRE O SOFRIMENTO EM HOSPITAIS GERAIS SERVEM DE REFERÊNCIA PARA A COMPREENSÃO DO SOFRIMENTO EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS	37
É NECESSÁRIO REVISÃO DOS PRESSUPOSTOS ACERCA DO TRABALHO, POR PARTE DA CIÊNCIA EM GERAL E DA PSICOLOGIA EM PARTICULAR.	40
AO SE TER O HOMEM COMO ELEMENTO CENTRAL DE PREOCUPAÇÃO O SOFRIMENTO EMERGE COMO ALGO MARCANTE	46
O SOFRIMENTO, COMO OBJETO DE CONHECIMENTO, PODE SER VEÍCULO PARA MUDANÇAS NO CONTEXTO DE TRABALHO.	57

II. MÉTODO	66
-------------------	-----------

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	66
O EXAME DOS DOCUMENTOS	70

III. RESULTADOS	79
------------------------	-----------

PANORAMA DOS DESLIGAMENTOS OCORRIDOS NO IPQ-SC	79
OS AFASTAMENTOS DO TRABALHO	90

IV. DISCUSSÃO	97
----------------------	-----------

HÁ ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA MOVIMENTAÇÃO DOS TRABALHADORES PARA FORA DA INSTITUIÇÃO	98
A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DETERMINA A PERMANÊNCIA	101

ADOCER É UMA ESTRATÉGIA FINAL DE ENFRENTAMENTO	103
HÁ UM MODO ESPECÍFICO DE ADOECIMENTO NO MUNDO MODERNO QUE É CORROBORADO NO IPQ-SC	106
NO IPQ-SC HÁ UM MODO ESPECÍFICO DE ADOECIMENTO	108
EXISTEM VARIADOS TIPOS DE EXCLUSÃO	111
A RACIONALIDADE DA INSTITUIÇÃO DELIMITA O MODO PELO QUAL OS TRABALHADORES COMUNICAM SEU SOFRIMENTO.	119
OS FUNCIONÁRIOS INFORMAM A PRESENÇA DO SOFRIMENTO DE FORMA CONSISTENTE, PORÉM O SOFRIMENTO É COMPREENDIDO DE MODO NATURALIZADO	123
O ESTUDO DO SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES PODE PROMOVER MODIFICAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.	128
OS DOCUMENTOS SÃO IMPORTANTES FONTES PARA A PESQUISA EM PSICOLOGIA DO TRABALHO	129

V. REFERÊNCIAS **135**

ANEXOS **140**

ANEXO 1	140
ANEXO 2	143
ANEXO 3	145
ANEXO 4	147
ANEXO 5	149
ANEXO 6	150
ANEXO 7	151

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	80
Tabela 2	83
Tabela 3	85
Tabela 4	86
Tabela 5	89
Tabela 6	90
Tabela 7	91
Tabela 8	94
Tabela 9	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	81
Figura 2	87
Figura 3	93

LOPES, Ana Maria Pereira. Sofrimento de trabalhadores em instituições psiquiátricas. Florianópolis, 2002. 166p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Ribeiro Ferreira

RESUMO

O Sofrimento de trabalhadores em instituições psiquiátricas no contexto de desinstitucionalização psiquiátrica é o objeto do presente estudo. Os recursos humanos em saúde mental vêm sendo apontados pelo Ministério da Saúde como importante veículo no processo de redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental que é preconizado pela Organização das Nações Unidas. No Brasil, no entanto, 90% dos recursos em saúde mental são destinados à manutenção de hospitais psiquiátricos e ainda assim há uma exigüidade de estudos que abordem a relação entre o contexto de desinstitucionalização e o trabalho nesse tipo de instituição. Há conjeturas de que o trabalho em instituição psiquiátrica resulte em sofrimento para seus trabalhadores, haja vista que são pagos adicionais de insalubridade para essa categoria. A literatura diretamente relacionada ao tema, no entanto, é exígua, mas indica que há grande índice de adoecimento entre esses trabalhadores. Este estudo tem por objetivo explorar as características do sofrimento entre esses trabalhadores. A metodologia escolhida foi o levantamento dos índices e motivos das aposentadorias por invalidez e afastamentos ocorridos em uma instituição psiquiátrica hospitalar, bem como de outros documentos que caracterizassem o sofrimento desses trabalhadores. O estudo dos documentos permitiu observar que há movimentações dos trabalhadores com o objetivo de deixar a instituição. Há um modo específico de adoecimento entre esses trabalhadores, qual seja, por TRANSTORNOS MENTAIS. Esse modo específico de adoecimentos acontece diferentemente entre as diversas categorias profissionais. A organização os dados da pesquisa documental indicou que os funcionários bem como a instituição em que trabalham convivem com uma naturalização do adoecimento.

Palavras-chave: trabalho; sofrimento; hospital psiquiátrico

ABSTRACT

The suffering of workers at psychiatric institutions in the context of the psychiatric desinstitutionalization is the object of the present study. The human resources in mental health have been pointed out by the Health Ministry as playing an important role in the process of reshaping attention model in mental health recommended by United Nations Organization. In Brazil, however 90% of de resources in mental health are used form the maintenance of psychiatric hospitals, and still, there is a lack of studies witch approach the relations between context of de desinstitutionalization and the work the developed at these institutions. There are some conjectures that the work at psychiatric institutions lead to the suffering for their workers, since they are paid an additional wage specific for these professionals. The literature directly related to the theme, however, is scarce, but suggests that there is a high rate of disease among these workers. This study aims at carrying out an exploratory investigation of the characteristics of the suffering among these workers. The method used was the assessment of the rates and motives for the retirement for inability and for the sick leaves occurred in a psychiatric institution, as well as of the documents which characterize the suffering of this workers. The study of the documents allowed the conclusion that there is a workers' movement to leave the institution. There is a specific way for the onset of de disease among the workers, i. e., by MENTAL DISORDERS. This specific way for the onset of the disease is different for the several professional segments. The analysis of de data collected through document research suggests that the workers, as well as the institution in which they work, accept living with the disease as natural.

Key-words: work; suffering; psychiatric hospital

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa acerca do sofrimento de trabalhadores de instituições psiquiátricas tem sua gênese na minha prática profissional na condição de psicóloga no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

Essa experiência com a Psicologia enquanto campo profissional me possibilitou a clareza de que poderia ser relevante elencar algum fenômeno relacionado ao contexto de institucionalização do atendimento em saúde mental e exercita-lo à luz da Psicologia enquanto área do conhecimento.

Tal relevância se relacionava, inicialmente, a duas situações que são correntemente vivenciadas por quem se dedique a esse tipo de instituição. A primeira se relacionava ao fato de haver nesse contexto uma hegemonia do modelo hospitalar, sabidamente violador de direitos humanos básicos das pessoas, mesmo após a instalação de uma rede descentralizada do hospital, prevista pela legislação nacional em saúde mental de modo incisivo desde o final da década de 80 e consolidado pela sanção da Lei Paulo Delgado no início de 2001. A segunda relevância se dá em virtude de que da centralidade do modelo hospitalar de atendimento em saúde mental deriva uma persistente e estereotipada cultura de alijamento da pessoa que não acompanha *pari passu* as regras sociais organizadas em nossa sociedade, que, contraditoriamente, são calcadas exatamente na exclusão. Nesse contexto, portanto, acreditava-se ser relevante localizar algum fenômeno e observá-lo à luz dos conhecimentos da Psicologia.

Ao se procurar um fenômeno presente na instituição psiquiátrica como objeto de análise vinham à tona condicionantes sociais, econômicas, políticas, teóricas e muitas outras que incidem sobre os seres humanos e a instituição a um só tempo e tornam difícil a compreensão desse campo. Esse conjunto de condicionantes, na prática, traduzia-se por:

1. uma realidade de intolerância a uma minoria que não se “porta” fielmente ao que uma maioria determina;

2. um mundo de exclusão das pessoas, ao que cotidianamente vimos chamando de exclusão de “mercado de trabalho”;

3. uma administração do dinheiro público sendo destinada à construção de um círculo privado de atendimento em saúde mental e

4. um quadro, nos serviços de saúde mental, envolto em disputas teóricas que, ao cindirem o conhecimento, acabam cindindo o homem de seu cotidiano concreto. Para onde, afinal, deveria convergir todo o conhecimento científico no sentido da expansão humana.

Diante desse cenário, o interesse em me aproximar da Psicologia enquanto área do conhecimento retrocedia a apenas uma pergunta: Como é que se pesquisa no contexto da institucionalização psiquiátrica?

Um pouco do cotidiano de trabalho, na própria instituição psiquiátrica veio me auxiliar na tentativa de resposta à questão formulada. Nessa instituição, o trabalho que podia ser desenvolvido era digno, porém restrito. Diante daqueles seres humanos, internos e interditados, o trabalho do psicólogo consistia em usar técnicas no sentido de preservar aspectos da identidade dos pacientes a fim de minimizar o processo de institucionalização.

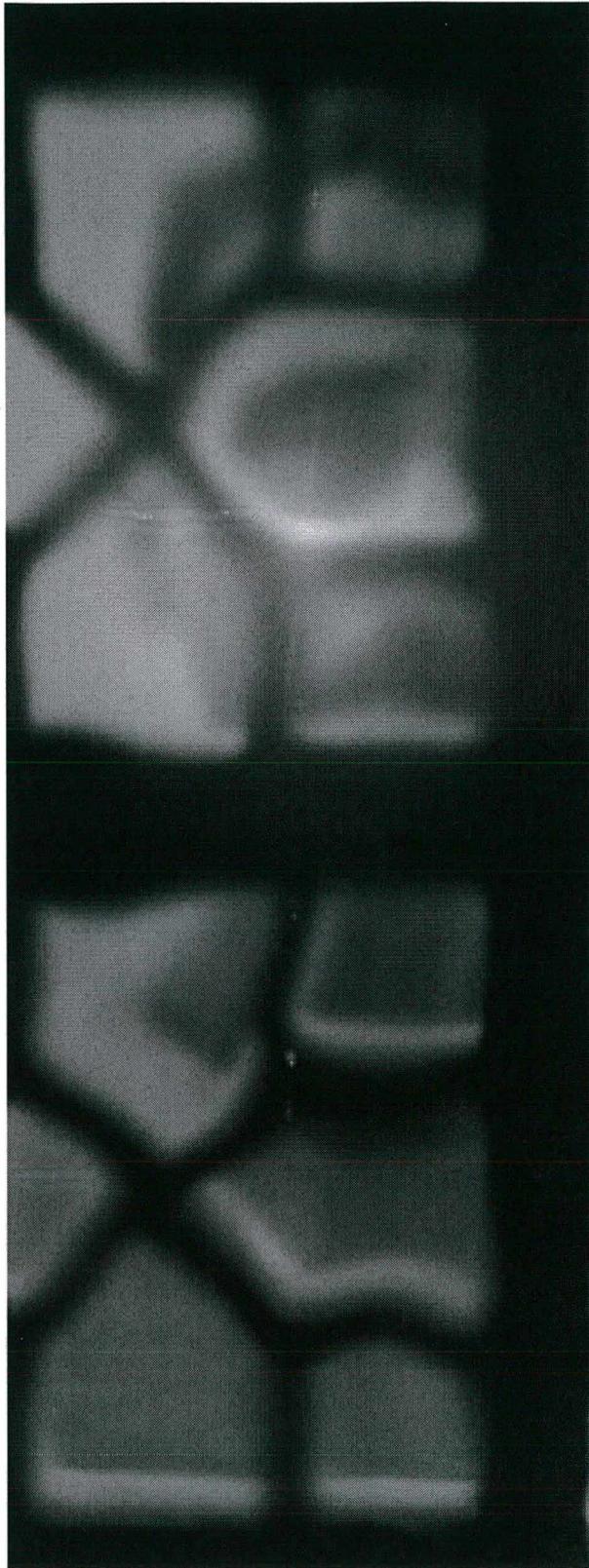
Um trabalho mais abrangente se fazia necessário, o de resgatar a dignidade que há muito havia sido solapada nesses pacientes.

Que venham pesquisas em psicologia e outras áreas do conhecimento acerca das terapêuticas que podem cuidar desses seres humanos nos tão necessários serviços substitutivos legislados pela Lei Paulo Delgado. Porém, não me parecia que a terapêutica destinada aos pacientes, dentro da instituição, deveria ser o foco do meu interesse de pesquisa. A dura realidade vivida pelos pacientes já me parecia suficientemente conhecida. Entretanto, diante do vigor desse tipo de instituição que, ao mesmo tempo em que se mantém, impede a instalação de outros tipos de serviços haveria de ser necessária a manutenção do interesse da pesquisa na instituição.

A fim responder à questão formulada acerca de como se pesquisa no contexto da institucionalização psiquiátrica, um outro tipo de prática profissional por mim desenvolvida dentro dessa mesma instituição veio em meu auxílio. Ao ter desenvolvido algumas atividades em Psicologia do Trabalho com os funcionários da instituição, pude experienciar na relação com estes: relatos de um sofrimento vago, que eram depositados em vários aspectos da instituição; relatos vigorosos de notícias de funcionários que se encontravam doentes; uma desesperança relativa aos poucos resultados em seus trabalhos. Contudo, por outro lado, pude observar também, por parte de muitos funcionários, grande interesse e afetividade pelos pacientes que atendiam. Emergia aí algo que me parecia precisar ser mais bem conhecido: aspectos do trabalho que é realizado na instituição.

O mote “trabalho na instituição psiquiátrica” foi tomando consistência como algo importante de ser pesquisado. Primeiramente em virtude da exigüidade de pesquisas que relacionassem o trabalho no hospital psiquiátrico e o processo de institucionalização-desinstitucionalização psiquiátrica. Em segundo lugar quando da aproximação dos conhecimentos da Psicologia Social, que considera que o trabalhador atribui significado às suas atividades e que as mesmas são constitutivas do meio em que o ser humano se encontra inserido.

Encontrava-se essa candidata a mestre acreditando estar no exercício da Psicologia enquanto área do conhecimento por meio de uma concepção teórica importante, frente a uma falta de estudos dos fenômenos relacionados a uma realidade social que, afinal, atinge a nós, seres humanos: **o sofrimento do trabalhador na instituição psiquiátrica.**



I. INTRODUÇÃO

Há um entroncamento entre a organização do trabalho humano no mundo moderno e o processo de institucionalização da loucura

Para compreender o sofrimento dos trabalhadores em instituições psiquiátricas duas dimensões devem ser investigadas: o trabalho humano e institucionalização da loucura. Há entre ambas um entroncamento necessário de ser mais bem elucidado, pois dele é que emana o nosso problema de pesquisa.

O trabalho humano no mundo moderno

O trabalho ao qual nos referimos é relacionado ao indicativo básico da condição humana, pois diferentemente das outras espécies animais, ao ser humano foi possível intervir na natureza e implementar a transformação de seu *habitat*. É ao explicitar como se dá essa atividade de transformação do *habitat*, para a espécie humana, que ao trabalho pode ser agregado conteúdo pertinente à própria condição humana. A atividade de transformação ocorre com uma concomitante atribuição de significação por parte de seus autores, diferentemente dos outros animais. Em outras palavras, o trabalho e o resultado do trabalho condicionam o homem a um meio não mais natural. Perante esse meio, o homem pode exercer seu pensamento e sua ação. Esta última, uma vez exercida sobre o mundo, tende a modificar o seu autor. Essa modificação se dá tendo em vista que a ação exercida sobre o mundo

estabelece para o ser humano, por meio de seu pensamento, a possibilidade de poder exercer ação sobre o mundo.

Tal capacidade produtiva humana atingiu grandes níveis de especialização. Hubbermann (1983) mostra como essa especialização ocorrera na passagem de um modelo agrário a um modelo manufatureiro de produção, sobretudo nos grandes centros europeus, nos últimos três séculos, convencionalmente denominado modernidade. A partir da unicidade inicial humanidade-trabalho, o ser humano, que possuía uma postura contemplativa de seu *habitat*, passou para uma postura instrumental, o que igualmente ocorreu no plano dos conhecimentos humanos (Chauí, 1999). Grupos de artesãos de pequenas aldeias formaram sua identidade, valores e costumes pelo tipo de trabalho realizado, transformaram-se gradativamente à medida que novos moldes de trabalho foram ali introduzidos (Hubbermann, 1983).

Ao homem foi possível transcender sua capacidade produtiva e transformar o que lhe era natural. A propulsão da sua capacidade de produção, no entanto, criou modos de produzir que passam a ter a sua própria história, fugindo ao controle de seu criador. Toda a possibilidade de reflexão do homem sobre suas próprias ações, bem como toda a possibilidade de conhecer a história da intervenção humana sobre seu *habitat*, passam a acontecer sem um planejamento desse mesmo homem sobre sua ação sobre a natureza. Esse tipo de intervenção passa a “ter vida própria” quando o trabalho humano se alinha exclusivamente à finalidade de produção. Momento que vale dizer que o homem “perde a vida própria”. De um trabalho envolto em possibilidades de significação muito própria da condição humana, o homem passou a ter, na

sociedade moderna, não mais a produção de seu sustento retirada do meio natural, mas toda sua vida dedicada ao trabalho, que pago em moedas, distancia-o do que produz (R. Antunes, 1997).

Ao procurar compreender o trabalho humano e o seu significado na vida dos homens no mundo moderno, Marx demonstra como o trabalho, ao mesmo tempo em que ocorre de modo a enaltecer as possibilidades humanas, desumaniza o homem. Esse estudioso do século XIX estabelece definitivamente o trabalho como eixo central que move as relações entre os homens por meio da instauração de uma lógica de “engenharia humana” no trabalho (Merani, 1977).

A partir da Revolução Industrial, quando o homem, ao invés de trabalhar para viver passa a viver para trabalhar, podem ser identificados nas sociedades circunscritas a esse novo modo de produzir humano, mecanismos que procuram cercear o próprio homem acerca dessa condição de centralidade de sua vida no trabalho, produzindo mecanismos de alienação. A alienação é o distanciamento do homem à consciência de que ele próprio é sujeito de sua história, e à consciência de que sua história é fundamentada no trabalho.

Essa maneira de visualizar como o mundo moderno se relaciona com o trabalho foi amplamente desenvolvida pela Sociologia do Trabalho de Marx, que mostra como a inserção de valores capitalistas, uma vez instituída, inundou a natureza humana, com a formação de instituições correspondentes. Estudos sociais calcados nessa compreensão procuram mostrar como a alienação se organiza não apenas nos setores de trabalho e setores da economia, mas

também no conjunto de instituições que é organizado nas sociedades que têm seus homens vivendo para trabalhar.

A institucionalização da loucura

O hospital psiquiátrico é uma instituição de exemplar correspondência aos dispositivos que essa mesma sociedade instaurou para produzir alienação entre as pessoas (Chauí, 1999). A historiografia empreendida por Foucault (1999) mostra que desde muito antes da instalação da industrialização propriamente dita, sobretudo na Inglaterra e na França, foram organizados artificios para lidar com as pessoas desviantes da organização social que se instalava delineada pelas grandes cidades. Essas pessoas, sobretudo mendigos, eram confinadas em porões das grandes construções das incipientes cidades se juntando aos outros doentes, como os leprosos, sob a justificativa de serem loucos e perniciosos. A disciplina que vinha sendo desenvolvida nesta época em escolas e exército passou a ser aplicada no nascente hospital. No ambiente hospitalar, passou a ser aplicada a distribuição espacial dos indivíduos, o controle sobre o desenvolvimento de ações corporais, a vigilância e o registro permanente dos que se encontrassem sob a tutela hospitalar.

Resende (1987) descreve que nessa iniciativa européia, que foi denominada por Foucault de “a grande internação”, os antigos andarilhos denominados como “loucos” apareciam pouco nas notícias da época. Esses se foram internados, o foram de roldão junto aos pobres e mendigos da cidade. (Resende, 1987). Em Paris, cerca de 10% da população chegou a estar alimentando a massa dos internados, um número certamente não

correspondente ao que se tinha descrito na Idade Média como lunáticos e que andavam a esmo pelas cidades e pelos campos, vivendo da caridade alheia e que não previam qualquer medida das instâncias de poder da época.

Com o objetivo de disciplinarização, a ordem médica e a tecnologia hospitalar foram chamadas a dar sua contribuição à instituição psiquiátrica. A implementação da lógica diagnóstica na institucionalização psiquiátrica foi fundamental e *sui generis* nesse contexto. No caso da doença mental, não é encontrado um órgão doente para legitimar a doença, como ocorre com as demais doenças. No processo de institucionalização da loucura foi necessário um esforço em definir padrões de comportamento diante dos quais precisaria ser distinguido o desviante. Assim, a lógica diagnóstica selou a padronização das condutas.

Nesse sentido, Illich (1975) se empenhou em demonstrar como a vida das pessoas, a partir do advento do mundo industrial, é conduzida por normas da medicina de mercado em detrimento da construção de um modelo sanitário. Para o autor, ainda que reconhecidas as possibilidades de atendimento humano por meio da tecnologia médica, faz-se necessário o empenho em compreender como se encontra aliada a implantação da ordem médica na vida das pessoas a uma máquina financeira do mundo industrializado. O resultado dessa centralidade financeira na saúde é a acomodação das pessoas a uma perturbação de sua saúde, o que é mantida pelo diagnóstico.

Para Illich (1975), vivemos em uma sociedade do diagnóstico, o que reflete a estrutura institucional dessa mesma sociedade. De acordo com o autor:

“A classificação das doenças adotadas por uma sociedade reflete sua estrutura institucional e a doença que cria essa estrutura é interpretada para o paciente na própria linguagem criada pelas instituições. A linguagem acerca disso é abafada pelo médico”. (Illich, 1975:154).

Para o autor, há ainda o fato de que essa realidade inviabiliza a organização política das pessoas em direção à sua saúde e, igualmente, distancia-as de reconhecerem o sofrimento e suas possíveis origens. Diante disso, “o diagnóstico está ali para explicar que eles [os doentes] não a suportam [a doença], não por causa do ambiente desumano, mas porque seu organismo está falhando”. (Illich, 1975:154)

De acordo com Resende (1987), é a partir da instalação da ordem médica nos hospitais que medidas de observação dos internos vieram possibilitar a criação de critérios diagnósticos que justificassem a internação. Os primeiros estabelecimentos psiquiátricos brasileiros “patejavam” em procurar a adequação dos pacientes aos diagnósticos que, sob inspiração dos ensinamentos europeus das ciências médicas, não passavam de “idiotia adquirida”, “melancolia” e delírio crônico. Ainda havia poucos critérios diagnósticos e pouco precisas também eram as práticas terapêuticas que se restringiam a técnicas como as de clinoterapia e balnearioterapia.

Resende (1987) traça uma visão histórica das políticas de saúde mental no Brasil sempre pautada pelas características da organização da sociedade produtiva brasileira. É notório a partir dessas políticas: 1) A emergência de se ter organizado algum tipo de instituição de saúde mental, a fim de ordenar os

centros urbanos que se organizavam em torno das grandes culturas de café (século XIX), especialmente a partir da chegada da família imperial no Brasil; 2) Uma intensificação do trabalho dessa instituição na época em que foi necessária a disciplinarização dos imigrantes chamados à incipiente industrialização no início do século XX; 3) A organização de uma psiquiatria de massa para os trabalhadores, quando do início da institucionalização da previdência social, na era Vargas.

É possível abstrair do estudo de Resende primeiramente a compreensão de que as nações, de acordo com características muito próprias de seu processo de produção agrária/industrial¹, foram articulando os seus processos de institucionalização da loucura. E também a compreensão de que esse processo segue *paripassu* uma tendência ocidental de instalar exclusão.

Há um entroncamento entre o processo de institucionalização da loucura e a noção de trabalho vinculada à instalação de uma ordem de produção capitalista. A institucionalização da loucura colocou, a um só tempo, sob a égide da disciplinarização, os loucos (aqueles que ao longo da história vinham vagando pelas cidades sem merecer maiores encaminhamentos) e os alheados do processo produtivo (aqueles que não conseguem se arraigar às ordens da instalação do sistema capitalista). A ordem capitalista estabelece precárias condições para se viver do trabalho e alia-se à institucionalização da loucura. Essa união acontece a fim de criar a categoria de desviantes, na qual se inclui,

¹ Uma peculiaridade da história da institucionalização do atendimento psiquiátrico é o fato de que, no Brasil, a tomada de providência de instalação de hospitais psiquiátricos, diferentemente do modelo europeu, não aconteceu exatamente quando da implantação de parques industriais. Resende (1987) lembra o fato de que a onipresença do trabalho escravo instalou uma certa aversão pelo trabalho na lavoura entre mestiços e colonizadores menos abastados. Esses últimos, ao não se submeterem a pegar "a enxada" porque o trabalho era indigno, levavam suas vidas fazendo algazarras. Desarraigados de disciplina foram os primeiros clientes do hospital psiquiátrico. Os negros demoraram mais tempo a serem clientes dessa instituição.

de acordo com as necessidades de manutenção do processo produtivo, quem venha a ser mais profícuo.

A compreensão dos aspectos históricos da consolidação da sociedade contemporânea e do surgimento da institucionalização da loucura pode ser transposta para a tendência à disciplinarização em que vive nossa sociedade. A modernidade, que tem seus marcos históricos na Revolução Francesa e na Revolução Industrial, tem garantido a produção de estratégias, para organizar o modo de vida das pessoas em locais de convivência como escola, trabalho, além da instituição psiquiátrica, a fim de fornecer uma regularidade e uma ordem social.

Ao realizar o estudo de caracterização de instituições fechadas, Goffman (1974) elaborou uma teoria geral que denomina “instituições totais”, na qual inclui as instituições psiquiátricas. É surpreendente o cuidado do autor para não escapar detalhes da realidade dessas instituições. Ademais de uma riqueza descritiva que instrumentaliza o leitor para o que consiste uma instituição desse tipo, a leitura de Goffmann chega a causar êxtase ao leitor diante dos muitos detalhes que elenca acerca de como a instituição, a fim de alcançar a disciplina de seus internos, utiliza um conjunto de processos de depreciação da pessoa do internado que chama de “mortificação do eu”.

É diante da meticulosidade original empreendida por Goffmann que pode ser conferido a esse tipo de instituição, característica de movimento com uma certa vivacidade e com grande tendência à adaptação e enraizamento no modo de vida das pessoas. Albuquerque (1978), ao estudar o contexto social da doença mental, lembrava a necessidade de se ter um quadro de referência da

evolução das instituições psiquiátricas. A evolução que os setores de atendimento à clientela psiquiátrica vinham sofrendo, sobretudo nos Estados Unidos com a privatização do setor (década de 70), continha um alerta para quem se empenhasse em estudar os processos de institucionalização da loucura.

A atenção evocada por Albuquerque, reportada para a realidade brasileira mais de 20 anos depois, é pertinente uma vez que, a exemplo do que ocorrera no país Estados Unidos, ao qual a América Latina vem sendo submetida, no Brasil vêm se estabelecendo sofisticadas clínicas. Essa modalidade de atendimento em saúde mental, à semelhança de clínicas que tratam outras especialidades vem pautando como método igualmente a exclusão sob a égide da disciplinarização das grandes instituições psiquiátricas, em detrimento de uma política equável de atendimento em saúde mental.

Entidades internacionais de saúde indicam ser necessário um esforço em redirecionar a atenção em saúde mental

Relacionado a uma compreensão de uma tendência à especialização e, sobretudo, de manutenção de um modelo de saúde mental hospitalocêntrico e de regulação da vida das pessoas, após a Segunda Guerra Mundial, surgiram movimentos, em muitos países, voltados à importância de realizar uma reforma desse modelo². Contudo, esses movimentos têm sucesso limitado, sobretudo em países menos desenvolvidos economicamente.

² De acordo com Desviat (1999), após a Segunda Guerra Mundial, as iniciativas de reconstrução social pela via do crescimento econômico tornaram possíveis, entre as pessoas, um aumento da convivência com as

O movimento de reforma psiquiátrica constitui-se em um direcionamento dado por organizações governamentais internacionais de saúde, que primam pela transformação do modelo de atenção em saúde mental que se construiu no Ocidente ao longo dos últimos 300 anos. Os documentos “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas por Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”³, (aprovado pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU, em 1991) e “Recomendações do 1º Grupo de Trabalho dos Diretores dos Ministérios da Saúde da América Latina”⁴ (elaborado em junho de 1996) exemplificam tal direção. Organizações governamentais de saúde vêm aderindo ao direcionamento das organizações governamentais internacionais.

No entanto, no Brasil, e de modo semelhante na América Latina, há uma notória resistência à implementação de práticas substitutivas ao modelo hospitalar de atendimento a pacientes portadores de transtornos mentais. Nos anos 80 trabalhadores em saúde, ex-internos em hospitais psiquiátricos e familiares organizaram-se pela reforma psiquiátrica no Movimento da Luta Antimanicomial que junto à repercussão no país dos acordos internacionais anteriormente citados trouxeram desdobramentos para a política de saúde mental no Brasil, que teve seus esforços compensados parcialmente, com a sanção da Lei 10.216⁵, em abril de 2001, que regulamenta o modelo de

diferenças. Acordos internacionais como a Declaração dos Direitos Humanos selam essa tolerância. Reformas psiquiátricas na Itália, França, Inglaterra e Estados Unidos, com características diferentes, se encontravam baseadas nesses pressupostos e influenciaram outros países a adotarem posturas semelhantes.

³ Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/onu/onu.html>.

⁴ Jornal Brasileiro de Psiquiatria 46, (2): 57-58, 1997.

⁵ Lei Federal 10.216, mais conhecida pelo nome do seu autor Paulo Delgado. Tramitou desde 1989 na Câmara dos Deputados e Senado. Disponível em <http://www.cns.gov.br>.

assistência e os investimentos financeiros em saúde mental no Brasil. A partir desta lei a internação psiquiátrica é apenas uma modalidade de atenção em saúde mental, indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes.

Outros desdobramentos se dão pela publicação de portarias ministeriais, a partir da década de 90, que reorientam o modelo de assistência para práticas substitutivas ao hospital psiquiátrico, aprovação de leis estaduais e municipais de reforma psiquiátrica, a ocorrência de vistorias, fiscalização e credenciamento de hospitais psiquiátricos bem como a criação de serviços substitutivos em algumas localidades, de acordo com os ditames das portarias ministeriais. Contudo, na prática, os recursos públicos destinados à saúde mental continuam sendo alocados em mais de 90% na rede hospitalar pública e privada, sendo ínfima a rede de serviços substitutivos públicos no país. Desse modo, a permanência do hospital psiquiátrico como modelo de atendimento ainda vigora, sabendo-se presente também a violação dos direitos humanos fundamentais nesses hospitais, conforme foi demonstrado pela Caravana Nacional de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, ocorrida em 2000⁶.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 2001. Esse tipo de evento, previsto na organização do Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro, pela Constituição de 1988⁷, foi pautado pela importância de avaliar o percurso das políticas de saúde mental e as ações a serem implementadas no

⁶ I Caravana Nacional de Direitos Humanos: relatório: uma amostra da realidade manicomial brasileira. – Brasília: Câmara de Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.

⁷ Constituição Federal de 1988, Título VIII, Capítulo II, Seção II, propõe a formação de um sistema único de saúde, descentralizado, com prioridades nas ações preventivas e com participação da comunidade. O projeto de descentralização inclui a formação de Conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais. As

sentido de efetivar a reforma psiquiátrica. Essa Conferência teve como eixo temático a “Reorientação do modelo assistencial” discutida em quatro subtemas, a saber: 1) Financiamento; 2) Acessibilidade, direitos e cidadania; 3) Controle social e 4) Recursos humanos.

De acordo com o Ministério de Saúde⁸, a escolha do tema Recursos Humanos como um dos eixos de discussão da III Conferência Nacional de Saúde Mental se dá dentro de um entendimento de Recursos Humanos para além de insumos humanos, ou seja, tendo em vista que o trabalhador que faz funcionar um estabelecimento de saúde mental e sua concepção de trabalho, é personagem de fundamental importância no processo de construção da reorientação do modelo assistencial. A escolha do subtema Recursos Humanos teve ainda como objetivos: 1) Necessidade de direcionamento de uma política nacional de recursos humanos em saúde mental que elimine disparidades de modelos de contratação; 2) Contemplação no trabalho da complexidade que envolve um modelo diferenciado de tratamento ao que vem sendo hegemônico ao longo dos anos; 3) Elaboração de diretrizes para um programa de capacitação para esses profissionais.

Vasconcelos (1995) realizou uma sistematização da literatura sobre avaliação de serviços em saúde mental no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. Apontou ser o estudo do trabalho em saúde e em especial em saúde mental importante vertente de contribuição para a avaliação e implementação de serviços. Identifica duas linhas específicas de pesquisa: a

conferências de saúde, também nos três níveis, pretendem conferir à população possibilidades de indicar suas necessidades para o trabalho dos Conselhos de Saúde.

⁸ Textos-base para organização da III Conferência Nacional de Saúde Mental disponibilizados em <http://www.cns.gov.br>.

primeira delas, voltada para o estudo do processo de trabalho dos trabalhadores em saúde e em saúde mental; a segunda, voltada à necessidade dos serviços em saúde mental introduzirem atendimento em saúde mental ocupacional em sua área de referência ou diretamente aos seus clientes.

O apontamento feito por Vasconcelos, acerca das duas linhas de pesquisa, merece aqui algum debate uma vez que pode iluminar melhor o objeto de estudo que procuramos delinear. A segunda linha proposta pelo autor, que trata de incluir atendimento em saúde mental ocupacional nos serviços de saúde, deixa uma inquietação: No caso das instituições psiquiátricas, como incluir atenção em saúde mental ocupacional em um tipo de serviço de saúde que precisa ter seu trabalho avaliado e redirecionado?

No caso do estudo do trabalho em instituição psiquiátrica parece ser fundamental a opção por se empreender estudos na primeira linha de pesquisa proposta por Vasconcelos, qual seja a que se refere à avaliação do trabalho neste tipo de instituição. A opção por esta linha se dá, tendo em vista que o processo de institucionalização de loucura, com todos os seus objetivos de segregação delimitou e ainda vem delimitando a atenção em saúde mental, em práticas centradas na hospitalização. Diante disso, não parecem possíveis, portanto, mobilizações no sentido de inclusão de saúde ocupacional em saúde mental nas instituições psiquiátricas. Há, pelo contrário, necessidade de que esta instituição tenha avaliado o seu trabalho, ou até mesmo as consequências que acarreta, em seus próprios trabalhadores.

É neste contexto que se encontra o oferecimento de serviços em saúde mental, ainda centralizado no modelo hospitalocêntrico, que será demonstrado

que é necessário investigar o trabalho das pessoas que fazem funcionar tais estabelecimentos.

Há uma exigüidade de estudos acerca do trabalho em instituições psiquiátricas.

Foi possível encontrar uma variedade restrita de estudos que tematizam o trabalho que é realizado em instituições psiquiátricas, porém muitos estudos que abordam diretamente ou indiretamente o trabalho em instituições de saúde mental descentralizadas são encontrados na literatura. Nesses estudos, é comum o relato de experiências relativas à implantação de novos modelos de atenção em saúde mental. Dentre os exemplos mais significativos pode ser visto o de Daker (1987), que ao pesquisar as reformas sanitárias e psiquiátricas italianas aborda a importância do movimento dos trabalhadores em saúde mental. Campos (1992) faz uma revisão crítica do trabalho em equipe multiprofissional em saúde mental, dando ênfase para as variáveis externas que interferem nesse trabalho. Zusman (1998) relata a experiência de formação de um modelo de atenção em saúde mental e a importância da equipe nesse processo. Ribeiro & Teixeira (1997) fazem análise de questões éticas sobre o atendimento de pacientes em serviços de saúde mental no Rio de Janeiro. Fisch & Toledo (1997) relatam trabalho de atendimento a adolescentes psicóticos pela prefeitura da cidade de São Paulo. Furtado & Pacheco (1998) analisam a experiência de instalação de moradias extra-hospitalares em Campinas (SP), onde foi fundamental a revisão do trabalho das equipes de atenção.

Outros estudos se encontram relacionados especificamente às dificuldades de implantação de novos modelos de atendimento em saúde mental, divergentes de uma lógica hospitalocêntrica. O estudo de Cesarino (1990) relata a implantação de um projeto descentralizado de atenção em saúde mental, em São Paulo. L. Silva (1997), ao pesquisar as representações e práticas da psicose em uma equipe multiprofissional de um Hospital-Dia, identificou dificuldades dessa equipe se colocar num processo dialético em seu trabalho. Bandeira & Soares (1996) realizam pesquisa empírica sobre o conhecimento acerca da desinstitucionalização por parte de profissionais em saúde mental. Raimundo; Banzato; Santos & Palmieri (1994) revisam a literatura dos cinco primeiros anos da década de 90, acerca de hospitais-dia. G. Ferreira (1994) aborda as vicissitudes da conscientização do trabalhador em saúde mental em relação ao seu objeto de trabalho. Entretanto, nenhum desses estudos tem como foco central de análise os processo de trabalho em tais serviços.

Na busca de estudos que abordassem diretamente o trabalho que é realizado em hospitais psiquiátricos, são destacados os estudos de Zago (1988) e Marazina (1989). Ambos abordam diretamente o trabalho que é realizado na instituição, ressaltando os efeitos que esta, com suas características de centralização do atendimento, têm na vida desses trabalhadores. Zago (1988), tendo estudado as instituições psiquiátricas hospitalares e os seus trabalhadores, relata a observância do aumento de doenças e consumo de medicamentos psicotrópicos e de substâncias psicoativas entre os funcionários da instituição. O autor sustenta a idéia de que sendo função do hospital

psiquiátrico segregar aqueles que representam ameaça à sociedade ou a si mesmo, através de comportamentos explicáveis no universo da psicopatologia, essas instituições, ao abarcar dentro de si a função de transformar saúde em doença, acabam por exercer uma função iatrogênica à sua clientela (pela manutenção de um modelo ineficaz de atendimento) e por extensão a seus próprios trabalhadores.

Marazina (1989), por meio de uma análise do processo de adoecimento dos trabalhadores do âmbito hospitalar em saúde mental, é concordante com Zago. Diz estarem tais trabalhadores submetidos, em seu cotidiano de trabalho, a uma tensão entre dois discursos: o oficial, que versa sobre o objetivo do trabalho ser o de reintegração do doente mental à sociedade e o não oficial, que versa sobre o desamparo e o desânimo de um trabalho que é considerado vazio de valor, pois se constitui num direcionamento único de fechamento dos seus pacientes em muro, e fechamento também de quaisquer projetos de superação deste contexto. Para a autora, o resultado da experiência de conviver dentro deste contexto, acaba sendo:

“... no funcionamento das instituições que tratam da saúde mental da população brasileira, salta à vista um fato surpreendente – a existência de inúmeros “casos clínicos” que não pertencem àqueles que demandam atenção mas aos que a fornecem. É comum, na prática da supervisão clínico-institucional, o confronto com freqüentes somatizações graves, caracteropatias, funcionamentos psicóticos e perversos entre os trabalhadores em saúde mental.”
(Marazina, 1989:69)

Os trabalhos de Zago (1988) e Marazina (1989), já com mais de dez anos de publicação, datados do final da década de 80, têm o limite de não tratar de dados empíricos, mas abordam diretamente as doenças de trabalho ou o sofrimento de trabalhadores de hospitais especializados em psiquiatria. Em pesquisa realizada em base de dados disponíveis⁹, foi possível detectar alguns estudos mais recentes que dizem respeito ao trabalho em hospitais psiquiátricos. Tais estudos, contudo, não têm como elemento central de análise as características da instituição com toda a sua história de segregação e o trabalho que ali dentro é realizado e os reflexos desse tipo de organização em seus trabalhadores. É característica desses estudos investigar revisão de posicionamentos de categorias profissionais e conflitos interdisciplinares. Dentre esses estudos há um estudo brasileiro, realizado no Estado de Santa Catarina, que tratou de investigar o atendimento de necessidades básicas de atendentes de enfermagem de um hospital geral e de hospitais psiquiátricos do estado. Borenstein (1983) construiu um questionário, por meio do qual detectou menor índice de atendimento de necessidades em trabalhadores dos hospitais psiquiátricos. Não foram encontrados outros estudos brasileiros que, com dados empíricos, abordassem o trabalho em instituição psiquiátrica sob o ponto de vista das características da instituição ou ainda relacionando a ela o sofrimento de seus trabalhadores.

Nessa procura pela produção disponível na literatura, ainda foi possível detectar dois estudos, que em instituições psiquiátricas distintas, no Chile, levantaram dados acerca do sofrimento dos seus trabalhadores. No primeiro

⁹ Bases de dados Bireme (www.bireme.br) e Index Psii - Periódicos (www.pol.org.br)

deles, Ibáñez (1984), por meio de consultas psiquiátricas e aplicação de questionários, aponta os índices de adoecimento dos trabalhadores como possivelmente relacionados ao ambiente estressante do hospital. O segundo estudo, Tardito (1995) trata da aplicação de uma escala para detecção de problemas de estresse em trabalhadores de uma instituição psiquiátrica e de um hospital geral. O estudo aponta a primeira instituição como detentora de maiores índices de estresse oriundos do modelo segregador que ali se encontra em vigor.

Da compreensão acerca do trabalho em hospitais psiquiátricos, no contexto da desinstitucionalização, depreende-se a relevância de se conhecer sobre o sofrimento dos trabalhadores

Um levantamento, recentemente realizado por Miranda (1997), mostrou uma comparação sobre absenteísmo e aposentadoria em duas instituições de saúde, um Hospital Psiquiátrico (Instituto de Psiquiatria Santa Catarina – que é exatamente a instituição que será pesquisada neste estudo) e um hospital geral. Miranda constatou que, no hospital psiquiátrico, 83% dos afastamentos do trabalho eram motivados por transtornos mentais, enquanto que no Hospital Geral, apenas 4% tinham esta mesma motivação. Outro importante dado constatado na pesquisa de Miranda foi que 53 % das aposentadorias no Hospital Psiquiátrico eram motivadas por invalidez, enquanto que no Hospital Geral apenas 8% tinham a aposentadoria motivada por invalidez.

O autor se limitou a fazer um estudo apenas dos afastamentos do trabalho e das aposentadorias por invalidez, no período de um ano. Não fez

maiores distinções entre idade dos funcionários, categorias profissionais, tipos de doenças nas aposentadorias por invalidez e nos afastamentos do trabalho. Ainda assim, os dados do estudo de Miranda podem aguçar a curiosidade de um observador acerca do que podem indicar.

O hospital psiquiátrico, como um local de destinação de pessoas que se encontram acometidas de sofrimento psíquico, teve suas características e objetivos de segregação e confinamento relatados por autores como Goffmann (1974), Foucault (1999) e outros. Esse tipo de estabelecimento foi e é ainda em muitos lugares uma importante tecnologia de alojamento de pessoas que “precisavam” e “precisam” ser retiradas de uma sociedade que não encontra potencial de inclusão de seus pertencentes.

Teixeira (1993) realizou um estudo acerca das relações de poder na mesma instituição psiquiátrica desta pesquisa, então ainda chamada Hospital Colônia Santana, hoje Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, IPQ-SC. O trabalho de Teixeira utiliza dados diagnósticos da implantação de um programa de atendimentos alternativos no hospital. De acordo com o autor, os internos nesse hospital, a exemplo da caracterização realizada por Goffman, encontram-se submetidos a uma rotina de rebaixamentos, degradações e humilhações sob o preceito de se encontrarem em tratamento. Teixeira lembra que esse tipo de tecnologia assistencial no Hospital Colônia Santana tem, a partir das diretrizes do corpo médico, apoio por parte da equipe de enfermagem, a quem cabe estritamente executar as orientações no sentido de “capatizar” o bom funcionamento das unidades da instituição, ou seja, de implementar as etapas de “mortificação do eu”, apontadas por Goffman.

Na realização de suas funções, observa Teixeira um clima de tensão entre as equipes médicas e de enfermagem. O trabalho da enfermagem na instituição psiquiátrica difere de um hospital geral. Neste último as atividades de enfermagem obedecem a um padrão mais preciso, uma vez que os procedimentos indicados são mais objetivamente verificáveis. No hospital psiquiátrico, contudo, a observação leva em conta o olhar do observador. Lembra Teixeira, que o poder médico presente na instalação do hospital psiquiátrico submete o trabalho da enfermagem a este jogo de poder, mediado pela informação. Para o autor, há uma situação que atinge de modos diferentes todos os funcionários do hospital. Entretanto, atinge especialmente a equipe de enfermagem e médica e pode ser assim traduzida: “o médico manda, mas não sabe e a enfermagem sabe, mas não sabe” (Teixeira, 1993:66). Por último, o autor desafia: Com quem os funcionários se identificam: com a sanidade ou com a loucura?

Conforme Zago (1988), Marazina (1989) e Teixeira (1993) há uma contradição entre os objetivos de reintegração do doente mental à sociedade, explicitada neste tipo de instituição, e o objetivo velado, não explicitado oficialmente, de segregação. Essa contradição, segundo Zago (1988), mantém um modelo ineficaz de atendimento que se estende a um adoecimento de seus trabalhadores, em virtude de esses mesmos funcionários conviverem com um grande número de cronificações, reinternações e abandono de pacientes aos cuidados da instituição, ao mesmo tempo em que são convocados a trabalharem enquanto profissionais de saúde. Sobre essa situação, Goffmann (1974) acrescenta o trabalho de vigilância que acabam por exercer os

profissionais que nesse tipo de instituição trabalham, o que confere a esses mesmos trabalhadores questionamentos acerca de quais são suas tarefas, uma vez que em sua maioria têm qualificação para serviços de saúde.

Sobre qualificação no trabalho em hospitais psiquiátricos, Zago (1988) lembra a falta de uma formação adequada aos profissionais dos serviços de saúde mental como uma dificuldade a ser acrescentada no trabalho dessas pessoas, uma vez que oriundas de uma formação essencialmente tecnicista. As dificuldades de formação, no entanto, podem ser estendidas a quaisquer outros profissionais de saúde, uma vez que o ensino universitário para profissionais de saúde é voltado para uma formação de caráter técnico-hospitalar. A equipe de saúde acaba tendo seu ambiente de trabalho como um local para complementação do aprendizado, que neste caso ocorre em instituições que se encontram necessitando de mudanças no enfoque do que seja saúde.

Marazina (1989), concordante com Zago (1988), aponta serem os trabalhadores em saúde pública os menos preparados. Oriundos, no Brasil, de uma formação tradicional técnica sem conhecimento específico do Sistema Único de Saúde - SUS eles esperam atuar em seus trabalhos com receitas prontas. Tal postura, especialmente na intervenção profissional em saúde mental, leva a resultados estéreis e confirmadores da impossibilidade de transformação neste setor. Para a autora, tais profissionais acabam não conseguindo suportar as fortes ansiedades persecutórias que surgem quando da elaboração de propostas alternativas nestes ambientes. O resultado de qualquer intervenção que pretenda despertar questionamentos em relação aos saberes e às ferramentas de trabalho resulta em conflitos entre novos e velhos.

Fica distante a possibilidade de discussão dentro das instituições sobre o conhecimento de cada um. Mais uma vez o desânimo de alguns e a repetição de práticas por parte de outros mantêm hegemonia.

É surpreendente a exigüidade de estudos acerca da condição de trabalhadores em instituições psiquiátricas. Tal surpresa se dá primeiramente diante das contradições e críticas que estão postas sobre a institucionalização do atendimento em saúde mental. Essa surpresa se dá em segundo lugar diante da distribuição do atendimento em saúde mental no Brasil, quando 90% desses atendimentos se dão na rede hospitalar de atendimento. Mais surpreendente ainda é o fato de haver uma crença estabelecida entre as pessoas de que a dificuldade em se trabalhar nesse tipo de instituição seja justificada pela clientela que ali é atendida: psicóticos.

Especificamente sobre sofrimento de trabalhadores com pacientes psicóticos, foi encontrado um raro estudo dos anos 70, em que Zimmermann (1971) já indicava que os motivos para a internação estavam relacionados ao fato de familiares não suportarem a ansiedade que lhes desencadeia o indivíduo psicótico, devido à hostilidade intensa, por vezes latente, mas na maioria das vezes manifesta, inclusive agressão franca dirigida aos outros ou a si mesmo. Para o autor, é difícil à família tolerar condutas muito excitadas ou depressivas bem como manifestação mórbida dos afetos e toda essa gama de comportamentos estranhos ao cotidiano das pessoas. No internamento todo esse conjunto de sintomas do paciente recai sobre a equipe psiquiátrica.

Ainda que não tenham sido encontradas pesquisas empíricas que demonstrem a dificuldade do trabalho em instituições psiquiátricas, há uma

concepção de que existe um desgaste para quem trabalha com pacientes psicóticos. A regulamentação da legislação trabalhista¹⁰ nesse setor é exemplar dessa concepção. Para trabalhadores de hospitais psiquiátricos, no Brasil, são pagos adicionais de insalubridade sob a justificativa de que há penosidade em seu trabalho. Em Santa Catarina, para trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde, a partir do ano de 1996, à insalubridade foi aliada a penosidade e passou a resultar em um adicional de 30%, 45% ou 60% sobre o salário médio dos servidores que têm penosidade baixa, média e alta, respectivamente¹¹. No caso dos hospitais psiquiátricos tal penosidade se refere à exposição ao paciente.

A idéia de que a dificuldade em se trabalhar nesse tipo de instituição é especificamente o paciente que ali é atendido merece ser considerada com maior cautela. É evidente que por toda a crítica pertinente à instituição psiquiátrica apresentada até aqui, ela não deixa sem prejuízos seus trabalhadores. Desse modo, atribuir ao psicótico, louco ou a qualquer outro nome que denomine a clientela, os problemas do modelo de atendimento, significa abster-se de questionamentos sobre a eficácia do modelo que perdura ao longo dos últimos séculos e seus efeitos sobre os seus trabalhadores.

A revisão aqui proposta, acerca da concentração no paciente do sofrimento atribuído ao trabalho na instituição psiquiátrica, faz-se importante também frente ao esforço de redirecionamento do modelo assistencial em

¹⁰ De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, devem ser pagos adicionais de insalubridade de 20, 30 ou 40% do salário-mínimo vigente na região, para exposição a risco baixo, médio e alto respectivamente. Os trabalhadores de instituições psiquiátricas correntemente têm tais adicionais. Disponível em <http://www.mpas.gov.Br>.

¹¹ Secretaria de Estado da Administração - Santa Catarina (1996). Legislação Estadual. Decreto número 975, de 25 de junho de 1996 - Dispõe sobre critérios de concessão de penosidade e risco de vida .

saúde mental. Nesse processo, que vem enfrentando grandes percalços para tomar outra direção, parece ser necessário conhecer mais sobre os efeitos dessa compreensão. Em torno da loucura, em nossa sociedade, construiu-se nos últimos séculos um grande terror. Relacionado a esse temor, foi necessário enquadrar e cercear as pessoas que tiveram manifestações não absorvidas pelo seu contexto social. Além do hospital psiquiátrico como recurso comportador da temeridade dessa sociedade, a construção de quadros de diagnósticos veio servir para acomodar uma certa compreensão e intervenção da sociedade para esse fenômeno (Resende, 1987). Os critérios diagnósticos, sobretudo no século XIX, perceberam grandes níveis de especialização, em especial ao seu final nos âmbitos médico-psiquiátricos, psicose e esquizofrenia passaram a ser os novos modos de se chamar e enquadrar o fenômeno da loucura. Tratam-se de resultados de tecnologias diagnósticas, com tendência a enquadramentos que, se plasmadas em nossa sociedade, encontram-se imediatamente estendidas aos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

As categorias diagnósticas podem ser como uma “camisa de força” para a própria equipe de trabalho. Isso pode se dar em virtude de que, nesse tipo de organização, o trabalhador passa a ter como trabalho a inclusão do paciente nessas categorias e o esforço de desconsideração de tudo o mais que percebe acerca desse paciente. Relacionado a isso, há ainda uma constante extirpação das características do paciente que sejam semelhantes às do próprio trabalhador. Outro conflito que pode se apresentar ao trabalhador é a vivência de estar sendo incompetente por não dominar as diretrizes diagnósticas e as várias combinações que aí são possíveis.

Se há ressalvas de que não se transponham ideais subjacentes ao modelo hospitalocêntrico para o atendimento substitutivo que vem se instalando, um outro trabalho procura dar conta da importância de se organizarem trabalhos de atendimentos em saúde mental que não se pautem em medidas imediatas para solução dos problemas de atendimento em saúde mental.

L. Silva (1997) identificou em um estudo sobre as representações e práticas da psicose em uma equipe multiprofissional de um Hospital-Dia, dificuldades dessa equipe em colocar-se num processo dialético ante ao trabalho que realizam com psicóticos. Em uma das etapas da investigação realizada por Silva, quando questionados sobre modelos em saúde mental, tais funcionários identificavam a psicose como efeito do modelo vigente em saúde mental, como se eliminadas as práticas a loucura deixaria de existir. Para a autora, definindo-se em princípio como 'anti' à lógica totalizante e totalitária da instituição psiquiátrica, o risco que a equipe corria era o de tentar opor a ela uma lógica tão totalizante quanto, não havendo possibilidade de superação dialética. Uma vez que isso aconteça, há uma negação de se refletir sobre a prática junto à pessoa que necessite de cuidados.

O zelo evocado por L. Silva (1997) é um interessante alerta para o fato de que a compreensão do trabalho que é realizado com as pessoas que se estão em sofrimento psíquico precisa ser objeto de reflexão. Essa importância se dá para que essas pessoas, mais uma vez, não sejam rechaçadas.

O trabalho deve ser conjugado ou inserido a um contexto social. A sociedade, que prima pela segregação daqueles que não estejam postos para

acompanhar *paripassu* o ritmo que a maior parte do social desempenha, traz dificuldades para quem se coloque a acompanhar uma pessoa em crise. Tal dificuldade consiste em compreender as comunicações controvertidas ou padrões de conduta não correspondentes àqueles pré-estabelecidos entre as pessoas. Faz-se importante, aos trabalhadores, compreenderem essas “demandas” da sociedade que condicionam uma inviabilidade de cuidado e tratamento das pessoas que se desviam da normalidade. Para que ainda que estejam trabalhando em um serviço substitutivo ao hospital, não se utilizem recursos técnicos que, oriundos de um contexto social restritivo, impõem-se sob o nome de contenção, tendo como carro-chefe, por exemplo, a medicação.

À crítica realizada por Silva precisa ser acrescida a própria história dos estabelecimentos psiquiátricos que, com o método de abreviar, enquadrar e rotinizar o tipo de atendimento mostrou sua ineficácia. Essa realidade certamente não se abstém de conseqüências quem faz funcionar esse tipo de estabelecimento. Possivelmente a clientela de serviço de saúde mental pode ser a que detém maiores resistências a relações alienadas ou no caso, simplificadas e imediatistas, todas típicas do mundo moderno. De acordo com Oury (apud Silva, 1997):

“Deve haver uma produção específica no nosso trabalho, e, aliás, os esquizofrênicos não se enganam, eles captam bem se nós produzimos verdadeiramente qualquer coisa de valioso, e se é o caso eles nos ajudam a produzi-la, senão eles mesmos produzem nada, e nós atingimos o cúmulo da alienação: a segregação”. (Oury apud Silva, 1997:44).

As colocações de Silva alertam para uma complexidade no trabalho em saúde mental, que facilmente é restrita ao paciente. Marazina (1989) lembra as tentativas de saída de tais trabalhadores diante dessa complexidade que impõe o trabalho. Para a autora, à semelhança da idéia de um sofrimento centrado no paciente, há uma assunção, por parte dos funcionários, das contradições da instituição como um problema pessoal. A tentativa dos trabalhadores em consolidar o trabalho tendo este muito próximo de suas preocupações e procurando soluções, mas ao mesmo tempo, distanciado de críticas; acaba trazendo para os trabalhadores, vivências de frustrações, uma vez que se trata de uma produção que não encontra espaço de legitimação.

De acordo com Marazina (1989), para superar estes efeitos oriundos da estrutura da instituição, não existem 'formas adequadas', porém alguns caminhos foram se perfilando na prática como propostas. Um deles é utilizar esse sofrimento como analisador da situação em que o trabalhador em saúde mental se insere: um social mais abrangente.

Estudos sobre o sofrimento em hospitais gerais servem de referência para a compreensão do sofrimento em instituições psiquiátricas

Diante da exigüidade de estudos relativos a sofrimento de trabalhadores em hospitais psiquiátricos, pode-se afirmar que essa mesma realidade não acontece quando dos estudos relativos ao trabalho em hospitais gerais. Pôde ser observada uma série de trabalhos que abordam especificamente o sofrimento no trabalho em hospitais gerais. Alguns desses estudos são

elencados aqui com a finalidade de servirem de referência ao estudo do trabalho em instituições psiquiátricas.

Pitta (1990) realizou um estudo que é referência em psicopatologia do trabalho em saúde no Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico através do qual a autora levantou os números do sofrimento dos trabalhadores de um hospital geral por meio de dados demográficos, levantamento de características do processo de trabalho hospitalar, perfil de morbidade referida para problemas de saúde, bem como aplicação de escalas de medição para sintomas psico-emocionais e uso de álcool entre os trabalhadores.

Pitta faz instigantes questionamentos sobre a aplicação dessa modalidade de estudo. A autora deixa claro o papel da epidemiologia em lançar uma visão de uma realidade para que outros estudos sigam nesse sentido, que se trata de um desafio constituir uma metodologia que estude as complexas relações entre saúde e trabalho.

Dois outros estudos acerca de sofrimento de trabalhadores em hospital geral demonstram ser o sofrimento nesse tipo de instituição relativo à organização do trabalho. C. Silva (1998), em seu estudo que versa sobre a subjetividade no trabalho hospitalar e saúde mental, observa aspectos ergonômicos e alienantes no trabalho que reproduz muito das características da organização do trabalho industrial. Rego (1993), de modo análogo ao trabalho de C. Silva (1998), procurou estabelecer relações entre a organização de trabalho do hospital e o sofrimento dos trabalhadores. Rego (1993) encontrou interessantes resultados relativos às funções e sofrimento no trabalho. A autora encontrou intenso sofrimento entre trabalhadores da

enfermagem das enfermarias e na equipe médica da emergência. Aos primeiros, tal sofrimento aparece relacionado ao ritmo intenso e o estreitamento do espaço de liberdade para o trabalho. Aos segundos, ao contrário do que se poderia esperar, ou seja, ao tipo de paciente que é atendido na emergência do hospital, que é especializada em atendimento a politraumatizados, o sofrimento se encontra relacionado ao regime de plantões, às dificuldades de encaminhamentos somados à impotência diante do processo terapêutico, à cisão que existe entre o quadro médico da emergência e o do restante do hospital. O estudo de Rego parece ser um grande confronto perante a idéia de que o paciente doente é o foco principal de sofrimento no ambiente hospitalar.

Um outro estudo vem ser elucidativo para questões relativas às conseqüências do cotidiano de sofrimento observado. Shelb (1994) estudou as aposentadorias por invalidez em uma instituição hospitalar de grande porte em Brasília. O autor observou que 24,2%, 16,2% e 14,0% das aposentadorias ocorridas na instituição correspondiam à cardiopatia grave, hipertensão arterial e doenças mentais, respectivamente. Ainda que o autor não tenha buscado bases comparativas nacionais ou de outras instituições em seu trabalho, Schelb observa que a maioria das aposentadorias por invalidez ocorreu quando o servidor se encontrava com idade média de 50 anos e após 12,5 anos de trabalho na instituição hospitalar.

A partir da ocorrência de estudos acerca do sofrimento e doenças no trabalho em hospitais gerais, torna-se possível destacar também que as instituições hospitalares, ainda que tenham sua filosofia pautada em produzir saúde aos seus usuários, trazem a contradição de serem produtoras de

sofrimento e doenças entre seus funcionários. Relacionado a isso, Vasconcellos (1995) lembra a relevância de ser revisto o modelo de saúde individual, que sem levar em consideração o contexto social no qual se encontra inserida tal instituição de saúde, a mesma pode causar danos à saúde de seus trabalhadores.

Em face de uma exigüidade de estudos acerca de sofrimento de trabalhadores em instituições psiquiátricas; de haver um sofrimento considerado, mas direcionado ao tipo de paciente que ali é atendido; e ainda, diante do fato de que estudos acerca do sofrimento de trabalhadores de hospitais gerais apontam ser alto esse sofrimento, emerge nossa pergunta de pesquisa: *Quais as características do sofrimento de trabalhadores de uma instituição psiquiátrica hospitalocêntrica?*

É necessário revisão dos pressupostos acerca do trabalho, por parte da ciência em geral e da Psicologia em particular.

Dados da Organização Mundial de Saúde – OMS (apud Corgozinho, 2000) indicam que as doenças mentais representaram, no final do século XX, causas de cinco entre as dez maiores ocorrências de redução de vida ativa de pessoas. Destacam-se entre essas doenças o alcoolismo, as depressões e as esquizofrenias. De acordo com Corgozinho (2000), essa realidade é conseqüência praticamente direta do processo de globalização de produção de bens industriais e de serviços no mundo moderno, como condição *sinequanon* para a existência humana. Para o autor, essa situação vem trazendo sinais de alerta entre instituições multinacionais de desenvolvimento tecnológico.

Primeiramente porque são alvos de tensão, pois os problemas começam a ser sentidos pelas pessoas, resultando em algumas demandas reivindicatórias. Em segundo lugar, em virtude dos direcionamentos políticos que primam pela diminuição de custos estatais. Os estados, ao buscarem se adequar ao discurso do neoliberalismo e da livre concorrência vêm sendo chamados a prestar contas do porquê não conseguem funcionar com custos mais baixos.

Diante dessa situação, pode-se observar que as modernas organizações de trabalho não estão preocupadas com o drama das pessoas que, em seu cotidiano, convivem com dor e sofrimento oriundos de uma atividade produtiva. A preocupação prioritária das organizações de trabalho, ao invés de ser o bem-estar das pessoas e os elementos de natureza moral e ética, tem sido a de atender às exigências neoliberais, na qual a livre concorrência e a adequação a custos e eficiência preponderaram sobre o sofrimento humano.

Frente aos dados apresentados pela OMS, é possível questionar o estágio em que se encontra o conhecimento científico, em geral, e o da Psicologia, em particular, quando confrontados com as vicissitudes do contexto social em que vivemos. O que esse conhecimento tem a apontar quando internacionalmente imperam os discursos da competência e da produtividade em detrimento das condições humanas?

O estudo acerca das características do sofrimento de trabalhadores de uma instituição psiquiátrica se dá fundamentado na disciplina psicológica. Convém, então, uma breve incursão na história da ciência psicológica acerca do trabalho humano, a fim de situar algumas posições que têm sido tomadas por parte de atores dessa área do conhecimento e campo de atuação

profissional. E, uma vez que o trabalho é um fenômeno alvo de outras áreas do conhecimento, juntamente com a Psicologia, algumas delas estão situadas acerca das posições que estabeleceram perante o trabalho humano.

No final do século XIX, pôde ser observado, na Europa, diante da escalada dos setores produtivos, um chamamento à ciência para contribuir para a melhoria das possibilidades de produção. Nesse momento da história, aparecem teorias decorrentes dessa necessidade. A mais importante dessas teorias foi a Organização Científica do Trabalho - OCT, que nos primeiros anos do século XX, teve como ação principal, racionalizar o trabalho. Os ideários da OCT tinham como pressuposto investir em máquinas para intensificar a produção, mas ao mesmo tempo, racionalizar as ações humanas dos atores da produção. A partir das idéias de Taylor, precursor da OCT, o trabalho humano, sobretudo nas grandes fábricas, passou a ser organizado com ocupação de postos de trabalho, ritmos marcados e pelo fracionamento de atividades. Todo um sistema de rotinas passou a ser integrado ao trabalho, a fim de que a mínima interveniência da pessoa do trabalhador ocorresse no trabalho.

M. Antunes (1999), em recente estudo sobre a História da Psicologia no Brasil, traça as condições históricas em que essa ciência se tornou possível. A autora mostra que, a exemplo do que ocorrera no século XIX na Europa, no Brasil, a instalação de indústrias no início do século XX estabeleceu os ideários da Administração Científica do Trabalho. De acordo com a autora, essa nascente Psicologia se caracterizava por: 1) Estar pautada por uma concepção neutra de ciência da qual emanava uma técnica igualmente neutra; 2) Estar direcionada a estabelecer medidas de controle frente aos operários desviantes

das prerrogativas produtivas; 3) Desenvolver técnicas de seleção de trabalhadores para postos adequados às suas aptidões. Enfim, em um contexto de trabalho, que primava pelo produtivismo, a Psicologia desenvolvia-se, sobretudo, no âmbito da aplicação de conhecimentos que convergiam às finalidades da produção industrial, à luz da racionalidade da época. Após sua emergência, as intervenções da Psicologia no trabalho, por muito tempo foram denominadas Psicologia Industrial¹².

O caráter psicotécnico da Psicologia aplicada ao trabalho, cujo pressuposto era a aplicação de conhecimentos para controle do homem e aumento da capacidade produtiva, ganha novo capítulo quando dos estudos de Elthon Mayo. Vinte anos após Taylor, mostra que o sistema de relações sociais que se desenvolveu junto às organizações de trabalho precisa ser considerado, pois as relações humanas e as diferenças individuais têm efeitos nos resultados da produção. A essa teoria, muitos outros autores se somaram, formando uma linha de pensamento chamada Teoria das Relações Humanas no Trabalho (Davis & Newstron, 1992).

A consideração de fatores psicológicos no trabalho feita pelos estudos de Elthon Mayo não alterou, contudo, os direcionamentos ao produtivismo por parte da Psicologia e de outras ciências correlatas. As modificações que ocorreram nas intervenções no trabalho, fundamentadas na Teoria das Relações Humanas, mantiveram pressupostos de regularização do trabalho e finalidades de aumento da produção. De acordo com Davis & Newstron

¹² Relacionado a isto, existem instituições de formação em Psicologia que ainda intitulam disciplinas que abordam as relações homem-trabalho com esta denominação. O curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina é um exemplo.

(1992:8), “Taylor aumentou a produção racionalizando-a. Mayo e seus seguidores pensaram em aumentar a produção humanizando-a”.

Relacionado ao caráter eminentemente prático ou ainda, momentâneo das Relações Humanas, nas palavras de Heller (1977): “la ciência manipulada de las ‘human relations’ que intenta precisamente dar una fachada agradable al labour, pretende remover solamente el sentido de la alienación y no la alienacion propamente dicha” (Heller 1977:125).

Após a Segunda Guerra Mundial, em consonância com as transformações sócio-político-econômicas, o contexto produtivo ganha novas formas (Dowditch & Buono, 1992). As teorias da Administração passam a ter como preocupação a capacidade das empresas se organizarem em face das transições sociais. As novas práticas administrativas, além de se preocuparem com a produção, passam a ter como foco a adaptabilidade das empresas no contexto em que se encontram inseridas. A Psicologia, por sua vez, enquanto ciência contribui nesse processo. Direcionada às empresas, a Psicologia produziu conhecimento, a fim de haver maior adequação destas às contingências do ambiente. Direcionada aos trabalhadores, a Psicologia contribuiu em facilitar a organização dos mesmos em direção ao cumprimento de metas propostas pelas empresas. A aplicação dos conhecimentos da Psicologia nesses novos direcionamentos do pós-guerra, na prática, continuou a produzir apenas modificações periféricas aos pressupostos do contexto produtivo, a exemplo do que propusera Mayo.

Leplat & Cuny (1983) propõem que ainda que a psicologia do trabalho possa ter se desenvolvido como uma psicologia aplicada, essa vertente prática

da psicologia precisa acontecer interrelacionada com a vertente fundamental dessa área do conhecimento. A análise da situação de trabalho traz à tona problemas teóricos que são abordados pela psicologia fundamental. De acordo com os autores, a psicologia do trabalho é uma parte da psicologia, pois o trabalho enquanto comportamento tem muitos traços comuns a outros tipos de comportamento.

À psicologia relacionada ao trabalho vêm sendo conferidas denominações de psicologia “das relações humanas”, “da indústria” e mais recentemente “das organizações e do trabalho”. Dito de outro modo, a psicologia tem sua história circunstanciada pelas demandas do trabalho. Sobre a aplicação do conhecimento psicológico nas organizações de trabalho, e mais recentemente no contexto organizacional, vale dizer, que a psicologia tem contribuído para uma maior efetividade no trabalho das organizações, que afinal são construções humanas e podem ser vistas em muitos momentos produzindo facilidades para a existência humana. Essas contribuições tratam de contribuir para o contexto organizacional no sentido de que alcance maior efetividade em seu trabalho. Porém, é desafio para esta área do conhecimento enfrentar o conjunto de pressões que o contexto produtivo apresenta ao ter como centralidade a produção e apenas o desenvolvimento da dimensão prática dessa disciplina, ao invés de ter o homem como preocupação central.

Ao se ter o homem como elemento central de preocupação o sofrimento emerge como algo marcante

A centralidade do trabalho, nas sociedades modernas na qual os homens, ao invés de trabalhar para viver, vivem para trabalhar pode ser relacionada à idéia de sofrimento. Para o trabalhador, enquanto ser humano, a falta de compreensão de como o trabalho desempenhado mantém relação estreita com a estrutura social e com as diferenças daí advindas, expropria o homem de sua condição de homem e de suas possibilidades humanas. Inclui-se aqui uma das idéias de Marx e que constroem o conceito de alienação do autor:

“A alienação do trabalhador em seu produto não significa apenas que o trabalho dele se converte em objeto, assumindo uma existência externa, mas ainda que existe independentemente, fora dele mesmo, e a ele estranho, o que com ele se defronta como uma força autônoma. A vida que ele deu ao objeto volta-se contra ele como uma força estranha e hostil”. (Marx, 1844 apud L. Silva, 1997:80).

Se alienação significa não acesso aos resultados do trabalho que alguém produz, ou ainda, se o resultado do trabalho é usufruído por outra pessoa, não havendo contemplação do trabalhador dos resultados do seu trabalho, alienação é sofrimento. Desse modo, além do contexto moderno de produção ser relacionado a sofrimento, ter o homem como preocupação central nesse contexto significa compreender esse sofrimento relacionado à alienação.

Nesse sentido entende-se sofrimento como uma situação em que o ser humano é colocado em uma situação de hostilidade. Tal situação pode ser

reconhecida imediatamente por essa pessoa ou pode ser relativa a uma rede complexa de outras situações, ficando assim dificultado o reconhecimento da situação que origina o sofrimento.

A tentativa de relacionar alienação a sofrimento implica uma abordagem na contra-mão do contexto moderno, produtivista. Relacionado a isto, o estudo de Illich (1975) é elucidativo. Para o autor, na racionalidade moderna, sofrer tem um significado de difícil acesso, haja vista na cultura moderna haver pouca tolerância para que as pessoas possam comunicar seus incômodos.

Tomar o homem como elemento central de preocupação remete a um resgate do sentido da palavra sofrimento. De acordo com Holanda (1992), sofrer tem também o sentido de permitir, frear e conceder. Os outros sentidos atribuídos à palavra sofrimento reavivam a existência de um ator do sofrimento, No caso do sofrimento no trabalho: o trabalhador. Nesse mesmo sentido, Illich (1975) indica que no mundo moderno, ao sofrimento posto para as pessoas, quase sempre se atribui uma falta de tecnologia e extirpa-se a pessoa em questão.

Em pesquisa realizada em base de dados especializada em estudos da área da Psicologia no Brasil¹³, foi possível observar que existe uma diversidade de estudos que têm o trabalhador como centro das preocupações. Tais estudos se encontram direcionados ao fenômeno do sofrimento no trabalho. Exemplos nesse sentido é o estudo sobre o trabalho dos bancários feito por Grisci (1999). A autora analisa o sofrimento de bancários e mostra como esses profissionais

¹³ A base de dados referida é Index Psi Periódicos. Disponível em <http://www.pol.org.br>

vivenciam crises em um tipo de trabalho que soma simplificação das tarefas e pressão pela produção.

Outros estudos mantêm essa tendência a estarem direcionados ao sofrimento. Antunes Lima (2000) investiga como mudanças na estrutura organizacional de um banco estatal trouxeram sérios prejuízos à saúde mental dos bancários, constatando um número antes não conhecido de suicídios entre seus funcionários. Mendes (1996) caracterizou as vivências de sofrimento de um grupo de engenheiros de uma empresa de telecomunicações. Detectou que tal sofrimento encontrava-se relacionado à sujeição desses trabalhadores a tarefas repetitivas e padronizadas.

Castro (2001), em revisão da produção brasileira sobre o tema do sofrimento psíquico, identifica Christophe Dejours como o autor que mais tem influenciado as pesquisas brasileiras sobre trabalho e saúde mental. Dentro de uma perspectiva psicanalítica, Dejours é identificado por Mendes (1996) como o maior representante de um novo campo de pesquisa que começou a se delinear na França a partir de maio de 1968. Tais estudos têm sua inauguração, no Brasil, por meio do livro *Psicopatologia do Trabalho*, que em 1987, trouxe a proposta de, sob uma ótica psicanalítica, procurar considerar também as condições objetivas de vida dos trabalhadores. Em virtude da importância desse autor no panorama dos estudos acerca do sofrimento, convém aqui indicar as suas principais contribuições sobre o tema.

Dejours (1987) se dedicou a compreender a relação entre doenças mentais e trabalho, bem como a relação entre sintomas psicossomáticos e trabalho. No início de seus estudos, pautado em uma compreensão

psicopatológica oriunda de um modelo psiquiátrico, passou a compreender que não existiriam doenças específicas para determinados tipos de trabalho. As doenças emergiam na submissão dos trabalhadores a uma organização de trabalho que não lhes possibilitassem modulação de seu potencial intelectual e afetivo à tarefa que lhe era proposta.

O autor é um dos críticos das condições de trabalho geradas pela Organização Científica do Trabalho (OCT), bem como de toda a racionalidade imposta por esse modelo. Ele propõe que:

“O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação”. (Dejours, 1992:52).

A noção de sofrimento, apontada por Dejours, é o principal objeto de estudo da psicopatologia do trabalho. De acordo com a personalidade do trabalhador se estabelece uma relação com a tarefa que lhe é atribuída. Nessa relação, fundamentam-se os subsídios para conhecer o sofrimento do trabalhador bem como as saídas que ele encontra para se esquivar do sofrimento. Essas saídas são denominadas pelo autor de “estratégias defensivas”.

O autor se esforça por demonstrar que essas “saídas” encontradas pelos trabalhadores frente às pressões de organização do trabalho são observadas em quaisquer profissões. Cita o exemplo das condições que são impostas a um operário da construção civil e o medo relacionado à organização do trabalho, que faz do trabalhador, um organizador de um conjunto de saídas ou

“ideologias”, acerca da profissão que, ao final, o mantém produtivo. No caso do operário da construção civil, tais ideologias se encontram relacionadas ao enfrentamento e bravura em correrem riscos no cotidiano de trabalho.

Entretanto, é na descrição de um mundo de trabalho onde impera a precarização, que Dejours demonstra também que nessas condições vive a maioria dos trabalhadores. Ademais de desenvolver estratégias defensivas relativas aos seus trabalhos (quando os têm), essas populações desenvolverão estratégias defensivas relativas ao adoecimento presente no seu mundo de trabalho bem como no seu cotidiano. Ao viverem sob a exclusão do mundo do capital, esses mesmos trabalhadores se manterão em silêncio ou reticentes em falar de sofrimento e doença.

O conceito de estratégia defensiva, que se constitui num mascaramento da percepção dos riscos e sofrimento relacionados a um tipo de trabalho, é apontado por muitos autores, como a principal contribuição da teoria dejouriana aos estudos do trabalho. A partir desse conceito, pode ser observada na obra de Dejours, uma mobilidade em utilizar-se da teoria com a finalidade de compreender como cada classe de trabalhador, em determinadas circunstâncias, vai procurar rearranjos perante o sofrimento. Relacionado a isso, Dejours dá seqüência em seus estudos, utilizando-se não mais de um conceito de psicopatologia do trabalho, mas de Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, Abdouchelli & Jayet, 1994).

Dejours e seus colaboradores se voltarão, sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, para a investigação de como é possível, aos trabalhadores,

manterem níveis de normalidade ainda que em condições hostis de trabalho, ou como colocam os autores:

“Será necessário, neste caso, considerar a ‘normalidade’ como um enigma: como fazem estes trabalhadores para resistir a pressões psíquicas do trabalho e para conjurar a descompensação ou a loucura?” (Dejours e cols. 1994:127).

A partir do conhecimento de como funcionam as estratégias defensivas e da compreensão de que por si só indicam algum sofrimento relacionado é que Dejours e cols. (1994) compreendem que o trabalhador pode apresentar um funcionamento independente do que lhe é prescrito enquanto tarefa. Os trabalhadores criam regras de trabalho que podem ser consideradas uma forma específica de inteligência subversiva em relação à organização do trabalho prescrita.

Na noção de sofrimento na Psicodinâmica do Trabalho pode ser observada uma zona difusa entre a saúde e a doença. Encontram-se incluídos nessa compreensão mecanismos pelos quais o trabalhador se esquivava da doença. Para Dejours, no entanto, frente às pressões vividas no trabalho, quando não é mais possível algum tipo de rearranjo, a descompensação e a loucura podem se instalar.

Uma vez que as estratégias defensivas se constituem de rearranjos psíquicos dos trabalhadores perante a organização de trabalho, são muitas vezes incorporadas e exploradas pela própria organização de trabalho, a fim de aumentar a produtividade, o que pode resultar em patologias e exploração física. Dejours cita o exemplo do trabalho das telefonistas, cuja organização do trabalho a que se encontram submetidas, torna o trabalho fragmentado,

vigiado e impessoal. Relacionado a isto, tal categoria detém notável agressividade. De acordo com Dejours e cols. ainda:

“Há casos em que a estratégia defensiva torna-se ela mesma tão preciosa para os trabalhadores que ao se esforçarem para enfrentar as pressões psicológicas do trabalho acabam por transformar esta estratégia em um objetivo em si mesmo” (Dejours e cols. 1992:130).

Dejours (1992) demonstra que as estratégias defensivas podem se tornar grande veículo de alienação e resistência à mudança e de minimização de conflitos de poder. Uma estratégia defensiva ante a um trabalho penoso pode encontrar espaço no imaginário social. No caso das telefonistas, a agressividade oriunda da organização do trabalho resulta em agressividade dirigida aos seus interlocutores e, em última instância diminui o tempo de diálogo ao telefone. De acordo com Dejours, o sofrimento “é o próprio instrumento para obtenção do trabalho. O trabalho não causa sofrimento, é o sofrimento que produz trabalho” (Dejours: 1992:103).

Um primeiro resultado da não efetividade das estratégias defensivas é a descompensação psiconeurótica que se traduz primeiramente pela queda do desempenho produtivo. Especialmente na indústria, para fazer frente ao sofrimento pode ocorrer quebra de equipamentos, peças e máquinas. Entretanto, o último recurso para fazer frente à exploração da organização do trabalho, quando não há saída coletiva é a saída individual, via abandono do trabalho ou absenteísmo, que acontece, sobretudo, por meio de atestados médicos ou nas palavras do próprio autor:

“(...) o trabalhador deverá apresentar um atestado médico, geralmente acompanhado de uma receita de psicoestimulantes ou analgésicos. A consulta médica termina por disfarçar o sofrimento mental: é o processo de medicalização, que se distingue bastante do processo de psiquiatria, na medida em que se procura não-somente o deslocamento do conflito homem-trabalho para um terreno mais neutro, mas a medicalização visa, além disso, a desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental.” (Dejours, 1987: 121)

De acordo com Lima (1998), a partir de Dejours, ocorreu, no Brasil, um aumento do interesse por parte de estudiosos acerca do tema trabalho, bem como avanços nos estudos das relações de doença mental e trabalho. No entanto, algumas delimitações se fazem importantes a fim de se alcançar alguma avaliação dos efeitos das contribuições de Dejours para o campo de conhecimentos acerca do trabalho humano e em especial da ciência psicológica.

Na abordagem dejouriana, a idéia de exploração da organização do trabalho sobre o trabalhador, por meio de demandas físicas e psicológicas para esse último, parece ter avançado na dissociação entre físico e psíquico comumente encontrada nas ciências psicológicas e mais especificamente nos estudos de cargas de trabalho. Dejours compreende que o sofrimento do trabalhador é oriundo de uma organização de trabalho e esta, ao submeter o trabalhador a uma exploração, ainda que física, terá necessariamente um sofrimento psíquico relacionado. Entende-se aqui a idéia de sofrimento, amplamente, devendo contemplar qualquer tipo de submetimento a que esteja exposto o trabalhador. Além disso, dispensa-se a adjetivação de psíquico quando nos referimos a sofrimento.

Uma dificuldade que pode ser identificada na compreensão de sofrimento se refere à etiologia das descompensações¹⁴ no trabalho, oriundas “da estrutura das personalidades [dos trabalhadores], adquiridas muito antes do engajamento na produção” (Dejours: 1992:122). A própria idéia de estratégias defensivas é encaminhada nesse sentido, uma vez que se refere a rearranjos psíquicos por parte do trabalhador frente às pressões que sofrem no trabalho.

Dejours se propôs a um estudo entrelaçando a psicanálise a condições objetivas de vida dos trabalhadores. Seus estudos avançaram muito nesse sentido em seu livro publicado no Brasil, sob o título “A banalização da injustiça social” (Dejours, 1999). Contudo, a compreensão do autor acerca do sofrimento vai se dar imbuída da lógica das estruturas, oriundas do modelo biológico. Para ele, é no encontro da estrutura psíquica com as frustrações no trabalho que se dará o sofrimento, ou seja, este parte de uma concepção oriunda do modelo biológico, pautada em uma concepção naturalística do fenômeno adoecimento e sofrimento no trabalho.

O próprio Dejours aponta dificuldades acerca dessa compreensão. Lembra que “a estrutura de uma personalidade pode explicar a forma sob a qual aparece a descompensação e o seu conteúdo, mas não é suficiente para explicar o momento ‘escolhido’ para a descompensação” (Dejours 1992:122). Ainda relacionado a isto, contraditoriamente, considera que a realidade não contém nenhum fator patogênico. Porém, é diante da realidade e de situações como a fadiga, a agressividade reativa e a organização do trabalho, que vai

¹⁴ É corrente o uso da palavra descompensação para designar pacientes que, acometidos por uma doença crônica, têm internações freqüentes em hospitais, em virtude de um descontrole da doença.

apontar explicações para as descompensações que não deixam dúvidas de que as condições sociais e a formação histórica dessas desempenham papel preponderante sobre o ser humano.

Politzer (1965) afirma a importância de uma Psicologia fundamentada no cotidiano concreto dos seres humanos. Tece crítica ao modelo de compreensão abstrata dos seres humanos. Propõe que somente após o resgate das condições de existência dos indivíduos, das suas formas concretas de viver e trabalhar e de ganhar a vida é que estaremos em condições de compreender seu psiquismo e os distúrbios que possa apresentar.

Politzer (1965) aponta exigências para que a Psicologia, se científica, tenha seu conteúdo adequado às próprias formas sob as quais se concretizam os objetos de que se ocupa. Provoca esta área do conhecimento a se ocupar dos fatos dramáticos da singularidade individual das pessoas e a não se voltar a pressupostos relativos a outras áreas do conhecimento como a biologia, ou ainda a se voltar a elementos isolados do ser humano como a percepção e sensação. Em outras palavras, a proposta de Politzer é de que a Psicologia não se coloque em categorias universalizantes, mas sim que trate do homem concreto e inteiro.

M. Ferreira (1997) resgata que o sentido de drama utilizado por Politzer advém das artes cênicas e é utilizado na direção da ação. Para o autor, os acontecimentos sucedem às pessoas como acontecimentos dramáticos que têm seu significado no enredo (não em fragmentos) e na interrelação dos atores. As pessoas sabem sempre terem sido atores ou testemunhas de tais ou quais cenas e ações. O autor lembra, ainda, que na proposição de uma psicologia

precipuaamente tendo como objeto de análise o drama do trabalhador, pode alcançar maior aproximação do sofrimento em questão?

A compreensão de Dejours acerca da origem do sofrimento e para a doença no trabalho pode trazer dificuldades para que o sofrimento seja, de fato, desvelado. Essa compreensão, fundamentada na compreensão da estrutura de personalidade obsta, aos trabalhadores, reivindicar melhorias em seus contextos de trabalho, pois desvia a atenção das condições objetivas de trabalho como o princípio do sofrimento, podendo, em muitos casos, centrar no trabalhador, as causas da doença.

O sofrimento, como objeto de conhecimento, pode ser veículo para mudanças no contexto de trabalho.

O conhecimento científico, voltado para as relações entre trabalho e saúde, vem sendo preocupação por parte de estudiosos há muito tempo. Uma obra pioneira nesse sentido é a de Bernardino Ramazzini (1999), publicada pela primeira vez em 1700. Ramazzini analisa as doenças dos artífices da época e reaviva os ensinamentos de Hipócrates: que às interrogações que faz um médico a seu paciente precisaria sempre ser acrescentada a indagação “*e que arte exerce*”? (Ramazzini, 1999:19) De acordo com Ramazzini a pergunta outrora sugerida por Hipócrates...“quase nunca é posta em prática, ainda que o médico a conheça. Entretanto, se a houvesse observado, poderia obter uma cura mais feliz”(p.19). Estabelece, já em sua época, a idéia de que seria necessária, ao médico, a compreensão de que o trabalho humano é imbuído de perigos para a saúde dos trabalhadores. Entretanto, há a possibilidade de esse

mesmo homem estabelecer ações no sentido de minimizar ou até mesmo evitar tais danos. Relacionado a isso, certamente lhe é conferido o título de “pai da medicina do trabalho”.

Desde então se vem pesquisando os fatores de risco de adoecimentos de trabalhadores. Entretanto, há um predomínio de estudos em saúde ocupacional, centrados nos agentes externos de riscos que não consideram a complexidade relacionada à toda a inovação tecnológica que foi aliada ao trabalho no mundo moderno e o acometimento das pessoas pela centralidade do trabalho aí relacionada (Corgozinho, 2000). Essa situação, traz igual complexidade às respostas que poderiam ser dadas, caso o médico do trabalho de fato pergunte qual a arte que exerce o seu paciente trabalhador.

Corgozinho (2000) ressalta dados do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1999, do crescimento em nível mundial o número de afastamentos por doenças reconhecidamente relacionadas ao trabalho (intoxicações, DORT¹⁵ e acidentes de trabalho). Entretanto, além desse crescimento, o autor aponta que tem crescido, em proporções ainda maiores, o número de afastamentos do trabalho por doenças não reconhecidas como originárias do trabalho, como alcoolismo e depressão.

Além disso, a OMS vem informando, que no contexto moderno, estão sendo contabilizados novos tipos de doenças e aumento no número de adoecimentos e revela uma complexidade na disponibilização dos dados, que confere igualmente complexificação para a pesquisa. De acordo com Corgozinho (2000), os dados que são contabilizados pela OMS, acerca das

¹⁵ DORT – Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho

naturezas das doenças em nossa sociedade, apresentam variações oriundas dos lugares acerca dos quais sejam produzidos. Por exemplo, segundo os dados desse mesmo relatório da OMS, há diferenças de até 80% nos índices de doenças mentais entre países desenvolvidos e não desenvolvidos economicamente.

Os estudos de Laurell & Noriega (1989) são exemplares no sentido de procurar as especificidades do mundo moderno que acometem os trabalhadores. Os autores realizam interessante proposta metodológica de múltiplas abordagens que combina enquetes coletivas, informações dos arquivos médicos, observações e visitas de inspeção nas fábricas que estudaram. Para os autores, os estudos que intitulam de epidemiologia social atentam para a importância de se levar sempre em conta a instituição de trabalho que se está estudando e o contexto do mundo do trabalho em que se encontram incluídos tais trabalhadores. Atentam também para o fato de que uma carga de trabalho surge como expressão particular da forma específica de produção. Nas palavras dos autores:

“Decompor e agrupar as cargas nos diferentes tipos não é, como já se havia assinalado, senão um primeiro passo analítico, dado que não adquirem pleno significado senão no interior da dinâmica global do processo de trabalho, ou seja, o segundo passo no processo de investigação necessariamente consiste na reconstrução das cargas de trabalho através da análise da interação entre elas no marco da lógica global do processo de trabalho - com o processo técnico e cenário de luta determinado pelo processo de valorização”. (Laurell & Noriega 1989:113)

Ainda em Laurell & Nouriega, a não consideração de que as cargas de trabalho se encontram relacionadas às relações de força entre capital e trabalho, num centro de trabalho determinado e na sociedade, colocam problemas de ordem deontológica para as pesquisas nessa área. Nesse mesmo sentido, Fonseca (2000) faz relações acerca do conhecimento sobre o trabalho que vem sendo produzido na área:

“Os conhecimentos da engenharia industrial de prevenção de riscos não bastam, a ergonomia sozinha não resolve o problema. Temos motivos de sobra para acreditar que essas metodologias contribuem muito mais para aumentar a produtividade que para apontar caminhos que nos levem a um trabalho saudável.” Fonseca (2000:25)

A procura pelas especificidades da organização do trabalho do mundo moderno que acometem os trabalhadores, se dá, primeiramente tendo em vista que estas têm interferência direta na legislação trabalhista que podem possibilitar alguma proteção à integridade desses trabalhadores. Em segundo lugar em virtude de tais conhecimentos tornar possível, aos próprios trabalhadores, realizar interferências na estrutura normativa que rege suas vidas no trabalho.

É com essa preocupação que Codo (1988) já apontava que os estudos em saúde mental e trabalho mostravam a urgência de mudanças na legislação sobre doenças ocupacionais. Defendia a idéia de que as doenças mentais originadas no trabalho devem ser reconhecidas no âmbito da legislação trabalhista. Segundo o autor, a principal razão de sua defesa para o

enquadramento das doenças mentais como doença profissional, não eram os acréscimos salariais por insalubridade, mas a passagem dessa discussão de um foro privado para um foro público, em que os trabalhadores teriam reconhecido a 'loucura' como resultado de condições objetivas de trabalho e de vida, não sendo necessário, portanto, escondê-la dentro da organização de trabalho.

Em 1999, o Ministério da Saúde (M.S.) elaborou a "Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho". A instituição dessa lista, segundo o M. S., decorreu da necessidade de se conhecer a forma de adoecimento dos trabalhadores no que concerne aos agravos provocados pelas causas externas que estejam relacionadas com o processo de trabalho. A lista de doenças traz correspondente identificação de agentes causais ou fatores de risco de natureza ocupacional, bem como codificação da Classificação Internacional de Doenças – CID, na sua 10^a. Revisão. As doenças relacionadas ao trabalho, propostas pelo Ministério da Saúde, incluem três categorias:

GRUPO 1 – Doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas "doenças profissionais", *strictu sensu*, pelas intoxicações profissionais agudas.

GRUPO 2 – Doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificada por todas as doenças comuns, mas freqüentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e que, portanto, onexo causal é de natureza epidemiológica.

GRUPO 3 – Doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou pré-existente, ou seja,

concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele, respiratórias e transtornos mentais.

A “Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho” do Ministério da Saúde traz um capítulo dedicado às doenças mentais. Entretanto, o que poderia ser entendido como uma conquista, conforme as reivindicações feitas por Codo (1988), pode, em uma observação mais cautelosa ser alvo de preocupação, pois a inclusão das doenças mentais no terceiro grupo, ou seja, de doenças que são consideradas como latentes e apenas têm no trabalho sua aparição, mantém a relação da doença naturalizada e particularizada na pessoa do trabalhador, em desarticulação com todo o contexto de sobredeterminação de circunstâncias que causam sofrimento aos trabalhadores.

Se o reconhecimento das doenças vem se dando em uma ordem particular para os trabalhadores diante da difícil realidade de trabalho enfrentada por estes, a seguridade social pode ser, de certo modo, entendida como meio de compensação para estes. Exemplo disso é o estudo empreendido pelo MPAS/CEPAD (1996), que versa sobre aposentadorias e distribuição de renda no Brasil. Nesse estudo são apontados diferentes tipos de aposentadorias, sendo conferidas especificamente a trabalhadores de certos extratos econômicos da população. Há um predomínio de aposentadorias por tempo de serviço sendo destinada a trabalhadores mais jovens, qualificados e com valores mais altos. Já as aposentadorias por idade e por invalidez são destinadas, em sua maioria, para trabalhadores pouco qualificados, com idades avançadas e sem qualificação. Há, nessa realidade, por parte dos trabalhadores, a recorrência a um recurso como saída ao difícil panorama do

trabalho no país, que por fim acaba mantendo diferenças profundas entre distribuição de renda entre trabalhadores ativos e aposentados.

Além do benefício da aposentadoria de um modo geral, pode ser identificado como recurso do trabalhador perante o sofrimento, a aposentadoria por invalidez, que é o benefício concedido ao trabalhador considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o trabalho, e ganha capítulo à parte nesse quadro de compensações. De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social (1999), as aposentadorias por invalidez ocupam o terceiro lugar entre as aposentadorias concedidas no período de 1997-1999, sendo precedidas pelas aposentadorias por idade e por tempo de contribuição. Inexistem dados nacionais que identifiquem quais doenças afetam e incapacitam os trabalhadores brasileiros.¹⁶

No entanto, índices acerca de distribuição de doenças que causam invalidez para trabalhadores são encontrados no estudo MPAS/CEPAD (1996). Foram levantados os motivos das aposentadorias por invalidez nas Regiões Metropolitanas de São Paulo e Curitiba e nas cidades de Manaus e Natal. Na Região Metropolitana de São Paulo, as doenças que incapacitaram mais os trabalhadores foram as DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E ÓRGÃOS DOS SENTIDOS e TRANSTORNOS MENTAIS, com 37,3, 18,0 e 14,1, respectivamente. Na Região Metropolitana de Curitiba foram as DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, TRANSTORNOS MENTAIS e DOENÇAS DOS ÓRGÃOS DO SENTIDO, com 36,5, 28,2 e 16,2,

¹⁶ Em consulta realizada à Coordenação de Estatística do Ministério da Previdência e Assistência Social, fomos informados que dados acerca das doenças que invalidaram trabalhadores não se encontram disponibilizados, mas se encontram acessíveis. Tais dados encontram-se em organização pela DATAPREV, devendo ser disponibilizados até o final do ano de 2002. Os dados dos motivadores de aposentadorias por

respectivamente. Em Manaus foram as DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR, TRANSTORNOS MENTAIS e DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO, com 19,7, 18,4 e 17,1, respectivamente. E em Natal foram os TRANSTORNOS MENTAIS, DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO e DOENÇAS DA PELE, com 49,7, 18,6 e 13,8, respectivamente.

Além de a legislação poder ser indicada como anulador de direitos dos trabalhadores ou como veículo de compensação desses diante do sofrimento, ainda decorrente da necessidade de serem consideradas as complexidades relacionadas ao mundo do trabalho, há de ser considerada também a organização dos trabalhadores.

Fonseca (2000) ressalta que têm sido encontrados muitos problemas nas movimentações dos trabalhadores em relação à saúde no trabalho. Há a observância de mobilizações sindicais pautadas menos pelo alcance de segurança no trabalho, seguridade social ou reconhecimento de doenças. A mobilização de trabalhadores tem se dado, quase que exclusivamente por reivindicações salariais ou por benefícios (Fonseca, 2000). Os trabalhadores parecem distantes de reais compreensões de submissão à organização de trabalho, que perversas, têm em seus processos incluídos o adoecimento de si próprios.

Pode ser atribuído sofrimento relacionado a muitos aspectos da vida no trabalho, ou quiçá na própria impossibilidade, por parte dos trabalhadores, em reconhecer como se dá esse sofrimento. Há de se encontrar na pesquisa, ou na intervenção em saúde do trabalhador, uma articulação entre essas nuances do

invalidez vêm sendo categorizados por esta instituição governamental juntamente com os de acidentes de trabalho.

sofrimento e suas relações com as exigências do contexto produtivo em que se encontram.

A sobredeterminação do sofrimento aqui sugerida pode ser relacionada à ocorrência de doenças mentais no trabalho, cujo fio condutor é a alienação do processo de trabalho. O conhecimento das vicissitudes desse processo pode tornar possível, aos trabalhadores, o reconhecimento do sofrimento como veículo de modificações no seu trabalho, o que em última instância distancia do processo de naturalização das doenças mentais no trabalho que são classificadas e codificadas na Classificação Internacional de Doenças¹⁷.

¹⁷ A CID, em sua 10ª. Revisão inclui um capítulo que se dedica às causas externas de morbidade e mortalidade. Esse capítulo contempla situações que tratam de problemas relacionados ao ambiente social. No entanto, esses se encontram sucumbidos a uma marginalidade perante a lógica diagnóstica da própria CID.

II. MÉTODO

Caracterização da instituição

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ-SC)¹⁸ é o nome dado, a partir do ano de 1995, à uma instituição psiquiátrica fundada em 1941, com o nome de Hospital Colônia Santana (nome pelo qual o IPQ-SC é mais conhecido). Essa instituição situa-se cerca de 30 Km de Florianópolis, localizado no interior do município de São José. Sua fundação fez parte do então plano governamental de Getúlio Vargas denominado Departamento de Atendimento a Psicopatas – DAP. Em 1937, foi realizado um levantamento nacional para detectar a necessidade de construção de leitos hospitalares por todo o país, de acordo com o modelo predominante na época: arquitetura em forma de pavilhões e hospital colônia com terapêutica agrícola.

Quando da decisão da construção da Colônia Santana, o Estado de Santa Catarina contava com mais duas instituições que prestavam algum tipo de atendimento a doentes mentais. Uma na cidade de Joinville e outra na cidade de Brusque. Porém, essas duas instituições se restringiam a oferecer abrigo aos doentes, em porções do seu espaço físico, sem nenhuma inclusão das terapêuticas existentes na época. Atualmente, dentre os hospitais especializados em psiquiatria, o IPQ-SC é o único hospital que atende sua clientela pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Existem mais dois hospitais

¹⁸ Mais dados acerca da organização do atendimento em saúde mental no Estado de Santa Catarina podem ser encontrado no anexo 1.

especializados em psiquiatria no Estado: um em São José e outro em Criciúma.¹⁹

O Hospital Colônia Santana tem sua história semelhante aos demais macro-hospitais psiquiátricos brasileiros. Quando da sua inauguração contava com 350 leitos. Cerca de 10 anos após, possuía cerca de 800 pacientes internados. Chegou a ter 2400 pacientes na década de 70. Nos seus primeiros anos, as principais técnicas terapêuticas, além do trabalho agrícola e fabricação de tijolos e pães, eram as intervenções de caráter clínico como: eletroconvulsoterapia, insulino-terapia, balnearioterapia. O Hospital Colônia Santana sofreu grande transformação no rol de suas terapêuticas clínicas a partir da introdução de psicotrôpicos na década de 50, quando passou a ter os seus trabalhos desenvolvidos prioritariamente por médicos e em menor número pelas Irmãs da Divina Providência.

Na década de 70, houve no hospital um projeto denominado Centros de atendimentos Regionais de Saúde - CARS, que teve como objetivo trazer mudanças nas terapêuticas psicossociais adotadas pelo hospital. A direção da instituição, motivada pela aplicação das terapêuticas culturais de Alfredo Moffat, que fez visitas e palestras no hospital. Nessa época a direção do hospital optou por dividir as enfermarias de acordo com as regiões do Estado. O objetivo dessa ação se deu em virtude de preservar a identidade cultural dos pacientes que vinham de longe. Entretanto, esse projeto não obteve resultados

¹⁹ A colocação de que o Hospital Colônia Santana é o único hospital do Estado, não se encontra relacionada à idéia de que o Estado necessitaria de outras instituições desta natureza. Dentre os pareceres de profissionais de saúde mental é clara a idéia de que hospitais especializados em psiquiatria tendem a gerar exclusão. A própria história desse tipo de instituição mostra isso. Entretanto, ter sido sempre o único hospital especializado em psiquiatria atendendo sua clientela pelo SUS, delimitou uma cultura de centralização em saúde mental e obsta do ponto de vista cultural e financeiro a destinação de investimentos

tendo em vista as grandes dimensões estaduais a serem organizadas, as próprias características de fechamento da instituição, bem como a cronificação de muitos dos pacientes (Teixeira, 1991).

Na década de 70, o hospital, que era mantido por uma Fundação Hospitalar, passa a ser mantido diretamente pela Secretaria de Estado da Saúde. No final desta década, medidas foram tomadas no sentido de diminuição do número de internos, tendo em vista o elevado número dos mesmos. Durante alguns anos, o hospital 'devolveu' pacientes para suas famílias. Nesta época, inúmeros ônibus foram fretados em direção ao interior do Estado à procura dos locais de onde os pacientes eram provenientes. Muitos destes pacientes conseguiram permanecer em seus locais de origem, o que diminuiu o número de internos no hospital para cerca de 1500 na década de 80. Entretanto, permaneceu no hospital um grande número de pacientes que, sem vínculo social algum, não tinham para onde ir.

No início da década de 90, o hospital procurou se adequar a determinações do Ministério da Saúde, que iniciou uma política de descentralização do atendimento em saúde mental, elaborando portarias que, além de exigir critérios para o funcionamento dos hospitais especializados em psiquiatria, passou a estabelecer o funcionamento de serviços substitutivos ao hospital em nível estadual e municipal, destinando verbas específicas para estes serviços.

Esse direcionamento dado por portarias convergem no sentido do que prevê a Lei Federal 10.216, elaborada pelo Deputado Paulo Delgado,

em leitos hospitalares em hospitais gerais e serviços substitutivos, conforme prevê a atual legislação em saúde mental.

sancionada em abril de 2001. A Lei 10.216 dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços alternativos ao hospital, porém o quadro atual da saúde mental no Estado de Santa Catarina revela pouca mudança. O hospital continua a utilizar 90% das verbas estaduais destinadas à saúde mental e apenas poucos municípios têm tido alguma evolução no sentido de organizar seus serviços substitutivos bem como seus leitos psiquiátricos em hospitais gerais, como prevê a Lei Nacional.

A partir de 1995, no IPQ-SC, teve início uma série de medidas com a finalidade de adequação às diretrizes do Ministério da Saúde. O Hospital passou a ser denominado Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC. Foi mais uma vez implementado um plano de diminuição de leitos, algumas alas foram reformadas. A partir de 1996, o IPQ-SC passou a ter 650 leitos divididos em pacientes de internações psiquiátricas e pacientes asilares.

Os casos agudos ou pacientes de internação psiquiátrica, pacientes oriundos de todo o Estado que permanecem internados por cerca de um mês, geralmente acumulam grande número de internações, chegando em muitos casos a 50 internações somente neste hospital. Quase sempre chegam ao hospital pela falta de qualquer atendimento externo, com relações sócio-familiares deterioradas, o que aumenta, por certo, o preconceito aliado à sua condição.

Os pacientes crônicos ou asilares, pacientes moradores, que em função do número de internações e prolongamento destas, acabaram perdendo vínculos sociais externos ao hospital, sem qualquer atendimento alternativo próximo ao seu local de origem.

Ainda que tenham ocorrido reformas em alguns pavilhões, o hospital mantém a estrutura física original para 350 pacientes. Especialmente nas alas de internação psiquiátrica é comum a superlotação. Com frequência, o hospital enfrenta a falta de manutenção de seu espaço físico, bem como falta de material de consumo.

O hospital possui 608 funcionários²⁰. A exemplo de outras instituições hospitalares mantidas pela Secretaria Estadual de Saúde - SES, tem seu quadro de pessoal constantemente defasado, exigindo por parte destes, sobretudo aos funcionários da enfermagem, muitas horas-extras. Essa carga extra de trabalho, contraditoriamente, é buscada por muitos funcionários, como complementação de renda em função dos baixos salários. É comum que muitos desses funcionários cumpriram duplas ou triplas jornadas, quando não no hospital, em outros locais, quase sempre em estabelecimentos de saúde.

O hospital não possui um serviço de saúde do trabalhador. Os funcionários, quando afastados do trabalho, dirigem-se à Gerência da Saúde e Assistência ao Servidor, que é o serviço responsável por realizar as perícias médicas, bem como acompanhar os processos de aposentadorias por invalidez.

O exame dos documentos

O procedimento escolhido para a caracterização do sofrimento relacionado ao trabalho em trabalhadores do IPQ-SC tem caráter exploratório e incluiu as seguintes etapas de observação indireta:

- a) Pesquisa documental sobre aposentadorias por invalidez ocorridas na

²⁰ Ver quadro de funcionários do IPQ-SC nos anexos 5 e 6.

instituição.

Foi constatada no Departamento de Pessoal do IPQ-SC a ocorrência de 243 desligamentos no período de 1990 a 1999. Foram consultados 223 desses prontuários, uma vez que 20 deles não foram localizados. Nos 223 prontuários examinados, foi possível conhecer o número de funcionários que se aposentaram por invalidez, bem como outros dados, tais como os diferentes cargos ocupados, idade, sexo e tempo de serviço desses funcionários. O acréscimo desses dados tornou possível a compreensão de que as aposentadorias por invalidez poderiam assumir configurações diferentes uma vez que fossem acrescidas de tais dados.

Os motivos das aposentadorias por invalidez não foram encontrados nos prontuários localizados na instituição psiquiátrica. De posse do registro desses funcionários, foi necessário um novo levantamento na Gerência de Saúde e Assistência ao Servidor (perícia médica). Nesse setor, foi possível o acesso às pastas dos funcionários que se aposentaram por invalidez e o acesso ao diagnóstico justificador dessas aposentadorias. Foi possível apenas o acesso a documentos (microfilmados) que continham as últimas tramitações do processo de aposentadoria por invalidez. O acesso aos prontuários completos dos servidores que se aposentaram por invalidez não foi possível em virtude de que o arquivo se encontrava em processo de reformas.

A partir dos dados coletados nos documentos da instituição psiquiátrica (sexo, idade em que ocorrera a aposentadoria, função desempenhada pelo funcionário, tempo de serviço na instituição e doença motivadora da aposentadoria por invalidez), mais os dados coletados na Gerência de Saúde e

Assistência ao Servidor (os diagnósticos das aposentadorias por invalidez) foi construída uma planilha com o quadro geral de aposentadorias por invalidez ocorridas no IPQ-SC no período de 1990-1999 (Anexo 2).

Vale considerar, acerca desses dados, que o estudo do tempo de trabalho dos funcionários que se aposentaram por invalidez exige algumas ressalvas. Apenas na década de 70 quando a instituição psiquiátrica sob estudo passou a pertencer à Fundação Hospitalar e, portanto, a ser mantida pela Secretaria de Estado da Saúde, passou a ocorrer a contratação de funcionários via concurso público. Até então, os funcionários eram contratados diretamente pela direção do hospital e podiam ser desligados a qualquer tempo. Desse modo, são inúmeros os casos de contratações em que a data da primeira contratação foi considerada como a data de admissão do funcionário na instituição, entretanto não há fidedignidade de que em todos os casos, a passagem da situação de concursado sempre ocorrera na seqüência à condição de contratado, pois o documento de desligamento não foi, mormente, encontrado nas pastas funcionais. Sendo assim, essa situação pode, em alguns casos, elevar a quantidade de anos trabalhados de funcionários.

Se a qualidade dos documentos, no que concerne à passagem da situação de funcionários contratados a concursados, pode elevar os anos trabalhados de alguns funcionários, uma outra situação pode omitir a quantidade de anos trabalhados de alguns funcionários. Há alguns casos de funcionários que chegaram à instituição sob estudo, cedidos por outras instituições sem haver quaisquer especificações de datas precisas dessa transferência para a instituição psiquiátrica. Nesses casos, foi considerada a

primeira data constante no prontuário.

No estudo das aposentadorias por invalidez, foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças em sua 9ª. Revisão (CID-09), pois, ainda que em 1999 tenha sido organizada a 10ª. Revisão dessa codificação internacional, denominada CID 10, somente em agosto de 2000 passou a ser utilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

Optou-se por utilizar a classificação dos adoecimentos do CID no seu terceiro nível de especificação. A categoria V da CID - 09 - TRANSTORNOS MENTAIS (nível 1) encontra-se subdividida em QUADROS PSICÓTICOS ORGÂNICOS, OUTRAS PSICOSES, TRANSTORNOS NEURÓTICOS E DE PERSONALIDADE e OLIGOFRENIAS (nível 2). Essas categorias são subdivididas ainda em um terceiro e quarto níveis. No presente estudo, optou-se trabalhar com o terceiro nível da CID-09, que contém 30 subdivisões.

A opção por estabelecer o uso das categorias da CID nesse nível se deu primeiramente em função de a maioria dos diagnósticos conferidos pelos peritos utilizarem esse nível. Ainda, apesar desse terceiro nível ser constituído por 30 categorias, no caso das aposentadorias por invalidez, as perícias médicas se ocupam de apenas 7 delas. Sendo assim, pode-se dizer também que a opção por trabalhar nesse nível se encontra relacionada à compreensão de ele ser suficientemente elucidativo das características dos adoecimentos, pois um nível anterior ou posterior aglomeraria ou diluiria muito essas características.

A fim de estudar as funções que se aposentaram por invalidez foram organizadas categorias que englobam diferentes cargos:

Categoria superior – todos os cargos que exigem graduação universitária: médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, psicólogo, administrador, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, pedagogo e analista técnico-administrativo.

Categoria administrativa – todos os cargos com funções administrativas ligadas a processos de registro, controle e documentação, técnicos em atividades administrativas, contábil e administrador operacional, exceto administrador com escolaridade superior.

Categoria operacional – todos os cargos com funções de manutenção da atividade final do hospital, tais como motorista, telefonista, artífices (cozinheiros, costureiras, eletricitas e pedreiros).

Categoria enfermagem – todos os cargos com funções de enfermagem e que não têm graduação universitária. Nessa categoria se incluem técnicos auxiliares e atendentes de enfermagem.

Categoria Serviços Gerais (ASG) – todos os cargos com funções de zeladoria pelo ambiente. Nessa categoria se incluem funcionários da limpeza, jardinagem guardas etc.

A classificação dos trabalhadores nessas categorias não corresponde à divisão utilizada pelo hospital. No IPQ-SC os funcionários se encontram divididos entre gerências: clínica (todos os médicos), técnica (todos os profissionais de nível superior exceto médicos), de enfermagem (todos os enfermeiros, atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem) e administrativa (todos os funcionários administrativos e de serviços gerais).

A opção por criar uma nova categorização ocorreu em função de que a

categorização utilizada pelo hospital é mais condensada e inclui em uma mesma categoria cargos muito diversos. Exemplo disso é o fato que na categorização utilizada pelo IPQ-SC, funcionários administrativos e de Serviços Gerais são incluídos na categoria administração, mas desempenham funções bastante diferenciadas quando comparados com os técnicos em atividades administrativas.

Os cargos ocupados pelos funcionários se referem aos cargos finais desses funcionários, isto é, são os cargos dos funcionários no momento do desligamento.

b) Pesquisa documental acerca de outros dados a serem incorporados ao estudo.

Outros dados foram levantados a fim de serem incorporados ao presente estudo e servirem de base comparativa ao estudo das aposentadorias por invalidez.

O contato com prontuários dos funcionários, na instituição psiquiátrica, tornou possível também o acesso às outras situações em que os funcionários se desligaram da instituição no período de 1990 a 1999, quais sejam:

1) os outros tipos de aposentadorias²¹: aposentadorias voluntárias proporcionais, aposentadorias compulsórias e aposentadorias por tempo de serviço²²;

2) outros motivos de desligamento dos funcionários do IPQ-SC: cessão a

²¹ Sobre a legislação federal de aposentadorias, ver Anexo 3.

²² Sobre as condições de aquisição do benefício de aposentadoria para servidores da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina, ver Anexo 3.

outras instituições²³, óbito e exoneração²⁴. Foram levantados também dados acerca dos sexos e funções desempenhadas no IPQ-SC de todos os funcionários que se desligaram da instituição.

Esses dados tornaram possível organizar um panorama das situações em que ocorreram desligamentos de funcionários da instituição a cada ano do período estudado, ou seja, de 1990 a 1999. A organização longitudinal da ocorrência das aposentadorias por invalidez possibilitou a visibilidade dos desligamentos em articulação com eventos ocorridos na instituição e no panorama político do estado que interferiu na instituição ao longo destes anos.

Foi solicitado para a Gerência de Organização e Controle (GEORC) da Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina (SEA) que estabelecesse uma rotina de busca dos dados informatizados sobre as aposentadorias por invalidez ocorridas em várias instituições de saúde da Grande Florianópolis. A base de dados informatizada se refere apenas aos últimos 5 anos, período de 1994 a 1999, conforme quadro comparativo entre as várias instituições, no Anexo 4.

Foram solicitados também outros dados à Seção de Pessoal do IPQ-SC, com a finalidade de se obter mais subsídios para o estudo que se está empreendendo. Primeiramente um quadro geral de profissionais da instituição, como número de funcionários por cargo e tipo de vínculo que estabelecem com o hospital (Anexo 5). Outro dado também levantado na Seção de Pessoal da

²³ Uma vez que os funcionários se encontram a serviço da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, lotados em uma das várias instituições que compõem essa secretaria, sob negociação com a direção da instituição onde esteja lotado o funcionário pode ser removido para outra instituição.

²⁴ Os funcionários da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina são, em sua grande maioria, concursados e, portanto, regidos pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Santa Catarina. Ao serem aprovados em concurso público, tomada a posse do cargo, o desligamento constitui-se em exoneração.

Instituição foi o quadro de funcionários de acordo com o vínculo institucional e sexo, no período de distribuído de 1995 a 2001 (Anexo 6).

Foram encontradas, nos documentos, situações que não foram possíveis de serem consideradas. É prática comum na instituição psiquiátrica estudada trabalhadores serem desviados de seus cargos em virtude de doenças, necessidades da instituição ou por terem alguma profissão. Tais funcionários exercem as funções de outros cargos de modo irregular no que diz respeito à contratação. Esses casos não puderam ser distinguidos no presente estudo.

Foi possível constatar nos documentos, também, casos de trabalhadores que se desligaram da instituição, porém, quando ativos, passaram por processo de readaptação profissional pelo setor de perícia médica. Tinha-se como objetivo o estudo de documentos relativos aos casos de funcionários que estavam gozando desse benefício. Entretanto, constatou-se junto à Seção de Pessoal que tais desvios são raros e acontecem de acordo com negociações internas na instituição.

c) Pesquisa documental sobre os afastamentos periciados ocorridos na instituição.

Foi realizada uma caracterização dos afastamentos por licenças de saúde ocorridos na instituição a fim de se estabelecerem relações entre a ocorrência de afastamentos e as aposentadorias por invalidez. De acordo com o Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Santa Catarina²⁵, afastamentos de funcionários concursados²⁶ que excedam a 3 dias necessitam ser revisados

²⁵ Estado de Santa Catarina. Legislação Estadual. Secretaria da Administração. 1996. Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Santa Catarina.

²⁶ Há casos de funcionários na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina contratados pelo regime "celetista", isto é, são regidos pela CLT - Consolidação das Leis do Trabalho. Esses funcionários, que se

pela Gerência de Saúde e Assistência ao Servidor da Secretaria de Estado da Saúde ou Perícia Médica. Sendo assim, a exemplo dos prontuários das aposentadorias por invalidez, buscaram-se os dados registrados. Estes não se encontravam disponibilizados em virtude de que o arquivo encontrava-se em reformas. Foi solicitado à GEORC – SEA que fosse estabelecida uma rotina de busca desses dados, focando-se a Instituição em estudo e levantando todos os afastamentos ocorridos no período de 1994-1999, em que há base de dados informatizada. Esses afastamentos vieram acrescidos de seus motivos, quantidade de dias, cargos ocupados e sexo dos afastados.

Com exceção dos dados relativos ao tempo de serviço e idade dos funcionários, os dados dos afastamentos foram organizados em planilhas de acordo com o modelo desenvolvido no estudo das aposentadorias por invalidez. Na organização dessa planilha foi utilizada a mesma organização da CID-09 e a mesma distribuição de funcionários em categorias.

constituem minoria entre os funcionários da instituição, quando afastados por doença, devem apresentar seu atestado para avaliação de perito, somente se o afastamento recomendado for superior a 15 dias.

III. RESULTADOS

As observações indiretas empreendidas, a fim de se estudar o sofrimento dos trabalhadores do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, IPQ-SC, serão apresentadas a seguir. Primeiramente será apresentado o panorama de desligamentos de funcionários do IPQ-SC no período de 1990 a 1999. Em seguida serão apresentadas as aposentadorias por invalidez ocorridas na instituição, no mesmo período. Por último, será apresentado o estudo dos afastamentos periciados ocorridos na instituição no período de 1995 a 1999. Ao final do item que trata dos resultados será realizada uma discussão acerca desses resultados.

Panorama dos desligamentos ocorridos no IPQ-SC

Na pesquisa documental, empreendida para se obter dados sobre as aposentadorias por invalidez ocorridas na instituição, foi necessário o acesso a todas as pastas funcionais de funcionários que se desligaram da instituição no período estudado, 1990-1999. Dentre os 243 desligamentos ocorridos no período, 20 deles não tiveram seus prontuários localizados. O exame dos 223 prontuários encontrados tornou possível conhecer as várias situações em que os funcionários se desligaram da instituição, ademais das aposentadorias por invalidez. Esses dados foram organizados em um quadro que passa agora a ser apresentado (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição das ocorrências de desligamentos de funcionários do IPO-SC, por tipos, no período de 1990 a 1999.¹

Tipo de desligamento		PERÍODO										TOTAL	%		
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999				
Aposentadoria	Aposent. por invalidez	0	3	6	4	3	6	9	8	13	6	58	133	27,36	62,73
	Aposent. voluntária proporcional	0	2	1	0	1	3	12	12	14	3	48		22,64	
	Aposent. or tempo de serviço	2	2	3	5	1	4	1	1	5	2	26		12,26	
	Aposent. Compulsória	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0,47	
Outros	Cessão p/ outras inst.	7	14	8	6	9	0	1	0	0	0	45	79	21,23	37,27
	Exoneração	1	5	3	3	1	0	2	0	0	0	15		7,08	
	Recisão de Contrato	2	1	0	0	2	1	1	1	1	2	11		5,19	
	Óbito	1	2	0	1	0	3	0	1	0	0	8		3,77	
Total		12	27	20	21	17	17	26	23	32	12	212	100,00		

¹ Dentre os 243 desligamentos, 31 não puderam ser caracterizadas quanto ao período em que o desligamento ocorreu.

Pode ser observado no quadro geral de desligamentos de funcionários do Instituto de Psiquiatria - IPQ-SC que, nos 10 anos estudados, 1990-1999, as aposentadorias por invalidez somaram um total de 58 casos. De acordo com a Figura 1, esse tipo de aposentadoria se deu em 43,61% dos casos e configura a principal causa de aposentadoria de servidores da instituição. As aposentadorias por invalidez constituem também o principal mecanismo de saída no número global de servidores que se afastaram definitivamente, 27,36%.

Um dado interessante no comportamento do número de aposentadorias por invalidez é o fato de essas terem ocorrido, em grande número, no final da década de 90. Nos documentos examinados, puderam ser observados casos de funcionários contratados na mesma data e aposentados por invalidez, em períodos muito próximos.

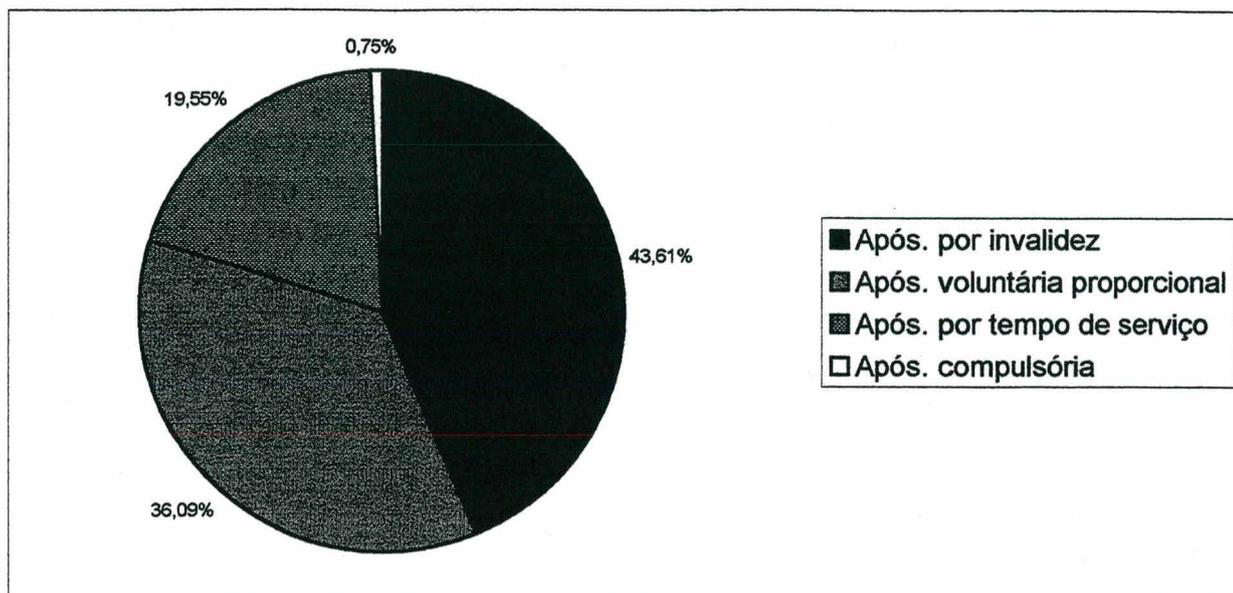


Figura 1
Aposentadorias ocorridas no IPQ-SC no período de 1990 a 1999.

Na Figura 1 pode-se observar que as aposentadorias voluntárias proporcionais se encontram em segundo lugar dentre o rol de aposentadorias, 36,09%. Uma vez que ao final do ano de 1998 expirou o prazo para requerimento desse tipo de aposentadoria, podem ser notados elevados índices de saída dos funcionários por meio da concessão desse tipo de benefício no período compreendido entre 1996 e 1998, ou seja, nos anos que antecederam a expiração do prazo para se requerer esse tipo de benefício (Tabela 1).

No estudo da distribuição dos diferentes tipos de desligamentos ocorridos no IPQ-SC (Tabela 2), pode ser observado um pequeno número de aposentadorias voluntárias proporcionais para a categoria Serviços Gerais. Essa categoria, como pode ser observado no quadro de distribuição de funcionários (Anexo 5), ainda que se constitua com o maior número de funcionários da instituição, tem a aquisição desse tipo de benefício em menor número, quando comparada às outras categorias.

As aposentadorias por tempo de serviço, por sua vez, ocupam o terceiro lugar no total de aposentadorias, 19,55%. É um tipo de aposentadoria que se apresenta distribuída equilibradamente entre as diversas categorias, o que pode ser observado na Tabela 2, e apresenta um comportamento estável ao longo dos anos. Situação contrária pode ser observada nas aposentadorias voluntárias que, como já foi dito, encontram um ápice quando da proximidade da expiração do prazo para requerimento. Nos documentos examinados há apenas uma ocorrência de aposentadoria compulsória, 0,75% dos casos de aposentadorias.

Dentre os outros tipos de desligamentos, além das aposentadorias, as cessões de funcionários a outras instituições também aparecem com número significativo no quadro geral de desligamentos de funcionários do IPQ-SC. A Secretaria de Estado da Saúde é composta de uma série de instituições e é comum haver entre seus servidores uma mobilidade de pessoal entre os diversos hospitais e setores que a compõem. A cessação por parte da administração do hospital, da cessão de funcionários para outras instituições é notada a partir do ano de 1995.²⁷ Pode ser observado a partir dessa cessação um aumento das aposentadorias proporcionais bem como de aposentadorias por invalidez.

²⁷ Em 1995 houve no hospital uma cessação da cessão de funcionários para outras instituições de funcionários para outras instituições. Isto ocorreu em virtude do cumprimento de portarias ministeriais que passaram a determinar as condições mínimas de funcionamento de hospitais especializados em psiquiatria. Tais portarias prevêem, entre outras coisas, o número de funcionários desses estabelecimentos.

Tabela 2

Quadro comparativo dos diferentes tipos de desligamentos de funcionários do IPO-SC, ocorridos no período de 1990 a 1999, de acordo com suas funções, com especificação de aposentadorias por invalidez por Transtornos Mentais (TM) e por outros tipos de aposentadorias por invalidez (OUT) ¹

	Superior		Administrativo		Enfermagem		Operacional		ASG		TOTAL(
	TM	OUT	TM	OUT	TM	OUT	TM	OUT	TM	OUT	
Apos. Invalidez	-	3	2	-	20	1	9	8	11	4	58
Apos.proporc.	6		-		27		10		5		48
Apos.tempo	3		-		9		4		9		25
Apos. Compulsória	-		-		1		-		-		1
Cessão	22		2		20		2		4		50
Exoneração	8		1		10		1		2		22
Fim de contrato	4		-		6		-		1		11
Óbito	-		1		1		-		5		7
Total Geral	222										

¹ Dentre os 223 desligamentos estudados, 11 não puderam ser identificados quanto ao tipo de desligamento ou função.

O estudo dos documentos relativos aos desligamentos ocorridos na instituição permite observar, com relação à cessão de funcionários, algumas situações em que essas cessões ocorreram parcialmente. Há alguns casos de funcionários que têm autorizado o desempenho de parte de sua carga horária em outra instituição. Comparando a Tabela 2 com o Anexo 5 pode ser observado que as cessões consolidadas a outras instituições, referem-se em grande número, à categoria superior, mas proporcionalmente ao número de funcionários, é maior na categoria enfermagem. A categoria Serviços Gerais, apesar de ter o maior número de funcionários, tem pouquíssimos casos de cessão. Outras funções se desligam por esse tipo de situação, porém, em número ínfimo. Quanto aos óbitos, na Tabela 2, pode ser observado, ainda, que a maioria é relacionada a funcionários da categoria Serviços Gerais.

As exonerações, que correspondem a desligamentos dos funcionários que tiveram a assunção ao cargo via concurso público, constituem um número ínfimo de desligamentos no IPQ-SC, sobretudo se comparado ao número de términos de contrato, que se refere ao desligamento de funcionários que são regidos pela CLT, um tipo de contratação eventual no IPQ-SC, conforme Anexo 5. Ambos os tipos de desligamentos, exoneração e fim de contrato, não apresentam grande variação ao longo dos anos estudados, de acordo com a Tabela 1.

As aposentadorias por invalidez

As 58 aposentadorias passam a ser apresentadas, agregando-se às mesmas, primeiramente, as diferentes doenças motivadoras dessas aposentadorias, de acordo com a CID-09. Em seguida são agregados outros dados (como categoria funcional e sexo) à doença que mais se destaca como motivadora de aposentadoria por invalidez. Por último, a principal doença motivadora de aposentadoria é destrinchada em seus diferentes subtipos. Dados demográficos acerca de idade, tempo de trabalho para os diferentes sexos são apresentados nessa caracterização.

As motivações das aposentadorias por invalidez entre os funcionários do IPQ-SC estão apresentadas na Tabela 3. As aposentadorias motivadas por TRANSTORNOS MENTAIS destacam-se no *ranking* dessas motivações, chegando a 70,7,% dos motivos para aposentadorias, seguidas pelas

aposentadorias por DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, com 21.69%.

As demais motivações atingem menos de 4% cada uma.

Tabela 3

Aposentadorias por invalidez no IPO-SC no período de 1990-1999 - comparativo entre os diversos motivos de acordo com a CID-09

Categoria CID 9	Classificação CID 9	Quantidade	%
V	Transtornos Mentais	41	70,70
VII	Doenças do Aparelho Circulatório	12	20,69
VIII	Doenças do Aparelho Respiratório	2	3,45
XIII	Doenças Sist. Osteom. e Tec. Conj.	1	1,72
II	Neoplasmas	1	1,72
X	Doenças do Aparelho Genitourinário	1	1,72
TOTAL		58	100,00

Ademais da presença de TRANSTORNOS MENTAIS como principal motivador de aposentadorias por invalidez, outra característica importante a ser destacada nesse quadro refere-se ao pequeno rol de doenças que, ao lado dos TRANSTORNOS MENTAIS, motivaram as aposentadorias por invalidez.

As idades em que ocorrem os dois principais tipos de aposentadoria por invalidez podem ser observadas na Tabela 4. As aposentadorias por invalidez ocorrem para os trabalhadores com média de idade de 48,9 anos, sendo que para os homens a média é de 50,8 anos e para as mulheres é de 46,8 anos. Essas mesmas aposentadorias ocorrem quando esses homens e mulheres têm em média 20,2 e 19 anos de trabalho, respectivamente.

Tabela 4

Aposentadorias por invalidez em geral e aposentadorias por doenças do Aparelho Circulatório e Transtornos Mentais, especificando o sexo, tempo de serviço e idade dos funcionários do IPQ-SC no período de 1990-1999.

	Homens		Mulheres		Homens e mulheres (média)	
	Tempo de serviço (média)	Idade (média)	Tempo de serviço (média)	Idade (média)	Tempo de serviço (média)	Idade (média)
Aposentadoria por invalidez em geral	20,2	50,7	19,0	46,8	19,6	48,9
Aposentadoria por doenças do Aparelho Circulatório	20,7	53,3	14	48,3	17,3	50,8
Aposentadoria por Transtornos Mentais	19,4	47,5	19,9	46,6	19,65	47,0

Um quadro um pouco abaixo da média das aposentadorias por invalidez em geral ocorridas no IPQ-SC pode ser observado nas aposentadorias por invalidez motivadas por TRANSTORNOS MENTAIS. Esse tipo de aposentadoria ocorre, em média, aos 47 anos para os trabalhadores, sendo esta média um pouco menor para as mulheres, aos 46,6 anos e aos 47,5 anos para os homens. O tempo de serviço na instituição para que aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS ocorram é em média de 19,6 anos, sendo quase que equivalentes para homens e mulheres, ou seja, de 19,4 anos para homens e de 19,9 anos para as mulheres.

As aposentadorias por invalidez motivadas por DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO ocorrem aos funcionários com uma idade média de 50,8 anos, sendo para os homens aos 53,3 anos e para as mulheres aos 48,3 anos. O tempo de serviço na instituição nesse tipo de aposentadoria por invalidez se situa em média aos 17,3 anos, sendo aos 20,7 anos de trabalho para os homens e aos 14 anos para mulheres. Vale notar que as doenças do APARELHO CIRCULATÓRIO ocorrem, nas aposentadorias por invalidez,

preponderantemente com os homens, pois para 9 casos masculinos, há apenas 3 casos femininos. Um quadro mais detalhado da distribuição entre os sexos e tipos de funções acometidas por esse tipo de aposentadoria se encontra no Anexo 2.

O levantamento das aposentadorias por invalidez motivadas por TRANSTORNOS MENTAIS realizado, se examinado à luz das diferentes funções que os funcionários desempenhavam na instituição, traz alguns contrastes, o que pode ser observado na Figura 2.

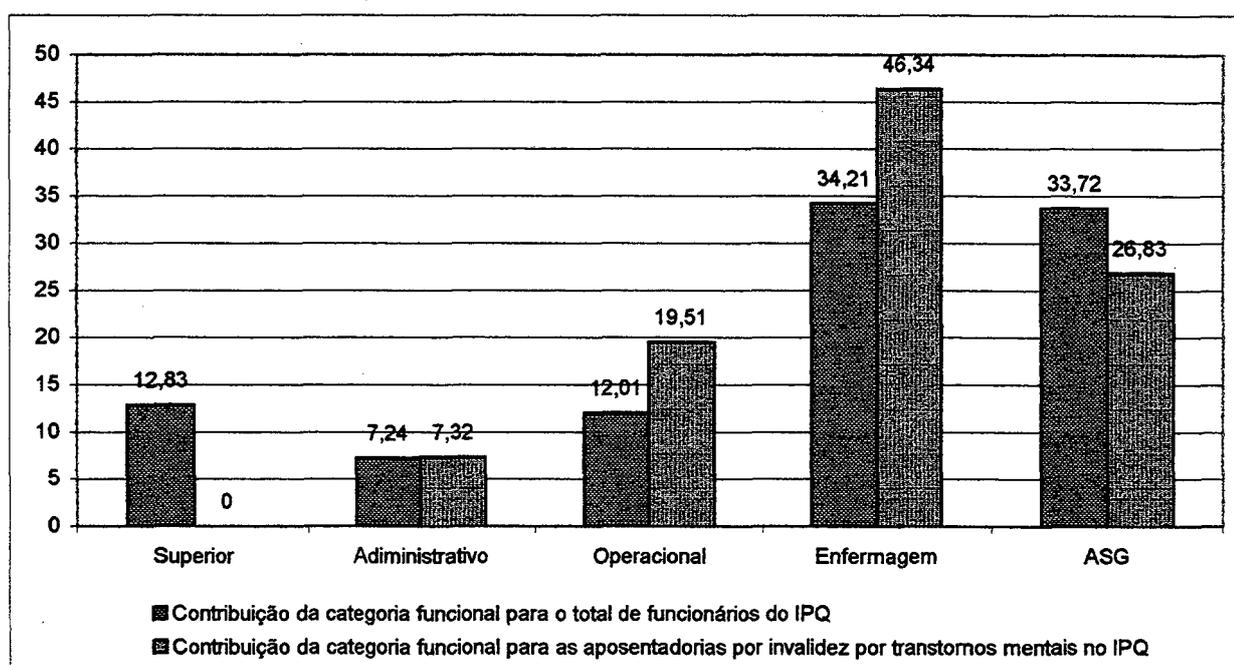


Figura 2
Aposentadorias por invalidez motivadas por Transtornos Mentais ocorridas no IPQ-SC, no período de 1990-1999, comparativo entre funções e sexo dos funcionários.

No estabelecimento de comparações entre o total de funcionários da instituição, diferentes categorias e aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS, salta à vista que funcionários de graduação superior, ainda que constituam 12,83% da população total de funcionários da instituição, não contribuem para o total desse tipo de aposentadoria.

Entretanto, como pode ser observado na Tabela 2, há casos de outros tipos de aposentadorias por invalidez ocorridas entre essa categoria de funcionários.

A categoria administrativa é a que mais equilibradamente apresenta relação entre o seu número de funcionários e a participação no total de aposentadorias por invalidez motivadas por TRANSTORNOS MENTAIS, constituindo 7,24% dos trabalhadores da instituição, contribuem para 7,32% das aposentadorias por invalidez ali ocorridas, conforme Figura 2.

A categoria Serviços Gerais apresenta um percentual de aposentadorias por invalidez motivadas por TRANSTORNOS MENTAIS menor que o percentual de funcionários que representam na instituição, ou seja, ainda que consistam em 33,72% do total de funcionários da instituição, representam apenas 26,83% das aposentadorias por invalidez.

É notável a incidência de aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS na categoria enfermagem, que representa 34,21% dos funcionários da instituição e somam 46,34% das aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS ocorridas no período estudado.

De acordo com a Tabela 2, no estudo da distribuição das aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS e dos outros tipos de aposentadorias para a categoria enfermagem, pode ser observado que apenas uma das 21 aposentadorias por invalidez dessa categoria é motivada por outras doenças que não decorrente de TRANSTORNOS MENTAIS. A categoria Serviços Gerais parece acompanhar essa condição apresentada pela enfermagem. Pode ser observado, também na Tabela 2, um predomínio de

aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS em relação às demais doenças que levaram à aposentadoria por invalidez nessa categoria.

Dados acerca do gênero e número de aposentadorias por invalidez podem ser mais bem visualizados à luz da inclusão do sexo à função. Esses dados encontram-se representados na Tabela 5. A categoria operacional engloba muitas funções, mas nesse caso foi observado, nos documentos pesquisados, que o total de mulheres que se aposentaram por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS, nessa categoria, é constituído por mulheres que desempenhavam suas atividades no serviço de nutrição, como cozinheiras.

Tabela 5

Quadro comparativo entre total de funcionários do IPO-SC, sexo dos funcionários, funções e aposentadorias por invalidez por Transtornos Mentais no período de 1990 a 1999.

Categoria	Masculino				Feminino				Total de funcionários			
	TOT.FUNC		APÓS.		TOT.FUNC		APÓS.		TOT.FUNC		APÓS.	
	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%
Superior	38	6,25	0	0	40	6,58	0	0	78	12,83	0	0
Administrativo	21	3,45	2	4,88	23	3,78	1	2,44	44	7,24	3	7,32
Operacionais	50	8,22	4	9,76	23	3,78	4	9,76	73	12,01	8	19,51
Enfermagem	97	15,95	9	21,95	95	17,27	10	24,39	208	34,21	19	46,34
ASG	100	16,45	6	14,63	111	18,26	5	12,20	205	33,72	11	26,83
Total	306	50,33	19	51,22	292	49,67	22	48,78	608	100	41	100

Pode ser notado um grande equilíbrio desse tipo de aposentadoria entre homens e mulheres, exceto na categoria operacional, em que as mulheres equivalem a 3,78% no total de funcionários do hospital, e chegam a 9,76% dos casos de aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS.

As aposentadorias por invalidez, motivadas por TRANSTORNOS MENTAIS, passam agora a ser classificadas pela CID-09, categoria V, nível 3,

conforme Tabela 6. Pode-se examinar que, entre as aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS ocorridas no IPO-SC, há um predomínio de psicoses afetivas, somando quase a metade dos casos (46%). Este motivo é seguido pelas psicoses esquizofrênicas e pelos transtornos neuróticos, ambos com 17% dos casos.

Tabela 6

Aposentadorias por invalidez motivadas por Transtornos Mentais ocorridas no IPO-SC no período de 1990-1999 - comparativo entre os diferentes tipos de Transtornos Mentais.

Tipos de Transtornos Mentais	Quantidade	%
Outros quadros psicóticos orgânicos (crônicos)	4	9,76
Psicoses esquizofrênicas	6	14,63
Psicoses afetivas	19	46,36
Estados paranóides	1	2,43
Outras psicoses não orgânicas	4	9,76
Transtornos neuróticos	6	14,63
Reação de ajustamentos	1	2,43
Total	41	100,00

Os afastamentos do trabalho

Serão apresentados agora os resultados da pesquisa acerca dos afastamentos periciados ou licenças de saúde dos servidores da instituição psiquiátrica estudada. Primeiramente será apresentado o rol de doenças que afastam os funcionários de seu trabalho. Em seguida, a partir da doença que mais afasta esses funcionários do trabalho, serão acrescentadas informações acerca dos cargos e sexo dos funcionários. Por último serão detalhados os subtipos de doenças pertencentes à que mais afasta os funcionários.

Conforme pode ser observado na Tabela 7, dentre os afastamentos periciados ocorridos no IPO-SC, no período de 1995 a 1999, podem ser notados aspectos diferentes dos apresentados no estudo das aposentadorias por

invalidez, no período 1991-1999 (Tabela 3). Enquanto nas aposentadorias por invalidez, apesar de se referirem a um maior período de tempo, o rol de doenças perfaz um total de 6 doenças motivadoras (Tabela 3), no quadro dos afastamentos periciados há um rol de 17 doenças (Tabela 7), todas elencadas na CID-09, exceto a categoria XV, intitulada ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL.

Tabela 7

Motivos dos afastamentos periciados no trabalho dos funcionários do IPO-SC, no período de 1995 à 1999, de acordo com a classificação da CID-09

Categoria CID	Descrição da CID 9	Qtd.	Média de dias de afastamento	%
I	Doenças infecciosas e parasitárias	32	23,06	1,49
III	Doenças das glândulas Endócrinas/nutrição/metabolismo/imunidade	31	55,87	1,44
V	Transtornos Mentais	1179	43,97	54,77
VII	Doenças do Aparelho Circulatório	125	44,78	5,82
VIII	Doenças do Aparelho Respiratório	66	20,24	3,08
X	Doenças do Aparelho genitourinário	40	31,93	2,05
XI	Complicações da gravidez do parto e do puerpério	26	22,08	1,21
XIII	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	190	38,40	8,85
XVII	Lesões e envenenamentos	162	32,98	7,54
CIR	Cirurgias	174	28,21	8,11
OUT	Outras categorias ²⁸	100	37,27	4,66
S/D	Sem diagnósticos	21	49,48	0,98
Total de afastamentos		2146	39,65	100

²⁸ Essa categoria engloba categorias que individualmente perfazem menos de 1% dos motivos de afastamentos. Essas categorias são: II - Neoplasmas (18 afastamentos), IV - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (9 ocorrências), VI - Doenças do sistema nervoso e dos sentidos (16 afastamentos), IX - Doenças do aparelho digestivo (17 ocorrências), XII - Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (19 afastamentos) e XVI - Sintomas e sinais de afecções mal definidas (21 afastamentos).

Na Tabela 7, TRANSTORNO MENTAL é o principal motivo de afastamento por doença entre os funcionários do IPQ-SC, representando 54,77% dos afastamentos periciados, sendo seguido pelas CIRURGIAS, DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO, e DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, com 8,85%, 8,11% e 5,82% dos afastamentos, respectivamente.

De acordo com a Tabela 7, os TRANSTORNOS MENTAIS somam um total de 1179 afastamentos nos 5 anos estudados, afastamentos que duram em média 44,0 dias cada um e que totalizam 51.876 dias parados. As DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO somam um total de 190 afastamentos para esse tipo de doença e duram em média 38,4 dias, num total de 7296 dias parados. As CIRURGIAS somam um total de 174 afastamentos com duração média de 28,2 dias e um total de 4906 dias parados. Já as DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO ocupam o quarto lugar com 125 afastamentos e com duração média de 44,8 dias, somando um total de 5600 dias parados.

Vale lembrar que nos estudos dos afastamentos do trabalho não se encontram incluídos os afastamentos motivados por licença gestação e acompanhamento de familiares doentes, que também são muito freqüentes no rol de afastamentos e ainda representam uma outra categoria na organização da Gerência de Saúde e Assistência ao Servidor da Secretaria de Estado da Saúde do Servidor ou Perícia Médica.

Os afastamentos no trabalho, motivados por TRANSTORNOS MENTAIS, examinados por categorias funcionais, trazem alguns contrastes, que podem ser observados na Figura 3.

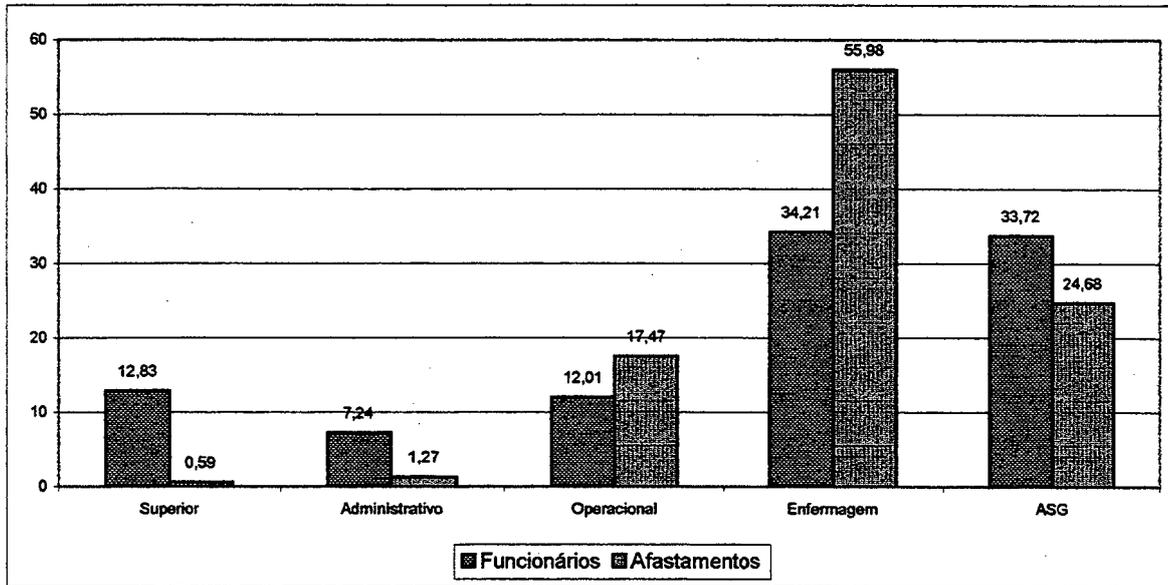


Figura 3
Afastamentos periciados, ocorridos no IPQ-SC, no período de 1995 a 1999, motivados por transtornos mentais de acordo com a CID - 09, distribuição por função e sexo.

O detalhamento dos afastamentos no trabalho motivados por TRANSTORNOS MENTAIS, de acordo com a função, chamou a atenção para a exígua presença de funcionários da categoria superior a contribuir para o quantitativo do total de afastamentos. Ainda que tais funcionários representem 12,2% do total de funcionários, apenas 0,6% dos afastamentos periciados é desta categoria. Em números inteiros ocorreram 7 afastamentos motivados por TRANSTORNOS MENTAIS na categoria superior dentre os 1179 ocorridos no período estudado.

Situação análoga pode ser observada relativa aos funcionários da categoria administrativa. Esses funcionários, ainda que constituam 7,24% do

total de funcionários da instituição, também contribuem pouco para o total de afastamentos, ou seja, apenas 1,27% dos afastamentos periciados é relativo a funcionários dessa categoria.

Por outro lado, a categoria enfermagem é a que mais se afasta do trabalho e o faz desproporcionalmente ao que representa no total de funcionários, ou seja, somam 31,8% do total de funcionários, mas totalizam 56% dos afastamentos.

Na Tabela 8, os afastamentos podem ser observados, além da proporcionalidade em função do número de funcionários e função, também de acordo com a proporcionalidade do sexo dos funcionários.

Tabela 8

Quadro comparativo entre total de funcionários do IPO-SC, sexo dos funcionários, funções e afastamentos motivados por transtornos mentais, no período de 1995 a 1999.

Categoria	Masculino				Feminino				Total Geral			
	Func.		Afast.		Func.		Afast.		Func.		Afast.	
	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%
Superior	38	6,25	3	0,25	40	6,58	4	0,34	78	12,83	7	0,59
Administrativo	21	3,45	13	1,10	23	3,78	2	0,17	44	7,24	15	1,27
Operacional	50	8,22	123	10,43	23	3,78	83	7,04	73	12,01	206	17,47
Enfermagem	97	15,95	260	22,05	105	17,27	400	33,93	208	34,21	660	55,98
ASG	100	16,46	119	10,09	111	18,26	172	14,59	205	35,72	291	24,68
Total	305	50,33	518	43,94	302	49,67	661	56,06	608	100	1179	100

Na observação do total de afastamentos de ambos os sexos, comparando com a representatividade de homens e mulheres no total de funcionários do IPQ-SC, destaca-se maior freqüência de afastamentos de mulheres (Tabela 8). A categoria enfermagem é a que mais se afasta do trabalho. Enquanto as mulheres da enfermagem representam 17,3% do total de funcionários, somam

33,9% dos afastamentos, já os homens, que são 15,5 % dos funcionários, somam 22,0% dos afastamentos. Relativo a esse dado não foi identificada grande desproporção entre o número de funcionários homens e mulheres, na instituição nos últimos 5 anos, de acordo com o quadro de profissionais da instituição (Anexo 6).

Na Tabela 9 pode ser observado como é composto o conjunto de motivadores para afastamentos relacionados a TRANSTORNOS MENTAIS, no período de 1995 a 1999. Há um predomínio dos TRANSTORNOS NEURÓTICOS como motivador de afastamento, com 52,4% dos afastamentos, sendo seguido pelas PSICOSES AFETIVAS, com 22,1%. E ainda pode ser destacado o terceiro lugar que é de afastamentos motivados por OUTRAS PSICOSES NÃO ORGÂNICAS, com 10,6% dos afastamentos.

Tabela 9

Afastamentos periciados motivados por transtornos mentais, de acordo com a CID-09 no período de 1995 a 1999 - comparativo entre os diferentes tipos de transtornos mentais.

Tipos de Transtornos Mentais	Qtde	%
Psicoses Alcoólicas	3	0,25
Outros Quadros Psicóticos Orgânicos (Crônicos)	9	0,76
Síndrome de Dependência do Alcool	17	1,44
Transtornos da Personalidade	26	2,20
Psicoses Esquizofrênicas	34	2,88
Estados Paranóides	35	2,97
Reações de Ajustamento	51	4,33
Outras Psicoses não orgânicas	125	10,60
Psicoses Afetivas	261	22,13
Transtornos Neuróticos	618	52,44
Total	1179	100,00

Uma comparação com os dados das aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS pode ser interessante neste momento. No estudo das aposentadorias por invalidez (Tabela 6), observou-se um rol de tipos de TRANSTORNOS MENTAIS que causavam a invalidez, com número de doenças próximo ao

encontrado causando os afastamentos, ou seja, enquanto 7 das doenças causavam as aposentadorias por invalidez, 10 doenças motivam os funcionários a se afastarem.

Uma outra observação pode ser feita diante do quadro de distribuição de afastamentos por diferentes tipos de TRANSTORNOS MENTAIS. As PSICOSES AFETIVAS, nos afastamentos, estão em segundo lugar, pois as doenças preponderantes são os TRANSTORNOS NEURÓTICOS. Relacionado a isso, observa-se que os motivadores de afastamento são doenças menos incapacitantes, o que é diferente nas aposentadorias por invalidez, em que as psicoses afetivas perfazem 46,4% das aposentadorias no período de 1990 a 1999 (Tabela 6).

IV. DISCUSSÃO

O estudo do sofrimento entre trabalhadores de instituições psiquiátricas, que se empreendeu no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPQ-SC, ocorreu sob um panorama de exíguas referências diretas sobre as conseqüências do trabalho em trabalhadores de instituições psiquiátricas. Portanto, torna-se necessária uma postura exploratória diante da realidade dos trabalhadores do IPQ-SC.

No contato direto com instituições caracterizadas como hospitalocêntricas, ou seja, em instituições que têm como método de tratamento a hospitalização, é comum a constatação de atitudes massificadas, burocratizadas e impessoais dos funcionários no atendimento aos pacientes. A quem se proponha uma aproximação do cotidiano desse tipo de trabalho, não faltará a impressão de que é vivenciado um sofrimento no trabalho.

A postura exploratória adotada se dá ainda diante de uma idéia firmada de haver penosidade entre esses trabalhadores e é conferido adicional de insalubridade para quem trabalha em instituições psiquiátricas. Há indícios de que sejam altos os índices de adoecimento entre esses trabalhadores, como indicam as poucas referências diretas encontradas sobre o tema: Miranda (1997), Zago (1989) e Marazina (1990).

É em função dessas realidades apontadas que se propõe, nesse estudo, contabilizar e identificar possíveis indicadores do que se pressupõe ser o resultado concreto desse sofrimento, que “surpreendentemente”, é apenas suposto: a evasão dos trabalhadores da instituição.

Com a finalidade de identificar esse sofrimento, buscou-se traçar um panorama dos desligamentos dos funcionários do IPQ-SC, em especial os desligamentos motivados por aposentadoria por invalidez. Foi realizado ainda estudo dos afastamentos periciados no trabalho ou licenças de saúde dos servidores. De posse dos dados dos desligamentos e afastamentos, da literatura direta e indireta sobre o tema, da literatura sobre saúde mental ocupacional e sobre a institucionalização da loucura, foi possível observar:

Há estratégias de enfrentamento na movimentação dos trabalhadores para fora da instituição

O estudo do panorama geral de desligamentos de servidores ocorridos no IPQ-SC permite afirmar que os trabalhadores da instituição pesquisada realizam um movimento para deixarem a instituição. Dentre as situações em que ocorrem os desligamentos dos funcionários do IPQ-SC, motivados por aposentadorias, nos 10 anos estudados, as aposentadorias por invalidez, constituem a principal situação em que os funcionários do IPQ-SC se desligam de seu trabalho (27,4%). As aposentadorias voluntárias proporcionais ocorrem em 22,7% dos casos, as aposentadorias por tempo de serviço em 12,3% e as aposentadorias compulsórias em apenas 0,75% dos casos (Tabela 1).

As aposentadorias voluntárias são afirmadas aqui como um primeiro indicador de um evidente movimento dos funcionários a buscarem se desligar do IPQ-SC. Ao requererem suas aposentadorias via benefício da voluntariedade, os funcionários se defrontam com o fato de receberem seus vencimentos apenas proporcionais, ou seja, de apenas 70% quando tal

benefício é requerido aos 25 anos de trabalho. Esse fato denota que tal tipo de desligamento não é tão somente a aquisição de um benefício que é concedido a esses servidores. Há um tipo de estratégia de enfrentamento ao sofrimento que, como foi apontado anteriormente, é apenas suposto na instituição.

Essa estratégia de enfrentamento pode ser relacionada ao que apontara Dejours (1992), ao mostrar que quando os trabalhadores não conseguem ter organizado em seus trabalhos estratégias coletivas, têm no abandono do trabalho uma saída —. Um recurso que não se dá sem perdas para os trabalhadores. Ao requererem uma aposentadoria voluntária, tais funcionários podem desenvolver trabalhos em outros estabelecimentos. Porém, diante de circunstâncias em que apontados grandes índices de desemprego e uma exclusão de pessoas de meia idade do campo de trabalho, essa voluntariedade em requerer aposentadoria, após 25 anos de trabalho, pode representar grande perda na vida profissional e econômica dos trabalhadores.

Ainda que não tenham sido possíveis dados acerca de aposentadorias voluntárias de outras instituições, a estratégia de enfrentamento ou movimento dos trabalhadores em deixar a instituição pode ser observada primeiramente quando, ao longo dos 10 anos pesquisados, é comparada a variação dos números das aposentadorias voluntárias com a estabilidade das aposentadorias por tempo de serviço. Em segundo lugar, essa movimentação dos funcionários em deixar o IPQ-SC se dá quando, em anos precedentes à expiração da lei que concedia o benefício de se aposentar proporcionalmente, o número de desligamentos por meio dessa condição aumentou significativamente. Chama a atenção ainda o aumento do número desse tipo de

desligamento exatamente quando da cessação da cessão de funcionários para outras instituições, o que leva a inferir também que os funcionários do IPQ-SC apresentam movimentações de resistência às políticas que são adotadas e que os mantêm dentro da instituição.

A cessão de funcionários, exonerações, fim de contrato e óbitos, além das aposentadorias são as outras situações em que os funcionários podem se desligar do IPQ-SC. A cessão dos funcionários é o maior dentre esses motivadores de desligamentos, correspondente a 21,3% dos casos. Pode ser observado que, em determinado momento, a demanda de cessão passa a não mais ser atendida, em virtude de uma política específica por parte da instituição que passa a não mais ceder seus funcionários. Quando dessa cessão, não somente as aposentadorias proporcionais aumentam (o que não é muito elucidativo em função da expiração do prazo da lei que concedia esse tipo de benefício), como as aposentadorias por invalidez têm seu número ampliado.

A cessão de funcionários acaba sendo um tipo de *turn-over* nessa instituição, quando comparada ao número de exonerações. Há um ínfimo número de saídas por exoneração de funcionários concursados (que é o tipo de contratação da maioria dos funcionários). O número de desligamentos por término de contrato quando comparado ao de desligamentos por exoneração é um número grande, uma vez que há um pequeno número de funcionários contratados por meio da CLT (que é um tipo de contrato fortuito na instituição).

A organização do trabalho determina a permanência

A política da instituição e a condição de servidores públicos desses funcionários são compreendidas como uma importante variável a ser relacionada ao sofrimento que nos propomos a investigar. A instituição, onde se pressupõe um sofrimento, tem na organização de trabalho que a mantém igual organização de mecanismos que garantem sua manutenção. Esses mecanismos podem ser observados e relacionados à manutenção da própria instituição, ou seja, com uma organização que inviabiliza a si mesma tecer questionamentos aos problemas que levanta. A falta de uma avaliação da concessão de atestados médicos e a conivência da instituição com essa realidade podem ser exemplos de tais mecanismos. Na instituição, não há precedente de sistematização de índices de adoecimento entre seus servidores, ainda que esse índice seja reconhecido empiricamente por muitos integrantes da instituição como elevados.

Esses mecanismos relativos à instituição podem ser observados também na inexistência de uma política de saúde para esses servidores para além da concessão de atestados médicos ou, ainda, na falta de uma política de movimentação de pessoal que considere esse problema. Exemplo disso é a cessação da cessão de funcionários, que ocorreu de acordo com as políticas do Ministério da Saúde e não por meio de redirecionamentos por parte da instituição, fundamentada em algum tipo de avaliação (Tabela 1). Outro exemplo é o desequilíbrio da concessão de funcionários de acordo com o cargo ocupado pelos trabalhadores (Tabela 2). Tais situações demonstram que

inexiste uma política com critérios claramente estabelecidos para seus servidores.

A condição de servidores públicos pode ser acrescida como um aspecto da organização do trabalho que mantém a permanência dos trabalhadores na instituição. Ora, se diante das dificuldades que são encontradas nos setores de trabalho, no qual há precarização nas condições de trabalho ou mesmo o desemprego, aos trabalhadores de instituições psiquiátricas pode ser inferido um cerceamento dentro da instituição. Este cerceamento se dá, seja por meio da certeza de um trabalho estável (porque são concursados), por perceberem salários acima do salário-mínimo vigente nacionalmente e também por terem acréscimos salariais pela insalubridade (que no caso de servidores públicos do Estado de Santa Catarina são mais altos do que a legislação exige). Tudo isso pode levar esses trabalhadores ao conflito de se manterem nesse trabalho, de onde também querem sair, não conseguindo nele quaisquer outras mobilizações em fazer frente ao sofrimento.

Esta realidade nos remete a Dejours (1992), que descreve as condições em que vive a maioria dos trabalhadores. Ademais de desenvolver estratégias defensivas relativas ao trabalho (quando o tem), uma vez que vivem sob a exclusão do mundo do capital, esses mesmos trabalhadores desenvolverão uma reticência ou um silêncio maciço em falar de sofrimento e doença.

Ainda que tais trabalhadores estejam sob uma organização de trabalho onde é conferida a eles alguma estabilidade e até mesmo ganhos salariais que se distanciem da precarização atribuída por Dejours, aos trabalhadores do IPQ-SC parece ser possível somente reivindicações para melhorias em suas vidas

no trabalho, balizadas pela da argumentação preponderante, qual seja, a argumentação relacionada ao plano financeiro.

A organização sindical dos trabalhadores em saúde é explicativa nesse sentido. Os trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina -SES têm tido suas pautas nas últimas greves centrada em reivindicações salariais²⁹ e não relacionadas às doenças e ao sofrimento que enfrentam em seu trabalho. Essa situação é equivalente ao que indica Fonseca (2000), que as mobilizações de trabalhadores em geral, no país, muito dificilmente são relativas às suas próprias condições de trabalho.

À intensificação de uma situação salarial irrisória para os trabalhadores pode ser atribuída uma correspondência direta com o que se chama aqui de mecanismos de regulação da instituição. E ainda assim, diante desse tipo de reivindicação, vale dizer, têm-se obtido poucas conquistas, haja vista a desorganização da categoria.

As aposentadorias por invalidez e os afastamentos periciados, que estão sendo compreendidos como indicadores de adoecimento e sofrimento entre os trabalhadores, constituem-se também recursos últimos de saída dos trabalhadores que não causam alardes na instituição de onde egressam, tampouco conseguem das entidades da categoria mobilizações em torno desta realidade.

²⁹ Documentos do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Públicos e Privados de Saúde de Santa Catarina foram consultados. As pautas de reivindicações das últimas greves foram parcamente atendidas. Nesses documentos, não há registro de itens que considerem o sofrimento relacionado ao trabalho que desempenham. Há nas considerações gerais apenas localizações acerca do descaso por parte do Estado nos setores da saúde, contudo sem relacioná-los ao sofrimento vivenciado pelos servidores.

Adoecer é uma estratégia final de enfrentamento

Vem ao encontro da nossa proposta de elucidar possíveis indicadores do que se pressupõe ser o resultado concreto do sofrimento entre trabalhadores do IPQ-SC o desligamento dos trabalhadores da instituição via adoecimento, por meio dos afastamentos periciados e consolidados pela aposentadoria por invalidez.

Constata-se no IPQ-SC um quadro de aposentadorias muito diferente do panorama nacional, de acordo com o Anuário Estatístico do Ministério da Previdência e Assistência Social (1999), onde as aposentadorias por invalidez ocupam uma terceira colocação, com 19%, no rol de situações em que um trabalhador pode se aposentar. É precedida pelas aposentadorias por idade e por tempo de serviço, com índices de 45,2% e 37,7%, respectivamente. No IPQ-SC, as aposentadorias por invalidez se encontram em número notavelmente superior, ocupando o primeiro lugar, com 44,1% dos casos, sendo seguidas pelas aposentadorias voluntárias proporcionais, com 36,3% e pelas aposentadorias por tempo de serviço, com 12,3% (Figura 1).

A comparação entre o número de funcionários das instituições de saúde da Grande Florianópolis, mantidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, e o número de aposentadorias por invalidez ocorrido nestas instituições também indica contrastes da mesma ordem, sendo possível observar, no Anexo 4, que o IPQ-SC é a instituição que mais aposentou por invalidez em relação a todas a essas instituições.

As aposentadorias por invalidez se referem a desligamentos em função de uma doença incapacitante. Isso permite relacionar a realidade encontrada no

IPQ-SC à discussão acerca do adoecimento no trabalho. Dejours (1992) apontava como os trabalhadores das fábricas denunciavam sua insatisfação com o trabalho, via adoecimento. Para o autor, um primeiro reflexo dessa realidade, que chamou de sofrimento invisível, podia ser observado nas quebras da produção, na quebra de peças, ou quiçá, na quebra de máquinas e instrumental de trabalho.

Zago (1988), ao estudar a condição de trabalhadores em hospitais psiquiátricos, além de apontar a contradição entre a filosofia de tratar e a prática de excluir, presente nos hospitais psiquiátricos, lembrava também que o instrumental de trabalho dos trabalhadores para cumprirem sua função é o próprio trabalhador e suas relações interpessoais. Pode-se fazer uma analogia entre Zago e Dejours, em que a instituição psiquiátrica, com a grande quantidade de aposentadorias por invalidez, corresponde às avarias de peças e máquinas nas fábricas, entre a indústria da loucura, em Zago, e o sofrimento invisível, referido por Dejours.

O resultado desse adoecimento constata que essa instituição produz situações cotidianas que levam seus funcionários a serem excluídos da função em que trabalham, com uma média de idade de 48,9 anos, nas aposentadorias por invalidez (Tabela 4). Essa média de idade, quando comparada com os índices nacionais de aposentadorias por invalidez concedidas a trabalhadores urbanos e rurais, nos últimos três anos da década de 90, mostra-se diversa. De acordo com o Anuário Estatístico do MPAS (1999), esse tipo de aposentadoria ocorreu com trabalhadores brasileiros, no período de 1997-1999, em média aos 56,5 anos. Especificamente no caso das aposentadorias por TRANSTORNOS

MENTAIS, no IPQ-SC, as aposentadorias acontecem ainda um pouco antes, em média aos 47 anos.

Dados semelhantes aos da instituição estudada puderam ser encontrados no estudo de Schelb (1994), que examinou aposentadorias por invalidez ocorridas na Fundação Hospitalar de Brasília, no período de 1991 a 1994. Em seu estudo, Schelb encontrou os trabalhadores aposentando-se por invalidez, em torno dos 50 anos de idade, em média. Ainda que possam ser atribuídas diferenças entre as instituições pesquisadas, toda uma rede hospitalar, no caso de Schelb, e um hospital psiquiátrico, no presente estudo, podemos nos defrontar com a realidade de duas instituições de saúde estarem produzindo incapacidade para o trabalho em seus funcionários.

Há um modo específico de adoecimento no mundo moderno que é corroborado no IPQ-SC

Os dados das aposentadorias por invalidez relacionados aos dados dos afastamentos periciados no trabalho, quando mais bem destrinchados, podem aproximar-se mais do objetivo proposto, qual seja, o de CARACTERIZAR O SOFRIMENTO DE TRABALHADORES DE INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS.

Corgozinho (2000), ao fazer uma análise dos dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, indica que o sofrimento mental vem crescendo nos últimos anos. As chamadas “doenças não comunicadas”, que são as doenças não contagiosas e, portanto, sem controle epidemiológico, tais como as depressões e doenças do coração, devem aumentar nos próximos 20 anos (Corgozinho, 2000).

Os dados indicados por Corgozinho colocam desafios à pesquisa nesse âmbito. A pesquisa aí relacionada nem sempre tem conseguido sustentações de comparações com os seus dados.³⁰ Entretanto, diante disso, o que dizer dos dados acerca das aposentadorias por invalidez na instituição psiquiátrica em estudo?

Há no IPQ-SC um modo de adoecimento por parte de seus trabalhadores semelhante aos indicadores da OMS. TRANSTORNOS MENTAIS e DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO são doenças elencadas como líderes e com tendência a aumento nos próximos anos pela OMS, exatamente as doenças encontradas na instituição pesquisada, como as principais causadoras de aposentadorias por invalidez. Dentre as aposentadorias por invalidez concedidas, 70% são motivadas por TRANSTORNOS MENTAIS e 21% são motivadas por DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO. As outras 4 doenças motivadoras de aposentadorias por invalidez, no IPQ-SC, atingem, cada uma, menos de 4% das motivações de aposentadorias por invalidez.

O estudo que foi procedido acerca dos afastamentos periciados no trabalho, de certo modo confirma a afirmação anterior, de que há no IPQ-SC um predomínio de doenças semelhantes aos indicados pela OMS. Ainda que os adoecimentos que afastaram as pessoas do trabalho tenham tido seu rol abrangido por todas as grandes categorias de doenças existentes no CID – 09 (ver Tabela 7), os TRANSTORNOS MENTAIS configuraram 54,77% dos

³⁰ O desafio relacionado à pesquisa, neste caso, relaciona-se ao fato de que foram solicitados ao Ministério da Saúde dados acerca dos adoecimentos da população brasileira. Entretanto, em contato realizado com o Ministério da Saúde, especificamente na FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), fomos informados, de acordo com o que já havíamos constatado no site desse órgão governamental (www.saude.gov.br), que dados acerca da saúde da população disponíveis se restringem-se aos dados das internações hospitalares e dados das doenças de controle epidemiológico (com notificação compulsória como a Dengue, Sarampo, Hepatite etc.).

afastamentos periciados. Já as CIRURGIAS, as DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO e as DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO configuraram 8,85%, 8,11% e 5,82%, respectivamente. Considerando que a média de dias afastados por DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO é maior do que a da doença que a precede, é possível afirmar que o estudo dos afastamentos corrobora com os dados da OMS.

No IPQ-SC há um modo específico de adoecimento

A observação do rol de doenças motivadoras de aposentadorias por invalidez é um primeiro indicador de que, na instituição estudada, há um modo de adoecimento de seus trabalhadores semelhante aos indicadores internacionais. Entretanto, os indicadores de aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS e igualmente os indicadores de afastamentos pelo mesmo motivo ampliam a idéia de que as doenças que aposentam e afastam os trabalhadores do IPQ se encontram apenas alinhados a uma tendência mundial dos adoecimentos apontados pela OMS.

Porém, foi identificado que o IPQ-SC apresenta um quantitativo de aposentadorias por invalidez em proporções muito superiores aos índices nacionais e predominantemente motivadas por TRANSTORNOS MENTAIS. Diante dessas constatações, é notável o fato de que a instituição psiquiátrica estudada encontra-se a produzir doença mental entre seus trabalhadores. Exatamente do tipo de doença que a instituição quer cuidar, é a doença de que mais padecem seus trabalhadores.

Índices do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) acerca do panorama nacional de aposentadorias por invalidez seriam de grande valor para terem-se estabelecido comparações com os dados levantados na instituição psiquiátrica. No entanto, esse órgão governamental não tem seus dados organizados de modo que se possam elucidar as diferentes naturezas das aposentadorias por invalidez ocorridas no país. Nos índices dessa organização governamental, as aposentadorias por invalidez são classificadas enquanto doenças profissionais e acidentes de trabalho como única categoria, sem distinções acerca das diferentes motivações dessas mesmas aposentadorias por invalidez. Sendo assim, não foi possível estudar as aposentadorias por invalidez ocorridas no IPQ-SC, com amparo de dados dessa abrangência. É possível indicar, de acordo com dados do MPAS que as aposentadorias por invalidez não se encontram dentre as doenças profissionais detectadas com destaque, mas se encontram elencadas em uma categoria denominadas "outras".

Há, no entanto, o resultado de um estudo do MPAS/CEPAD (1996) ao qual foi possível recorrer, a fim de se estabelecer alguma comparação, em que foram levantados os índices de aposentadorias por invalidez nas cidades de São Paulo, Curitiba, Manaus e Natal. Nessas cidades, os TRANSTORNOS MENTAIS são responsáveis por 14%, 28,2%, 18,4% e 49,7%, respectivamente.

Como já foram apontados, os índices de aposentadorias por invalidez, no IPQ-SC, ocorrem em proporções muito superiores aos índices contabilizados nacionalmente. Da mesma forma, diante dos resultados do estudo do MPAS/CEPAD, é possível indicar que os índices de aposentadorias por

invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS são encontrados também em proporções muito maiores que os apresentados por este estudo governamental.

Uma outra comparação, que pode ser efetuada com a finalidade de ressaltar o modo específico de adoecimento por TRANSTORNOS MENTAIS, no IPQ-SC, é o fato de que inexistente outra instituição de saúde da SES-SC, na grande Florianópolis, que apresente um número semelhante de aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS. De acordo com o Anexo 4, ainda que as aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS seja o principal motivador de aposentadorias em algumas instituições de saúde, no IPQ-SC, esse quadro é distinto pelo número muito superior de aposentadorias apresentadas.

À constatação de que o principal motivo das aposentadorias por invalidez e afastamentos dos trabalhadores do IPQ-SC é justamente a doença que quer tratar em seus pacientes, pode ser acrescentada aqui a idéia de que essa instituição carrega uma contradição em seu funcionamento. Essa contradição se refere não somente à sua filosofia de tratamento, mas por ter em seu cerne um projeto de exclusão como foi posto por Foucault (1992), Goffmann (1969) e Albuquerque (1982).

Esta exclusão, apontada pelos autores, é exercida pela instituição junto a seus pacientes e é extensiva a seus funcionários. Os funcionários do IPQ-SC precocemente são excluídos definitivamente de seus trabalhos, exatamente por TRANSTORNOS MENTAIS via aposentadoria por invalidez ou, em pequenas parcelas, pela via dos afastamentos periciados ou licenças médicas. Relembre-se aqui que aposentadoria por invalidez por TRANSTORNO MENTAL é o tipo de

aposentadoria que mais cedo retira os trabalhadores de seus postos de trabalho.

Existem variados tipos de exclusão

Os dados do adoecimento proeminente por TRANSTORNOS MENTAIS, quando relacionados às categorias profissionais e outros dados demográficos, trazem ainda maior visibilidade às características do sofrimento que nos propusemos a investigar.

Conforme indicado na Figura 2, os funcionários da categoria administrativa são os que apresentam maior correspondência entre o quantitativo total de funcionários do hospital e os índices de aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS, ou seja, 7,24% e 7,32%, respectivamente. Relacionando-se aos afastamentos periciados, esses funcionários apresentam um número bastante reduzido de afastamentos perante o que representam proporcionalmente no total de funcionários do hospital psiquiátrico, ou seja, 1,27%.

Esses dados permitem indicar que é conferido um distanciamento ao funcionário que tem como tarefa serviços administrativos, ou seja, que não compartilha mais proximamente da tarefa que propõe o hospital. Relacionado a isso, vale lembrar que ainda que seja concedida insalubridade menor aos funcionários dessa categoria, essa diferença fica apenas 25% menor em relação ao que é conferido aos funcionários que têm contato direto com o paciente. Parece haver na instituição uma idéia de que uma vez permanecendo-se

durante muito tempo “administrando” esse tipo de instituição, os malefícios podem ser os mesmos a quaisquer de seus funcionários.

Se a categoria administrativa apresenta equilíbrio entre o número que representa no total de funcionários do IPQ-SC e o número de aposentadorias por invalidez, o mesmo não pode ser atribuído aos funcionários da categoria superior. Na Figura 3 pode ser observada a ausência dos funcionários de nível superior dentre os aposentados por invalidez que constituem atualmente 12,2% do corpo de funcionários do hospital. Pode ser notada também uma insignificante contribuição dessa categoria profissional para o índice de afastamentos periciados, que é de 0,6%.

O quadro de funcionários da instituição indica 71 funcionários de nível superior lotados no IPQ-SC. Porém, há casos em que a dedicação de alguns desses profissionais ocorre total ou parcialmente em outras instituições, mesmo que não sejam de fato cedidos. Essa facilidade é corroborada pelo número de cessões, que como pode ser observado, até o ano de 1995, formalmente ocorreram em maior número na categoria superior, ou seja, 22 profissionais de nível superior foram cedidos num período de 5 anos (Tabela 2).

Essa realidade aponta uma condição especial para essa categoria profissional que apresenta o menor índice de aposentadorias por invalidez e afastamentos periciados e, portanto, atenuações no sofrimento no trabalho. Ainda, a notável rotatividade de funcionários fez com que, em 1995, fossem contratados muitos funcionários dessa categoria. Esses dados remetem à idéia de que esses funcionários, tendo renovado seu contingente, adoeceram menos e por isso não contribuíram para o número de adoecimentos. Entretanto, vale

lembrar, esses funcionários sempre se fizeram presentes no hospital, exemplo disso é o fato de haver nessa categoria um alto índice de aposentadorias proporcionais e até de aposentadorias por invalidez, contudo, causadas por outras doenças (Tabela 2 e Anexo 2).

A categoria enfermagem pode ser introduzida aqui como um contraste perante as considerações já feitas à categoria administrativa e superior. Enquanto a categoria enfermagem representa 31,8% do total de funcionários do hospital, o quantitativo de aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS dessa categoria é de 46,3% e o percentual de afastamentos é ainda maior, da ordem de 56%.

Como fora colocado anteriormente, ainda que não tenham sido identificados muitos estudos que versem sobre sofrimento, condições de trabalho ou cargas de trabalho entre trabalhadores de saúde mental, são inúmeros os estudos que versam sobre o trabalho e especificamente sobre o trabalho da enfermagem em hospitais gerais. É nesses estudos que podemos nos referenciar, a fim de compreender os altos índices de afastamentos identificados entre os trabalhadores da enfermagem da instituição estudada.

Silva (1998), tendo estudado o sofrimento de trabalhadores da enfermagem de um hospital geral, apontou as semelhanças entre o trabalho hospitalar e o sistema taylorista de produção. Nas conclusões da autora, os trabalhadores de enfermagem de um hospital geral relataram haver pouca perspectiva profissional em seu trabalho. Isso pode ser corroborado com o estudo de Pitta (1989), que tendo feito um estudo por área hospitalar, aponta menor índice de sofrimento entre os funcionários de áreas administrativas e

maior índice para funcionários da enfermagem. Em seus estudos, Pitta, ao descrever a rotina do hospital, mostra que a enfermagem é a categoria com a função de realizar as atividades estruturais que são atribuídas a um hospital.

A divisão do trabalho, apontada por Pitta pode ser visualizada no IPQ-SC. Os funcionários da categoria enfermagem mantêm contato constante com o paciente, o que torna atribuição da enfermagem o que é de responsabilidade da instituição. Nesse sentido, no IPQ-SC, à enfermagem é destinado o maior número de horas-plantão (horas-extras), sob a justificativa de que exercem função primordial na instituição.

Essa situação faz emergir aqui uma incoerência acerca do lugar de trabalho da equipe de enfermagem e da priorização dessa categoria como responsável pela atividade primordial no hospital. Ora, o objetivo da instituição não é o de tratar seus pacientes? Seria essa a categoria que exclusivamente precisaria estar tão próxima dos pacientes?

Teixeira (1993), ao analisar as relações de poder existentes exatamente no IPQ-SC, atribuiu à enfermagem o papel de desempenhar as tarefas designadas pela medicina e, portanto, haver uma certa tensão entre as duas equipes. De acordo com o autor “o médico manda, mas não sabe e a enfermagem sabe, mas não manda” (Teixeira, 1993:66). Dito de outro modo, os trabalhadores da enfermagem, especificamente no IPQ-SC, ao terem suas atividades designadas pela medicina, não têm o reconhecimento do conhecimento que apreendem em seus trabalhos.

Diante disso, pode-se introduzir aqui mais uma vez o papel que vem sendo desempenhado pela instituição psiquiátrica de cercear seus pacientes.

Relaciona-se a isso que à enfermagem, mais intensivamente, vem sendo atribuído esse papel. Nesse mesmo sentido, Goffmann (1969) refere ser a enfermagem uma parte da equipe dirigente, que é convocada para tratar, mas na prática é chamada a vigiar, ou seja, tais funcionários são chamados para uma atividade e desempenham uma outra.³¹

Uma outra dificuldade que pode ser atribuída à enfermagem se refere à qualificação. Marazina (1990) apontou que a formação da enfermagem é calcada em uma formação técnica (preparar instrumentos cirúrgicos, fazer curativos, preparar medicação, fazer higiene de pacientes em leitos etc.). Trata-se de um tipo de formação que ‘instrumentaliza’ pouco os trabalhadores para compreender as nuances do trabalho nesse tipo de instituição.

Aqui vale fazer uma distinção acerca da exigência que se acredita estar sendo feita a esses trabalhadores, sobretudo aos da enfermagem. No caso dessa categoria de funcionários, uma vez que estamos falando de uma instituição psiquiátrica, o sofrimento é predominantemente oriundo do contato com o objeto de trabalho, cuidar de pacientes, e se ressalta aqui, cuidar de pacientes psicóticos, como apontava Zimmermann (1971)? Ou esse mesmo sofrimento se encontra relacionado a outras situações às quais se encontram submetidos tais trabalhadores?

O estudo dos índices de aposentadorias por invalidez ocorridas no IPQ-SC torna possível compreender que há para a enfermagem muitos motivos de

³¹ Encontra-se no anexo 7 um estudo, realizado pela autora, sobre as atividades que são realizadas pelos funcionários da enfermagem do IPQ-SC. Nesse estudo, com base nos estudos de Goffmann, foram caracterizadas situações de trabalho da equipe de enfermagem como: o espaço físico de trabalho, o atendimento do paciente no momento em que chega na enfermagem, a mediação do contato com o paciente com o mundo externo, a terapêutica oferecida aos pacientes, o atendimento às intercorrências e as atividades de relaxamento da ordem (festas). Tal estudo teve como objetivo demonstrar que a organização das atividades da enfermagem é pautada na idéia de cerceamento do paciente. A realização desse estudo teve como base a observação de uma brochura organizada pelo IPQ-SC, denominada “Manual de rotinas da enfermagem”.

sofrimento em seu trabalho. Como pode ser visto, a essa categoria pode ser atribuído um sofrimento aliado: 1) à concentração de atividades por meio da divisão do trabalho; 2) à condição de não reconhecimento do conhecimento que se depreende de sua prática; 3) à tarefa de vigilância dos pacientes, quando são chamados para um trabalho de equipe de saúde; 4) ao desenvolvimento do trabalho sem uma qualificação para tal.

Esses apontamentos podem contradizer a idéia, muito presente em estudos acerca do trabalho em hospital, de ser o objeto do trabalho, o paciente doente, fonte de sofrimento. Diante disso, no hospital psiquiátrico, o paciente psicótico, por certo, perde seu destaque como motivador de sofrimento dos trabalhadores.

À intensidade de sofrimento relativa ao trabalho da enfermagem podem ser relacionados os dados do estudo dos afastamentos e aposentadorias dos funcionários da categoria Serviços Gerais, que ainda que sejam denominadas suas funções como de zeladoria na organização do trabalho, muitas vezes desempenham funções próximas da enfermagem. Os índices de aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS da categoria Serviços Gerais são menores do que os da enfermagem, com 33,72% no quantitativo de funcionários da instituição, contribuem para 26,83% das aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS e 24,68% dos afastamentos periciados.

Essa mesma categoria profissional que para a assunção ao cargo é exigida apenas escolaridade fundamental, não corresponde em maior grau com o que se tem identificado aqui como jeito especial de adoecer. Entretanto, a categoria Serviços Gerais é observada como a que menos se desliga da

instituição. Poucos se aposentaram proporcionalmente e por tempo de serviço e raramente foram cedidos. Em outras palavras, a categoria Serviços Gerais notavelmente não tem condições tão favoráveis como as da categoria superior (Tabela 2). As características dos desligamentos dessa categoria, portanto, permitem questionar, por quais motivos, índices mais elevados do “modo específico de adoecer” não são relacionados a essa categoria.

Pode-se inferir que essa categoria profissional, de um modo geral, ao contrário da enfermagem, não tem sua expectativa pessoal/profissional depositada no hospital. Exemplo disso é o fato desses funcionários algumas vezes estarem cursando escolas profissionalizantes ou outros cursos (cabeleireiro, informática e até mesmo cursos de enfermagem de nível médio e superior). Em outras palavras, para muitos, a tarefa que desempenham não se trata de seus projetos profissionais consolidados. Ainda que permaneçam trabalhando na instituição, não lhes é direcionada a mesma função atribuída à enfermagem.³² Esta categoria apresenta 5 dos 7 óbitos nesse período (Tabela 2), números existentes apenas nessa categoria profissional, com pouca qualificação e que percebe os menores salários da instituição.

Ao mostrar, discutir e aprofundar o argumento psiquiátrico como motivação principal das aposentadorias por invalidez, é possível ressaltar achados de pesquisa relacionados a gênero e trabalho em saúde.

Uma primeira consideração pode ser feita justamente relacionada à discussão anterior, acerca da expectativa profissional e sofrimento de

³² Há no IPQ-SC ASGs que concluíram cursos de auxiliar de enfermagem. Esses ASGs ainda que não tenham sido concursados ou contratados para a função de auxiliares de enfermagem desenvolvem essas funções em enfermarias. Essa situação, que se refere a uma política pouco clara de pessoal, pode, dentro do que se está demonstrando aqui aumentar o número de afastamentos periciados concedidos a essa categoria.

trabalhadores da enfermagem e Serviços Gerais. De acordo com a tabela 5, enquanto para os primeiros são equilibrados os índices de aposentadorias para os homens e mulheres, aos segundos, às mulheres são conferidos menores números de aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS. Assim, pode ser observado que o fato de terem passado homens e mulheres de enfermagem por um processo de profissionalização pode conferir, aos dois sexos, níveis semelhantes de frustração diante da inércia atribuída a essa categoria.

Por outro lado, a categoria Serviços Gerais, como já fora anunciado, tem como exigência para a assunção do cargo apenas escolaridade fundamental e desempenha, em sua grande maioria, atividades de manutenção e limpeza. Aos homens dessa categoria, uma vez que são reservadas tarefas que despendem maiores esforços físicos, pode-se inferir que sofram maiores exigências no desempenho e, portanto, detenham maiores índices de sofrimento. Quanto às mulheres, o fato de terem uma função profissional semelhante à que desempenham na vida doméstica pode-se relacionar menor sofrimento.

Especificamente no estudo que foi procedido aos afastamentos periciados (Tabela 9), as mulheres da categoria enfermagem apresentam proporções maiores de afastamentos. Diante do contraste apontado pode ser indicado um maior número de afastamentos atribuído às mulheres, pois, como pode ser observado no quadro comparativo de servidores – distribuição por sexo (Anexo 6), há um equilíbrio entre os sexos justamente nos anos em que foi feito o levantamento dos afastamentos.

A categoria operacional é agora acrescentada ao debate. Essa categoria, frente ao número proporcional de funcionários na instituição, apresenta apenas uma ligeira desproporção entre o quantitativo de aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS e quantitativo de afastamentos periciados pelo mesmo motivo. Essa categoria tem destaque nos índices de aposentadorias por TRANSTORNOS MENTAIS e a ela pode ser atribuído o mesmo “distanciamento” da tarefa do hospital atribuído à categoria administrativa. Essa categoria também teve maiores índices de aposentadorias por invalidez por outros motivos. Destacam-se entre esses as DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO.

A racionalidade da instituição delimita o modo pelo qual os trabalhadores comunicam seu sofrimento.

O número de aposentadorias por invalidez e de afastamentos motivados por TRANSTORNOS MENTAIS que, conforme foi visto, acontece de modo diferenciado entre as categorias profissionais, traz à tona uma complexidade aos modelos de compreensão do sofrimento e adoecimento no trabalho.

Dados encontrados nos documentos pesquisados indicam que quatro das aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS da categoria operacional se constituíam exatamente por quatro mulheres que desempenharam atividades como cozinheiras no serviço de nutrição. Voltar-se mais especificamente para o que os documentos mostram traz questões sobre qual relação podem estabelecer essas funcionárias, cozinheiras, com o hospital como um todo, ao adoecerem justamente por TRANSTORNOS MENTAIS.

Os adoecimentos de funcionárias que desempenhavam suas atividades como cozinheiras do IPQ-SC indicam que os funcionários encontram um veículo para legitimar seu sofrimento. Tais funcionários, ao sofrerem e não terem seu sofrimento reconhecido pela organização de trabalho, utilizam o mesmo discurso e lógica do hospital como veículo de legitimação de seu sofrimento. A familiaridade com a doença, que está no cotidiano, facilita o argumento aos trabalhadores, para que, por meio do próprio adoecimento mental, tenham reconhecido seu sofrimento.

Essa indicação que os funcionários encontram na instituição para legitimarem seu sofrimento, é, de certa forma, considerada por Laurell & Noriega (1989) em seus estudos acerca das cargas no trabalho. De acordo com os autores:

“Decompor e agrupar as cargas nos diferentes tipos não é, como já se havia assinalado, senão um primeiro passo analítico, dado que não adquirem pleno significado senão no interior da dinâmica global do processo de trabalho, ou seja, o segundo passo no processo de investigação necessariamente consiste na reconstrução das cargas de trabalho através da análise da interação entre elas no marco da lógica global do processo de trabalho - com o processo técnico e cenário de luta determinado pelo processo de valorização”. (Laurell & Noriega 1989:113)

As diferentes cargas de trabalho que podem ser atribuídas a trabalhadoras que desempenham a função de cozinheira em diferentes contextos de trabalho, podem ter destinos também diferentes. Nesse sentido, vale lembrar que o serviço de nutrição do IPQ-SC tem a tarefa de preparar quatro refeições diárias para cerca de 650 pacientes e 400 funcionários. Na década de 70, o hospital chegou a ter cerca de 2500 pacientes. A realidade a

que estiveram submetidas tais trabalhadoras atribui a elas um montante de cargas em seu trabalho. Contudo, o contexto no qual o trabalho é desenvolvido, qual seja, um hospital psiquiátrico, parece ser determinante no resultado do adoecimento.

A partir das afirmações de Laurell e Noriega, no caso das cozinheiras, uma vez que empreendêssemos um estudo das cargas de trabalho e esse mesmo estudo não vislumbrasse a sobredeterminação dessas cargas ou, ainda, que não se propusesse ao desafio de considerar a complexidade resultante do contexto social onde o trabalho se encontra, este estudo poderia apresentar uma visão fragmentada do sofrimento em questão.

O estudo exploratório aqui empreendido firma a importância de que estudos acerca do trabalho considerem o contexto em que se encontre esse trabalhador como fonte de explicação do sofrimento, haja vista, por exemplo, as diferenças levantadas anteriormente nos estudos de Schelb (1994), que em uma rede hospitalar de Brasília (DF) constatou que os tipos de adoecimento ou aposentadorias por invalidez, naquela instituição, apresentam um quadro diferente da instituição psiquiátrica que estudamos.

A preocupação com as esferas envolvidas na produção de cargas no trabalho é corroborada por Fonseca (2000), ao apontar que os estudos os quais não consideram tal dimensão “contribuem muito mais para aumentar a produtividade que para apontar caminhos que levem a um trabalho saudável” (Fonseca, 2000:13). Também por Corgozinho (2000), que refere uma preocupação prioritária destas organizações de trabalho em atender o mercado neoliberal onde a livre concorrência e a diminuição de custos e eficiência

preponderam sobre o sofrimento humano, ao invés da preocupação ser com o bem-estar das pessoas e com os elementos de natureza moral e ética.

Os apontamentos de Laurell e Noriega (1989), Fonseca (2000) e Corgozinho (2000) trazem, a um só tempo, para o campo da ética as decisões preliminares acerca dos estudos do trabalho. Relaciona-se à preocupação dos autores a idéia de que esses mesmos estudos, uma vez pautados em metodologias alienadas por parte de seus profissionais, sejam contribuintes à igual alienação aos trabalhadores ou ainda para a organização da legislação vigente que não atende a integridade da saúde dos mesmos.

Os questionamentos éticos ao âmbito da pesquisa se desdobram para a prática profissional que faz uso desses conhecimentos. Nesse sentido, Heller (1977) lembra que a alienação não diminui obrigatoriamente quando o trabalhador sente gosto pelo trabalho. A autora lembra também, referindo-se aos estudos de Relações Humanas no Trabalho, que intitula de “ciência manipulada”, que esta procura dar uma fachada agradável ao trabalho, pretendendo remover somente o sentido da alienação e não a alienação propriamente dita. Para a autora, atingir a alienação requer transformações da estrutura social em seu conjunto.

Com Heller, lembramos haver na instituição estudada, atividades intituladas de Recursos Humanos. Essas quase sempre vêm utilizando metodologias envolvidas pela idéia de insumos, matérias, custos e produtividade, tais como: “qualidade”, “cliente interno”, “cliente externo”,

“relacionamento interpessoal³³”. Tais metodologias, uma vez que não consideram o panorama de sofrimento que se encontra relacionado ao trabalho, por certo mantêm igual distância de ter os trabalhadores como centro de suas preocupações.

Os funcionários informam a presença do sofrimento de forma consistente, porém o sofrimento é compreendido de modo naturalizado

No estudo das aposentadorias por invalidez, os TRANSTORNOS MENTAIS, com 70% dos casos, foram apontados como maior motivador, acompanhados por apenas mais cinco doenças. Do mesmo modo, o rol de subtipos de TRANSTORNOS MENTAIS que causaram essas aposentadorias foi pequeno, com 7 tipos de doenças.

No estudo acerca dos afastamentos ocorridos no IPQ-SC, muitas doenças se fizeram presentes junto aos TRANSTORNOS MENTAIS (todas elencadas pelo CID-09). Contudo, dos afastamentos ocorridos, 56% são motivados exatamente por TRANSTORNOS MENTAIS, com um rol de subtipos de 10 doenças.

Essas duas constatações apontam que “o modo específico de adoecimento” dos trabalhadores do IPQ-SC, e que chega a ser motivador de uma aposentadoria, já vem sendo comunicado, há muito, pelos funcionários. Essa comunicação vem sendo claramente feita por meio dos afastamentos periciados, ainda que nesses últimos os TRANSTORNOS MENTAIS se apresentem juntamente com muitas outras doenças.

³³ Em 1996 a SES-SC iniciou a implantação de um Programa de Qualidade Total em todas as suas unidades. No IPQ-SC tal programa não prosperou. Outras intervenções na área de Recursos Humanos são correntes, como avaliação de desempenho, treinamento de Relações Humanas e atualizações.

Da análise das diferenças, entre as doenças motivadoras de afastamentos e aposentadorias por invalidez por TRANSTORNOS MENTAIS, podem ser depreendidas especificidades dessa comunicação. Inicialmente há motivadores de afastamentos por fatores mais difusos e talvez menos graves. Esses afastamentos se transformam em doenças mais incapacitantes nas aposentadorias por invalidez. Nos afastamentos periciados, ocorre um predomínio de TRANSTORNOS NEURÓTICOS, nas aposentadorias por invalidez, ao contrário, os TRANSTORNOS NEURÓTICOS se apresentam em menor número e há um predomínio de PSICOSES AFETIVAS.

Os dados dos adoecimentos, quando organizados, comunicam o curso do sofrimento ao adoecimento. Esta comunicação, porém, tem tido pouco retorno para esses funcionários, pois fica depositada no Serviço de Perícia Médica. O retorno para o funcionário é o atestado da necessidade de seu afastamento ou o veredicto de invalidez, por meio de um diagnóstico definitivo, no caso da aposentadoria. Parece ser esse “sofrimento comunicado”, dentro da instituição, naturalizado.

Os funcionários possuem elementos que possibilitam a construção de uma legitimação do seu sofrimento em um tipo de comunicação comum na instituição, como foi indicado no caso das cozinheiras. Porém, essa mesma comunicação é feita por meio de um diagnóstico.

Considere-se, diante disso, a proposição de Illich acerca do papel que desempenha o diagnóstico na vida das pessoas. De acordo com o autor “a classificação das doenças adotadas por uma sociedade reflete sua estrutura institucional e a doença que cria essa estrutura é interpretada para o paciente

na própria linguagem criada pelas instituições” (Illich, 1975:154). Os funcionários do IPQ-SC, ao comunicarem seu adoecimento por meio do diagnóstico, têm essa comunicação obstada pela própria lógica que a precede, qual seja a de categorias de doenças naturais, imutáveis.

Resende (1987) mostra como os primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros, sob a inspiração européia e sob as inovações diagnósticas baseadas no modelo médico esforçavam-se em procurar critérios diagnósticos bem estabelecidos. A mesma direção naturalizante, que nos três últimos séculos conseguiu estabelecer que a doença mental é oriunda de bases biológicas, incide sobre os funcionários do IPQ-SC e sobre o “destino” dos pacientes que ali são atendidos.

Os funcionários, quando não mostram inquietações com o jeito especial de adoecer que aqui nos empenhamos em caracterizar, mostram acreditar que, diante da psicose, não há nada a fazer. Trata-se de uma condição natural e o alijamento, na instituição, é único recurso. Em uma postura fatalista, a exemplo do que ocorre com os pacientes, os funcionários não podem mudar a lógica que o “destino” lhes reservou.

Os funcionários acabam tendo como sua tarefa cotidiana cercar os pacientes, ou quiçá, quando em situações mais elaboradas, acreditando estarem municiados de “técnicas”, atribuir categorias de doenças aos pacientes que atendem. E muito embora tenham como horizonte a possibilidade de adoecimento, esta se encontra lacrada sob a lógica naturalizante.

Os pacientes, por sua vez, psicóticos, são também colocados sob a lógica lacrada e naturalizada da instituição na impossibilidade de convívio e como

destino de confinamento. Acabam sendo assistidos por um modelo institucional, que excludente, não faz movimentações para, de fato, atender seu sofrimento.

As legislações, aliadas ao contexto econômico do qual os funcionários também fazem parte, podem ser aliadas a esse processo de naturalização. No caso dos trabalhadores de instituições psiquiátricas, a legislação trabalhista, quando concede adicional financeiro por insalubridade, em uma sociedade que centraliza o trabalho no dinheiro e na produção de sustento, coloca a esses funcionários a condição de aceitarem ser “bem pagos” para adoecer no trabalho.

Aqui vale introduzir a concepção de sofrimento no trabalho elaborada por Dejours (1992). O autor, ao organizar seus conceitos que procuram compreender o sofrimento, demonstra uma notável capacidade descritiva das condições sociais que incidem sobre os trabalhadores e seus trabalhos junto a uma grande capacidade explicativa dos fenômenos relacionados ao sofrimento no trabalho. Entretanto, a compreensão de Dejours acerca da origem do sofrimento e da doença pode trazer dificuldades para que o sofrimento possa ser desvelado.

As dificuldades aludidas às concepções de Dejours (1992) se referem a uma concepção natural do sofrimento e adoecimento dos trabalhadores, que mantém uma estreita ligação com a naturalização dos adoecimentos. Exemplo disso é a explicação para o adoecimento dos trabalhadores que o autor denomina de descompensação. Para o autor as descompensações são oriundas “da estrutura das personalidades [dos trabalhadores], adquirida muito antes

do engajamento na produção” (Dejours,1992:122). Essa compreensão, ao localizar os adoecimentos na pessoa do trabalhador, de certo modo, encobre as reais condições a que este se encontra submetido.

Nesse sentido, no contexto do trabalho, parece ser necessário afirmar a importância do sofrimento ser relacionado primeiramente à alienação em que vivem os trabalhadores. No caso do IPQ- SC, essa alienação precisa ser compreendida, em primeiro lugar, relacionada à dimensão do trabalho no mundo moderno, com todas as suas características de precarização. E em segundo lugar, relacionada às vicissitudes da compreensão da doença mental no mundo moderno que, como foi observado, é delimitada pela lógica diagnóstica e que igualmente os acomete.

É na compreensão do sofrimento relacionado à alienação que podem ser relacionados outros sentidos atribuídos à palavra sofrimento. O termo sofrer, tem na Língua portuguesa, de acordo com Holanda (1992), também o sentido frear, permitir e conceder, que remetem o leitor a uma idéia de haver um ator nesse sofrimento.

Em nosso cotidiano, sofrimento quase sempre é remetido à dor. E, pode-se dizer, aparece relacionado à dor física que dispensa o ser humano em questão. Diante disso, Illich (1975) lembra que no mundo industrializado ao sofrimento rapidamente se atribui uma falta tecnológica ou ausência de alguma providência anestésica. E que a palavra sofrimento no mundo industrializado tem um significado de difícil acesso, haja vista na cultura moderna haver pouca tolerância para que as pessoas possam comunicar seus incômodos.

No IPQ-SC, pode ser observado no percurso do sofrimento à efetivação do adoecimento, um conjunto de medidas individuais, institucionais e sociais que mantém o sofrimento. Em face desse conjunto de medidas, os trabalhadores do IPQ-SC mantêm-se distanciados, não se encontram exercitando a sua condição de humanidade, pois não percebem as dimensões de seu cotidiano concreto, ao qual, dedicam o maior tempo de suas vidas.

O estudo do sofrimento dos trabalhadores pode promover modificações na organização do trabalho.

No presente estudo, o fato de que o principal motivador para os desligamentos definitivos ou temporários de trabalhadores ser justamente os TRANSTORNOS MENTAIS parece estabelecer um conflito para a própria instituição.

Diante da coincidência entre o objeto de trabalho e de adoecimento dos trabalhadores, os TRANSTORNOS MENTAIS, pode decorrer a hipótese de que há um tipo de tentativa de quebra da máquina produtora da condição de adoecimento mental. Essa quebra hipotetizada se refere à instituição como um todo ou é relativa às peças que fazem funcionar a máquina institucional, quais sejam, os trabalhadores que, segundo Zago (1988), têm nas relações interpessoais com os pacientes e com a instituição, constituído seu equipamento de trabalho.

Marazina (1990), em seu trabalho intitulado “Trabalho em saúde mental – a encruzilhada da loucura”, lembra ser o próprio sofrimento um importante veículo de se analisar o social mais abrangente onde o trabalhador se insere. À

assertiva de Marazina frente aos dados das aposentadorias ocorridas no IPQ-SC, pode ser acrescentada a idéia de que na instituição psiquiátrica sob estudo, os resultados encontrados na pesquisa possibilitam a visibilidade a esses mesmos trabalhadores acerca da realidade de que, ao mesmo tempo em que têm sua prática norteada pela exclusão do paciente que atendem, igualmente se excluem, por meio de um adoecimento no trabalho que é excludente.

Decorre ainda das proposições de Marazina que, os dados acerca dos adoecimentos ocorridos no IPQ-SC, podem se tratar de modo mais amplo de uma tentativa de quebra do próprio motor que move a atenção em saúde mental. Há na instituição psiquiátrica estudada um desvendamento da sua ineficácia histórica de não cumprir o objetivo oficial a que se propõe, o de tratar seus pacientes, e agora têm também evidente sua ação em produzir doença e exclusão entre seus trabalhadores.

A esse diálogo entre as afirmações de Marazina e os dados encontrados no estudo realizado no IPQ-SC pode ser acrescentada a idéia de que nos hospitais psiquiátricos o adoecimento ocorre diferentemente do adoecimento típico do âmbito das fábricas, apontado por Dejours (1989). Nas fábricas, segundo o autor, os empregados que não acompanham os ritmos da produção se retiram para um terreno mais neutro, o da medicalização, não trazendo por último importantes conflitos para a manutenção de uma ordem na produção. Já na qualificação do adoecimento encontrado nos hospitais psiquiátricos que, como fora dito, não encontra precedente na história da instituição, pode ser identificado um tipo de adoecimento nada neutro.

Os documentos são importantes fontes para a pesquisa em Psicologia do trabalho

Os resultados da pesquisa documental empreendida no IPQ-SC ressaltam a importância dos documentos como fonte de dados para a pesquisa em Psicologia do Trabalho. Esses achados ressaltam ainda a importância dessa técnica de coleta de dados para o estabelecimento de uma prática profissional.

Foi possível, na pesquisa realizada no IPQ-SC, reavivar a identificação das organizações modernas enquanto organizações burocráticas, marcadas pela formalidade, impessoalidade e a centralidade administrativa. No IPQ-SC, tal como nas organizações burocráticas, os documentos são recursos importantes para a manutenção de sua racionalidade.³⁴ Os documentos, que têm importância no cumprimento do objetivo próprio desse tipo de instituição, têm igualmente importância na organização do corpo de trabalhadores que fazem funcionar esse tipo de organização.

É diante de um panorama de conjeturas acerca do sofrimento no trabalho em instituições psiquiátricas que se concebeu o estudo do sofrimento no trabalho em instituições psiquiátricas. Há indícios de serem altos os índices de adoecimentos entre esses trabalhadores, é concedido adicional por insalubridade e penosidade para essa categoria profissional, contudo são exíguas as referências acerca do trabalho em hospitais psiquiátricos. Em virtude desse quadro, optou-se por conhecer sobre o trabalho em instituições psiquiátricas tomando-se como ponto de partida um levantamento documental

³⁴ Em organizações que produzem bens, como as empresas, ou em organizações estatais como as escolas e hospital, a organização do trabalho via documentos se faz presente. Exemplo disso é o fato de, no IPQ-SC, grande parte do trabalho dos funcionários junto aos pacientes, se destina a fazer anotações acerca do comportamento dos pacientes, em prontuários, tal como descreve Foucault (1992).

dos adoecimentos ocorridos entre os trabalhadores.

Ao se certificar o adoecimento no IPQ-SC, por meio dos índices de aposentadorias por invalidez, outros dados documentais se mostraram importantes de serem agregados aos dados dos adoecimentos, de modo a ampliar a visibilidade desses. Um primeiro conjunto de dados acrescentados foi acerca das diversas funções desempenhadas pelos trabalhadores, idade, sexo e subtipos de aposentadorias. O acréscimo desses dados tornou possível a compreensão de que as aposentadorias por invalidez poderiam assumir configurações diferentes uma vez que fossem acrescentadas de tais dados.

Um segundo tipo de dados acrescentado foi o de outros tipos de desligamentos, ademais das aposentadorias por invalidez. O acréscimo desses outros tipos de desligamentos, somado a uma organização longitudinal da ocorrência das aposentadorias, possibilitou a visibilidade de um movimento dos funcionários relacionado aos desligamentos. Esses últimos foram observados em articulação com eventos ocorridos na instituição e no panorama político que interferiu na instituição ao longo dos anos.

A constatação de se haver levantado um conjunto de dados que permitisse estabelecer uma ação dos trabalhadores frente à instituição, ou seja, a ocorrência de desligamento frente a situações específicas ocorridas na instituição, delimitou a opção por conhecer sobre o sofrimento no trabalho na instituição psiquiátrica, tomando-se como base os documentos emitidos pela mesma. Nesse sentido, outros dados foram levantados a fim de se ter mais bem elucidados os fenômenos do desligamento dos trabalhadores da instituição.

Um terceiro tipo de dados acrescentado foi uma caracterização dos

afastamentos por licenças de saúde ocorridas na instituição. Aos afastamentos foram acrescentados dados acerca das diversas funções desempenhadas pelos trabalhadores, idades, sexos e tipos de doenças motivadoras das licenças. As informações levantadas acerca dos afastamentos tornaram possível estabelecer relações de continuidade entre a ocorrência de afastamentos e aposentadorias por invalidez na instituição.

A rememoração do percurso metodológico se dá em função de se demonstrar como a organização de dados que se encontravam dispersos, ou organizados dentro de uma lógica própria da organização, tornou possível o reconhecimento de uma dimensão da vida no trabalho desses trabalhadores. Essa dimensão se refere a encaminhamentos burocráticos que medeiam as relações dos funcionários do IPQ-SC com seu trabalho enquanto elemento importante na manutenção do sofrimento. O sofrimento fica contido na própria estrutura da instituição e nos encaminhamentos dados, que são predominantemente diagnósticos.

A pesquisa documental também “documentou” o panorama de sofrimento entre esses trabalhadores, quando foi possível identificar, na instituição, uma convivência naturalizada de um índice de adoecimentos que não foi encontrado semelhante em outra instituição, bem como não tem precedente de sistematização no IPQ-SC.

Uma vez que uma característica das organizações modernas é a impessoalidade, a organização dos dados dos documentos tornou possível a personificação dos atores desse sofrimento. Foi possível também indicar, no IPQ-SC, movimentações dos trabalhadores que encontram relações diretas com

situações ocorridas na instituição e que dizem respeito às condições concretas desses trabalhadores. Os documentos se revelaram como veículo para reconhecer, no plano da relação com a instituição, subjetividade desses trabalhadores.

A pesquisa documental, que é um tipo de observação indireta, pode trazer algumas limitações. Quando comparada com outros meios de observação também indiretos, como entrevista ou questionário, pode parecer se distanciar da vivacidade do depoimento do trabalhador sobre seu trabalho. Entretanto, documentos que quase sempre ficam depositados em algum tipo de arquivo, (às vezes arquivo morto), podem revelar aspectos que balizam diretamente a vida das pessoas.

A pesquisa documental, sobretudo em uma estratégia exploratória, pode ser importante veículo para compor informações para estudos vindouros. No caso do estudo realizado no IPQ-SC, aspectos do trabalho, que certamente apareceriam no discurso dos trabalhadores, na pesquisa documental ganham abrangência, especificidade do tipo de sofrimento e relação com o processo histórico da instituição.

Sendo assim, vale dizer que a opção pelo conhecimento da subjetividade dos trabalhadores, por meio da pesquisa documental administrativa, traz a importância do igual conhecimento de como essa instituição se organiza no contexto social no qual se encontra. Pode-se dizer que se trata de uma tarefa em que é tênue a divisão entre uma pesquisa histórica, social ou psicológica, mas que tem como decisão preliminar de se conhecer a subjetividade relacionada a essas dimensões.

Foi possível perceber nos documentos outras possibilidades de direção de estudos. Estes estudos, uma vez realizados, podem aprimorar o conhecimento do sofrimento que por ora foi “documentado”. Dentre esses direcionamentos indica-se aqui a possibilidade de, também por meio dos documentos, um exame mais minucioso de situações como: 1) as nuances da frequência de tais funcionários ao serviço de perícia médica (os intervalos de procura, tempo decorrido do início de procura e a aposentadoria); 2) as diferenças entre as queixas iniciais dos funcionários periciados, o diagnóstico que é atribuído nesse momento e o diagnóstico final que tipifica a aposentadoria; 3) os tipos de observações realizadas pelos peritos médicos e o conteúdo dos pareceres de outros técnicos não médicos nos prontuários; 4) os tipos de encaminhamentos que são dados pela Gerência de Saúde e Assistência ao Servidor ou Perícia Médica aos funcionários que se encontravam periciados/doentes.

Por último, o exame mais detalhado acerca das situações e dos dados encontrados nos documentos pode servir de subsídio para profissionais que intervêm no trabalho realizado na instituição. Esse exame ainda pode nortear intervenções imediatas que mais rapidamente amenizem as dificuldades que vêm sendo enfrentadas pelos trabalhadores do IPQ-SC.

V. REFERÊNCIAS

- Albuquerque J. A. G. (1978). Metáforas da desordem. São Paulo: Paz e Terra.
- Antunes, M. A. M. (1999). A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição. São Paulo: Unimarco Editora/Educ.
- Antunes, R. (1997). Adeus ao mundo do trabalho. São Paulo: Cortez.
- Bandeira, M. & Soares, N. L. (1996). Desinstitucionalização: estão os profissionais de saúde mental bem informados? Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 45, 159-165.
- Bowditch, J. L. & Buono, A. F. (1992). Elementos de comportamento organizacional. Pioneira: São Paulo
- Campos, M. A. (1992). O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41, 255-257.
- Caravana Nacional de Direitos Humanos - Câmara dos Deputados. (2000). Relatório: uma amostra da realidade manicomial brasileira. Brasília: Câmara de Deputados, Coordenação de Publicações.
- Castro, F. J. G. (2001). A problemática da definição de psíquico nas pesquisas de Wanderley Codo e colaboradores sobre o sofrimento psíquico no trabalho. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Cesarino, A. C. (1989). Uma experiência de saúde mental em São Paulo. Em Lancetti, A (Org.), Saúde e loucura (pp. 03-32). São Paulo: Hucitec.
- Codo, W. & Sampaio, J. J. C. & Hitomi, A. H. (1992). Indivíduo, trabalho e sofrimento. Petrópolis: Vozes.
- Codo, W. (1988). Saúde mental e trabalho: uma urgência prática. Psicologia, Ciência e Profissão, 9, (1), 20-24.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). Fórum Nacional: como anda a reforma psiquiatria brasileira? Avaliação, perspectivas e prioridades. Brasília.
- Corgozinho, I. (2000). Saúde mental, trabalho e descompasso tupiniquim. Revista da Federação Nacional dos Psicólogos, 1, 4-15.
- Chauí, M. (1999). Convite à Filosofia. São Paulo: Ática.
- Daker, M. S. (1987). Aspectos gerais das reformas sanitárias e psiquiátricas italianas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 36, 59-63.

- Davis, K. & Newstrom, J. W. (1992). Comportamento humano no trabalho. Pioneira: São Paulo.
- Dejours, C. & Abdouchelli, E. & Jayet, C. (1994). Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1999). A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Dejours, C. A. (1992). A loucura do trabalho. São Paulo: Cortez.
- Desviat, M. (1999). Dificuldades e erros da reforma psiquiátrica. In: A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Ferreira, G. (1994). C.A.I.S – Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43, 415-416.
- Ferreira, M. R. (1997) Produção de Conhecimento sobre degradação ambiental: uma incursão na psicologia ambiental. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Fisch, M. A. P. & Toledo, R. P. (1997). Vínculos enlouquecedores nos grupos. Revista da Associação Brasileira de Psicologia Analítica de Grupo, 6, 46-52.
- Fonseca, M. M. (2000). A CUT ainda tem um longo caminho a percorrer. Revista da Federação Nacional dos Psicólogos, 1, 16-25.
- Foucault M. (1999) História da loucura. São Paulo: Perspectiva.
- Furtado J. P. & Pacheco, R. A. (1998). Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: Análise de uma experiência. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 47, 179-184.
- Gastal, F. G. & Leite, S. O. (1992). Prevenção e assistência psiquiátrica sob o enfoque da qualidade: uma contribuição à discussão científica do tema. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação de Psiquiatria da América Latina, 14, 159-167.
- Goffman I. E. (1974). Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva.
- Grisci, C. L. I. (1999). Trabalho, tempo e subjetividade: impactos da reestruturação produtiva e o papel da Psicologia nas organizações. Psicologia Ciência e Profissão, 8, (2), 2-13.
- Heller A. (1977). Sociologia de la vida cotidiana. Barcelona: Ediciones Península.
- Holanda. A. B. (1999). Novo dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Nova Fronteira.

- Hubberman, L. (1983). História da riqueza do homem. Rio de Janeiro: Zahar.
- Illich I. (1975). A expropriação da saúde. São Paulo: Nova Fronteira.
- Laurel, A. C. & Noriega, M. (1989). Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec.
- Leplat, J. & Cuny, X. (1977). Introdução à Psicologia do trabalho. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, M. E. A. (1998). A Psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. Psicologia: Ciência e Profissão, 18(2), 10-15.
- Lima, M. E. A. (2000). Violência e reestruturação bancária – O caso do Banco do Brasil. Revista da Federação Nacional dos Psicólogos, 1, 26-41.
- Lougon, M. & Andrade, M. S. (1995). O movimento dos usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44, 515-518.
- Macedo, A. L. P. & Maron, M. G. R. (1997). A clínica e a reforma psiquiátrica: um novo paradigma. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 46, 205-211.
- Marazina, I. (1989). Trabalhador em saúde mental: encruzilhada da loucura. Em Lancetti, A (Org.), Saúde e loucura (pp. 69-74). São Paulo: Hucitec
- Mecler, K. & Cardoso, L. S. & Almeida, R. S. P. C. (1996). Estudos qualitativos em saúde mental: uma introdução. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 45, 285-290.
- Mendes, A. & Abrahão, J. I. (1996). Organização do trabalho e vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: abordagem psicodinâmica. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 12 (2), 179-184.
- Mendes, A. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho. Psicologia, Ciência e Profissão, 14, (1,2 e 3), 34-38.
- Merani A. L. (1977). Psicologia e alienação. São Paulo: Paz e Terra.
- Minayo, M. C. S. (1996). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Ministério da Previdência e Assistência Social - CEPAD. (1996). Aposentadoria e distribuição de renda no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Previdência e Assistência Social. (1999). Anuário estatístico da Previdência Social. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2000). Lista de doenças relacionadas ao trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Miranda, F. M. M. (1997). A saúde do trabalhador em uma instituição psiquiátrica. Monografia para curso de especialização em Medicina do Trabalho, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Pitta, A. (1990). Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec.
- Pitta, A. (1992). Saúde mental e trabalho: a saúde de quem trabalha em saúde. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41, 43-50.
- Politzer, G. (1977). Escritos II: os fundamentos da Psicologia. Prelo Editora: Lisboa. [originalmente publicado em 1929].
- Raimundo, A. M. G. & Banzato, C. E. M. & Santos V. A. & Palmieri T. C. (1994). Hospital-dia em psiquiatria: revisão dos últimos cinco anos de literatura. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43, 205-211.
- Ramazini, B. (1999). As doenças dos trabalhadores. Ministério do Trabalho e Emprego: Brasília, DF. [originalmente publicado em 1700].
- Rego, M. P. C. M. A. (1993). O caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- República Federativa do Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
- Resende H. (1987) A política de saúde no Brasil: uma visão histórica. Em Tundis S. A. & Costa N. R. (org). Cidadania e Loucura (pp. 15-73) Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, M. S. & Teixeira, L. S. (1997). Por uma ética das práticas em saúde mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 46, 331-337.
- Schelb, C. (1994). Aposentadoria por invalidez em instituição hospitalar de grande porte. Trabalho não publicado.
- Secretária de Estado da Administração – Santa Catarina. (2001). Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC: Imprensa Oficial do Estado.
- Silva, C. O. (1998). Trabalho e subjetividade no hospital geral. Psicologia Ciência e Profissão, 18, (2), 26-33.
- Silva, L. B. C. (1997). Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Teixeira, M.A.A. (1993). Hospício e poder. Brasília: Ministério da Saúde.

- Vasconcelos, E. M. (1995). Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44, 189-197.
- Zago, J. A. (1988). Sobre a saúde mental do trabalhador em saúde mental. Psicologia Ciência e Profissão, 9, (1), 25-28.
- Zimmermann, D. (1971). Notas para o estudo da equipe psiquiátrica. Anais do 6º. Congresso Latino Americano de Psiquiatria Social, 159-168.
- Zusman, J. A. (1998). Centro de atenção diária Luiz Cerqueira (IPUB): a formação de um modelo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 47, 119-123.

ANEXOS

Anexo 1

Saúde Mental em Santa Catarina

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPQ-SC

Um pouco da história do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPQ-SC será resgatada aqui, com o intuito de demonstrar como a evolução dessa instituição centralizou, ao longo dos anos, as ações em saúde mental no Estado de Santa Catarina.

O IPQ-SC é uma instituição psiquiátrica fundada em 1941, com o nome de Hospital Colônia Santana, localizada no interior do município de São José, distante cerca de 30 Km de Florianópolis. Sua fundação fez parte do então plano governamental de Getúlio Vargas, oriunda de um projeto do então Departamento de Atendimento a Psicopatas - DAP, que realizou levantamento em nível nacional para detectar a necessidade de construção de leitos hospitalares por todo o país, de acordo com o modelo predominante (hospitais colônia).

Quando de seu surgimento, as principais técnicas terapêuticas, além do trabalho agrícola e fabricação de tijolos e pães, eram as intervenções de caráter clínico como: eletroconvulsoterapia, insulinoaterapia e balnearioterapia. Os trabalhos eram desenvolvidos por um pequeno número de médicos e em maior número pelas freiras da ordem das Irmãs da Divina Providência.

Teixeira (1993) relata como o Hospital Colônia Santana sofre grande transformação no rol de suas terapêuticas quando da introdução de psicotrópicos na década de 50, e da gradual saída das freiras como cuidadoras dos internos. Em 1953 é nomeado o diretor Dr. Antonio Santaella, que inicia um processo de tomada de providências administrativas como a construção de leitos específicos para o atendimento a tuberculosos (doença sem controle na época), e o aumento do número de leitos com ênfase no trabalho de pacientes agudos (pacientes que possuíam perspectivas de rápido retorno à convivência nos locais de origem, dentro de uma idéia de combater o já chamado hospitalismo). Este conjunto de medidas fez com que, em 1953, este hospital fosse considerado modelo institucional no Brasil.

Teixeira (1993) mostra como a concessão do título de modelo trouxe instrumentos para a centralização como diretriz para o atendimento. A partir desse momento o hospital não deixou de buscar modificações, como a implementação dos Centros de Atendimento Regionais de Saúde - CARS, na década de 70. Movido pela aplicação fragmentada das teorias de Alfredo Moffat, que na época fez visitas e palestras no hospital, o hospital optou por dividir as enfermarias de acordo com as regiões do Estado, tentando com isso preservar a identidade cultural dos pacientes que vinham de longe.

Depois de 10 anos de funcionamento, os CARS foram desativados. Teixeira (1993) relata que na tentativa de regionalização, acabou-se por não respeitar diferenças entre outras características que os pacientes apresentavam, como tipo de transtorno apresentado, avanço de cronificação.

Para o autor, tais tipos de pacientes, uma vez ‘colocados’ em um mesmo ambiente sem um projeto para tal, acabam por dificultar ainda mais a organização de algum tipo de atendimento. Ainda, a própria observação da geografia do Estado de Santa Catarina pode exemplificar que, mesmo que se tentasse regionalização, essa não conferia aos pacientes do hospital manutenção de características de seu local de origem, não só pelas características do hospital, que já organizava os pacientes em grandes enfermarias hospitalares, bem como se tratava de pacientes de regiões que são muito extensas e não garantem proximidade dos pacientes que aqui viessem se juntar.

No cotidiano do hospital podem ser notados resquícios desta regionalização, quando acontece grupo de chimarrão em todas as unidades do hospital. A perenidade de tal prática merece ser questionada se advém, de fato, do hábito de em muitos lugares do estado as pessoas tomarem tal chá.

O relato dessa situação é aqui introduzido para demonstrar que a centralização do hospital acabava por reduzir quaisquer outras possibilidades de atendimento à demanda em saúde mental. Iniciativas de ambulatório chegaram a acontecer em Santa Catarina, na década de 70, porém sem conseguir se efetivar enquanto suplantada pela presença do hospital.

A história do Hospital Colônia Santana segue a mesma trajetória da maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros, ou seja, ainda que existindo especificidades, o estabelecimento, que foi construído e inaugurado para 300 pacientes, vê seu número dobrado após três anos. E na década de 70, chegou a ter 2400 pacientes internados. No final da década de 70, medidas foram tomadas no sentido de diminuição do grande número de internos. Durante alguns anos, o hospital chegou a ‘devolver’ seus pacientes para suas famílias. Nesta época, inúmeros ônibus foram fretados em direção ao interior do Estado à procura dos locais de onde os pacientes eram provenientes.

Muitos desses pacientes conseguiram permanecer em seus locais de origem, o que diminuiu consideravelmente o número de internos no hospital, cerca de 1500, na década de 80. Entretanto, permaneceu no hospital um grande número de pacientes que, sem vínculo social algum, não tinham para onde ir.

Um pouco da atual política de saúde mental no país e em Santa Catarina

No início da década de 90, o hospital foi obrigado a se adequar a determinações do Ministério da Saúde, que iniciou uma política de descentralização do atendimento em saúde mental, elaborando portarias que, além de exigir critérios para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, estabeleceram o funcionamento de serviços substitutivos ao hospital em nível estadual e municipal, destinando verbas específicas para tais serviços.

Uma das portarias mais recentes do Ministério da Saúde trata do financiamento de moradias para pacientes em função de terem longa permanência, cronificados ou sem suporte social, numa tentativa de que esses não fiquem relegados em desumanas moradas em hospitais psiquiátricos.

Embora a legislação do Ministério da Saúde mostre um direcionamento para políticas de atendimento à saúde mental por meio de elaboração de

portarias que convergem no sentido do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, Lei 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, que propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços alternativos ao hospital, o quadro atual da saúde mental ainda revela pouca mudança.

Atualmente existem 256 hospitais psiquiátricos no país, dos quais 80% pertencem à rede privada conveniada (mais de 60 mil leitos), onde são gastos por paciente cerca de R\$ 720,00 (Setecentos e vinte reais) por mês, sem grande efetividade, enquanto que os custos com serviços substitutivos seriam de R\$ 305,00 (Trezentos e cinco reais) por paciente que necessita de atendimento em saúde mental, dentro de uma estratégia de atenção que tem mostrado mais efetividade.

Alguns estados e municípios brasileiros vêm tendo iniciativas no sentido do que prevê a Lei Paulo Delgado e têm já aprovadas suas leis locais, entretanto essa não é a regra. Santa Catarina tem ficado distante do que prevê a lei recentemente sancionada. São poucos os municípios que se mostram interessados em assumir a organização de atendimento em saúde mental. No Estado, destacam-se os municípios de Blumenau, Florianópolis, Joinville e Tubarão. Nesses municípios podem ser encontrados serviços de saúde mental mais efetivos, organizados de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, com a instalação de atendimentos em Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, sendo notória a diminuição do número de internações, quanto mais organizados estiverem tais serviços.

Iniciativas em outros tantos municípios existem também, entretanto, não se constituem de fato tentativas de substituir o atendimento em modelo hospitalar, uma vez que não tem um plano de trabalho estratégico no sentido de desospitalização, com equipes insuficientes, e acabam sendo vencidas pela forte tendência às hospitalizações como recurso a crises psicóticas.

Anexo 2

Tabela 2.1
Quadro Geral de Aposentadorias por invalidez ocorridas no IPO-SC no período de 1990-1999

SEXO	IDADE	FUNÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	CÓD.CID	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
F	48	TAS	26	225 2 7	II	Neopl. ben. de encéfalo e de outras partes do SNC
F		AAS		294 9 1	V	Outros quadros psicóticos orgânicos não especific.
F	49	AAS II	24	294 8 3	V	Outros quadros psicóticos orgânicos (crônicos)Out.
M	35	ASG	14	294 9 1	V	Outros quadros psicóticos orgânicos (crônicos) N. e.
M	55	ARTIFICE II	32	294 9 1	V	Outros quadros psicóticos orgânicos (crônicos) n.e.
M	34	AAS	12	295 0 5	V	Psicose esquizofrênica Tipo simples
F	35	AAS II	9	295 0 5	V	Psicose esquizofrênica Tipo simples
F	32	AAS II	9	295 9 9	V	Psicose esquizofrênica não especificada
M	55	ASG	18	295 9 9	V	Psicose esquizofrênica não especificada
M	35	ADM. OPERAC.	15	295 3 0	V	Psicose esquizofrênica Tipo paranóide
M	55	ARTIFICE II	24	295 6 4	V	Psicose esquizofrênica Esquizofrenia residual
F	43	AAS	17	296 8 8	V	Psicoses afetivas Outras
F	46	AAS	24	296 3 7	V	Psicoses afetivas Psic. man. Dep. Circular fase d.
F	46	AAS II	24	296 8 8	V	Psicoses afetivas Outras
M	52	AAS II	20	296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva, d.
F	50	AAS II	24	296 9 6	V	Psicoses afetivas Não especificadas
F	58	AAS II	25	296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva, d.
M	50	AAS II	24	296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva, d.
M		AAS II		296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva, d.
F	49	AAS II	23	296 9 6	V	Psicoses afetivas Não especificadas
M	44	AAS II	23	296 9 6	V	Psicoses afetivas Não especificadas
M	40	TAS		296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva, d.
M	43	ASG	8	296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva
F	60	ASG	18	296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva, d.
F	32	ASG	10	296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva, d.
M	51	TAA	6	296 8 8	V	Psicoses afetivas Outras
M	45	ARTIFICE	23	296 1 0	V	Psicose maniaco depressiva, tipo depressivo
F	54	ARTIFICE II	21	296 1 0	V	Psicoses afetivas Psicose maniaco depressiva, d.

SEXO	IDADE	FUNÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	CÓD.CID	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
M	49	ARTIFICE II	26	296 8 8	TRANSTORNOS MENTAIS	Psicoses afetivas Outras
F	53	COZINHEIRA	23	296 8 8	TRANSTORNOS MENTAIS	Psicoses afetivas Outras
F	44	TAS II	21	297 0 0	TRANSTORNOS MENTAIS	Estado paranoide Estado paranoide simples
F	44	AAS II	18	298 9 0	TRANSTORNOS MENTAIS	Outras psicose orgânicas não especificadas
M	46	ASG	27	298 9 0	TRANSTORNOS MENTAIS	Outras psicose orgânicas não especificadas
M	53	ASG	32	298 1 5	TRANSTORNOS MENTAIS	Outras psicose orgânicas não especificadas
F	55	COZINHEIRA	27	298 9 0	TRANSTORNOS MENTAIS	Transtornos neuróticos Depressão neurótica
F	36	AAS II	16	300 4	TRANSTORNOS MENTAIS	Transtorno neurótico Depressão neurótica
F	41	ASG	18	300 4 0	TRANSTORNOS MENTAIS	Transtorno neurótico Depressão neurótica
M	66	ASG	26	300 4 0	TRANSTORNOS MENTAIS	Transtorno neurótico Depressão neurótica
F	56	ASG	16	300 4 0	TRANSTORNOS MENTAIS	Transtorno neurótico Depressão neurótica
M		ADM. OPERAC.		300 4	TRANSTORNOS MENTAIS	Transtornos neuróticos Depressão neurótica
F	45	COZINHEIRA	20	300 1 5	TRANSTORNOS MENTAIS	Transtornos neuróticos Histeria
F	50	ASG	8	309 1 0	TRANSTORNOS MENTAIS	Reação de ajustamento Reação depressiva prolong.
F	41	ASG	10	402 9	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Doença cardíaca hipertensiva não especificada
M	57	PADEIRO	21	401 0 0	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Hipertensão arterial não especificada
M	61	FARMACEUTICO	20	412 9 7	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Infarto Agudo do miocárdio
M	35	ARTIFICE II	14	401 9 3	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Hipertensão essencial Não especificada
M	56	ASG	2	411 9 0	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Outras formas ag. e subag. de doença isq.do cor.
M	45	ARTIFICE II	23	425 4 4	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Cardiomiopatia Outras cardiomiopatias
F	60	ARTIFICE II		454 0 3	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Varizes de extremidades inferiores com úlcera
M	60	ARTIFICE II	26	411 9 0	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Outras formas ag. e subag. de doença isq.do cor.
F	59	ASG	18	436 9 9	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Doença cérebro vascular aguda mal definida
M	52	MÉDICO	26	401 9 5	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Doença hipertensiva não especificada
M	54	MÉDICO	26	414 0 8	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Outras formas de doença isq. do cor. Arter. Cor.
M	60	ARTIFICE II	29	438 9 3	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Efeitos tardios de doença cérebro vascular
M	60	ASG	18	496 9 0	DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	Obstrução crônica de vias respiratória n. classif
M	60	ARTIFICE	28	491 2 3	DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	Bronquite crônica obstrutiva
F	45	AAS II	10	585 9 9	DOENÇAS DO APARELHO GENITOURINÁRIO	Insuficiência renal crônica
M	64	ARTIFICE II	25	727 0 2	DOENÇAS SIST. OSTEOM. E TEC. CONJ.	Outros transt. Da sonóvia dos tendões e bolsa sin.

Obs.: AAS = auxiliar de enfermagem; TAS = técnico de enfermagem; TAA = técnico de atividades administrativas; ASG = auxiliar de serviços gerais; ARTIFICE = padreiro, costureira, pintor e electricista.

Anexo 3

Aposentadorias de acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social e aposentadorias de acordo com o Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Santa Catarina

Concessão do benefício de aposentadorias para trabalhadores de acordo com o ministério da assistência e previdência social

De acordo com os dados do Ministério da Previdência e Assistência Social¹, as aposentadorias constituem benefícios que podem ser assim denominados:

Aposentadoria por invalidez: É o benefício a que tem direito o segurado, que após cumprir a carência exigida, esteja ou não recebendo auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e não sujeito à reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.

Aposentadoria por idade: É o benefício a que tem direito o segurado que completar 65 anos de idade (homem), ou 60 anos (mulher), uma vez cumprida a carência exigida para concessão do benefício.

Aposentadoria por tempo de serviço: É o benefício a que tem direito o segurado do sexo feminino que comprovar, no mínimo, 30 anos de contribuição e o segurado de sexo masculino que comprovar, no mínimo, 35 anos de contribuição.

Aposentadoria proporcional: O segurado que até 16/12/98 não havia completado o tempo mínimo exigido para aposentadoria por tempo de contribuição, 30 anos (homem) e 25 (mulher), tem direito à aposentadoria proporcional, desde que cumprida a carência e os seguintes requisitos:

Idade: 53 anos (homem) e 48 anos (mulher)

Tempo de contribuição: 30 anos (homem) e 25 anos (mulher)

Tempo de contribuição adicional: equivalente a 40% do tempo que, em 16/12/98, faltava para atingir o limite de contribuição.

Condições para obtenção do benefício de aposentadoria de acordo com o estatuto dos funcionários públicos do Estado de Santa Catarina a partir da Emenda Constitucional nº 20 de 15 de dezembro de 1998.

A partir da Emenda Constitucional (E.C.) número 20 de 15 de dezembro de 1998, os servidores que cumpriram os requisitos para a obtenção de aposentadoria até a data da publicação da E. C., poderão fazê-lo, a qualquer tempo, com base nos critérios da legislação vigente a época², conforme o artigo terceiro da E.C. 20.

O servidor Público terá direito à aposentadoria:

¹ Fonte Ministério da Previdência e Assistência Social http://www.mpas.gov.br/02_01_06.htm

² Até o início da vigência da E.C. número 20, em 15 de dezembro de 1998, os funcionários da Secretaria do Estado da Saúde tinham suas aposentadorias podendo ser adquiridas POR INVALIDEZ, POR TEMPO DE SERVIÇO E COMPULSÓRIA E VOLUNTÁRIA PROPORCIONAL. Esta última modalidade de aposentadoria, podia ser pedida a qualquer tempo, desde que o funcionário 25 anos de serviço público e 48 anos (mulher e 53 anos (homem).

POR INVALIDEZ PERMANENTE

Com proventos proporcionais ao tempo de contribuição.

Com proventos integrais, decorrente de acidente de serviço, moléstia profissional, doença grave, doença contagiosa ou incurável. (A junta médica que recomendar a aposentadoria, definirá os casos em que os proventos deverão ser integrais).

COMPULSÓRIA

Com proventos proporcionais ao tempo de contribuição.

Com 70 anos de idade.

VOLUNTÁRIA

Com proventos integrais se tiver 60 anos de idade e 35 de contribuição (homens) e 55 anos de idade ou 30 anos de contribuição (mulher)

Com proventos proporcionais se tiver 25 anos de trabalho e 65 anos de idade (homem) ou 60 anos de idade (mulher).

Anexo 4

Aposentadorias por invalidez em instituições da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina localizadas na região da Grande Florianópolis

Tabela 4.1

Quadro comparativo do número de funcionários e aposentadorias por invalidez entre 1994 e 1999 nas instituições da Secretaria de Estado da Saúde – SC localizadas na região da Grande Florianópolis

Hospitais da Grande Florianópolis	Funcionários		Aposentadorias por Invalidez	
	Total	%	Total	%
Hospital Governador Celso Ramos – HGCR	824	15,07	12	11,11
Hospital Regional de São José – HRSJ	1031	18,85	7	6,48
Hospital Santa Tereza – HCST	108	1,97	4	3,70
Laboratório Central – LACEN	110	2,01	0	0
Lab. Farmacêutico do Est. de SC – LAFESC	45	0,82	4	3,70
Instituto de Cardiologia – IC	353	6,49	4	3,70
Hemocentro de Santa Catarina – HEMOSC	355	6,45	1	0,93
Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON	294	5,38	0	0
Hospital Florianópolis – HF	210	3,84	1	0,93
Maternidade Carmela Dutra – MCD	433	7,92	12	11,11
Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC	591		39	36,11
Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG	759	13,88	14	12,96
Hospital Nereu Ramos – HNR	356	6,51	10	9,26
Total	5469	100	108	100

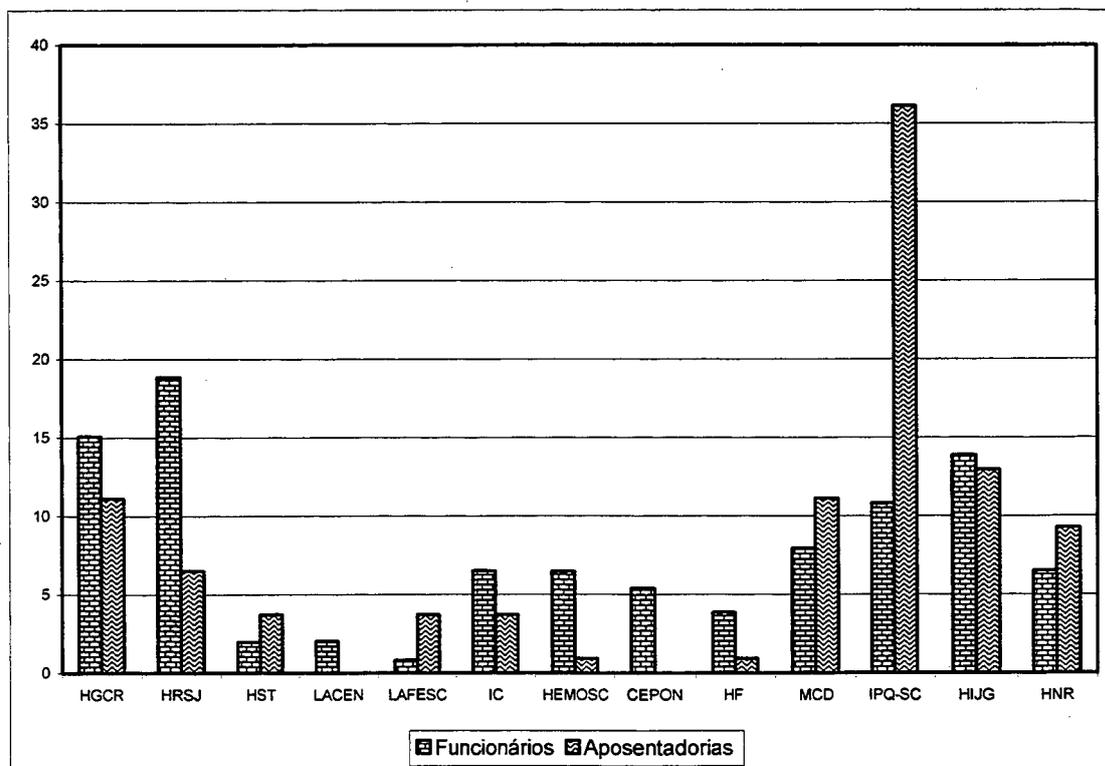


Figura 4.1

Comparativo do número de funcionários e aposentadorias por invalidez entre 1994 e 1999 nas instituições da Secretaria de Estado da Saúde – SC localizadas na região da Grande Florianópolis

Tabela 4.2

Tipos de aposentadorias por invalidez ocorridas em instituições de saúde da Secretária de Estado e Saúde – SC da região da Grande Florianópolis no período de 1995-1999.

		Categorias CID 09	Qtde.
Hospital Florianópolis	VII		1
	II		2
	III		1
	V		1
Hospital Governador Celso Ramos	VI		1
	VII		5
	X		1
	XIII		1
	<i>Total da Instituição</i>		<i>12</i>
	II		1
	III		2
	V		3
Hospital Infantil Joana de Gusmão	VI		1
	VII		6
	VIII		1
	<i>Total da Instituição</i>		<i>14</i>
	V		4
	VI		2
Hospital Nereu Ramos	VIII		1
	XIII		3
	<i>Total da Instituição</i>		<i>10</i>
	II		1
	V		3
Hospital Regional de São José	VII		2
	X		1
	<i>Total da Instituição</i>		<i>7</i>
	VII		1
	VIII		1
Hospital Santa Tereza	XIII		1
	XVII		1
	<i>Total da Instituição</i>		<i>4</i>
	V		3
Instituto de Cardiologia	XIII		1
	<i>Total da Instituição</i>		<i>4</i>
	V		28
	VII		8
Instituto de Psiquiatria	VIII		1
	X		1
	XIII		1
	<i>Total da Instituição</i>		<i>39</i>
Laboratório Farmacêutico do Estado de Santa Catarina	VII		4
Hemocentro de Santa Catarina	III		1
	II		5
	V		2
	VI		1
Maternidade Carmela Dutra	VII		1
	XII		1
	XIII		1
	XVII		1
	<i>Total da Instituição</i>		<i>12</i>

Anexo 5

Tabela 5.1

Quadro de funcionários do IPQ-SC, distribuídos por categorias¹, funções, sexo e tipo de vínculo (efetivos e contratados), no ano de 2001.

CATEGORIZAÇÃO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL
		EFET.	CONT.	EFET.	CONT.	
GRADUAÇÃO SUPERIOR	MÉDICO	26	3	5	-	34
	ENFERMEIRO	1	-	13	-	14
	ASS. SOCIAL	1	-	5	-	6
	NUTRICIONISTA	1	-	-	-	1
	PSICÓLOGO	2	-	4	-	6
	ADMINISTRADOR	1	-	-	-	1
	FARMACÊUTICO	1	-	-	-	1
	TER. OCUPACIONAL	1	-	6	-	7
	FISIOTERAPEUTA	1	-	-	-	1
	PEDAGOGO	-	-	3	-	3
	ANALISTA TÊC.ADM.	-	-	4	-	4
	Total		38		40	
ADMINISTRATIVOS	TÊC. RX.	1	-	-	-	1
	TÊC. CONTABIL.	1	-	-	-	1
	TÊC. ATIV. ADM.	19	-	23	-	42
	Total		21		23	
OPERACIONAIS	MOTORISTA	8	-	-	-	8
	ARTÍFICE	42	-	23	-	65
	Total		50		23	
ENFERMAGEM	TÊC. ATIV. SAÚDE	7	2	9	8	26
	AG. ATIV. SAÚDE	83	5	86	8	182
	Total		97		111	
A. S. Gs	AUX. SERV. GERAIS	100	-	105	-	205
TOTAL		608		608		

¹ As categorias constantes nesse quadro foram organizadas para o presente estudo, não correspondendo às categorias que são organizadas no IPQ-SC.

Anexo 6

Tabela 6.1

Servidores do IPQ-SC – distribuição por tipo de vínculo e sexo, no período de 1995 a 2001¹.

ANO	MASCULINO			FEMININO		
	EFET.	CONT.	TOTAL	EFET.	CONT.	TOTAL
1995	343	1	344	349	2	351
1996	338	1	339	343	2	345
1997	326	3	329	325	10	335
1998	314	4	318	308	11	319
1999	306	6	312	284	12	296
2000	300	10	310	279	16	295
2001	295	10	305	272	16	288

¹Dados obtidos na Seção de Pessoal do IPQ-SC, em agosto de 2001.

Anexo 7

Instituições totais - levantamento de algumas características de funcionamento de uma unidade do instituto de psiquiatria de santa catarina

Apresentação

Este estudo trata de uma caracterização de uma instituição psiquiátrica dentro de uma perspectiva teórica das “organizações totais” como propõe Goffman em seu estudo intitulado *Manicômios, Prisões e Conventos* de 1961. Em seu estudo, o autor define o que chama de instituições totais “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffmann 1974:11)

As instituições totais podem ser classificadas de acordo com Goffman, em cinco agrupamentos. No primeiro, estão as instituições criadas para cuidar dos incapazes e inofensivos, como os idosos, cegos e indigentes. No segundo, locais estabelecidos para aqueles incapazes de cuidar de si e que ameaçam a sociedade. São os sanatórios para tuberculosos, leprosos e doentes mentais. O terceiro agrupamento é organizado para proteger a comunidade de perigos intencionais e nele se encontram as cadeias e penitenciárias. O quarto tipo se refere às instituições que buscam de modo mais amplo realizar alguma tarefa de trabalho, como quartéis e escolas internas. E, por último, existem os estabelecimentos que funcionam como refúgio do mundo, os mosteiros e os conventos.

De modo exaustivo, Goffman levanta características que são compartilhadas por estes cinco tipos de instituições totais. Alerta que tais características não são exclusivas desse tipo de instituições. Entretanto, o critério do autor passa pela compreensão de que um grupo de tais características aparece intensamente neste tipo de estabelecimento.

A partir das características levantadas por Goffman é que será realizado um levantamento de algumas características de funcionamento de uma instituição psiquiátrica - o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

As tentativas de caracterização desta instituição demonstram uma densidade de variáveis que determinam a sua realidade. Incidem sobre o IPQ-SC variáveis históricas, de políticas de saúde e econômicas e muitas outras. E, considerando esta dimensão uma proposta de realização de diagnóstico enquanto instituição total de acordo com os Estudos de Goffman, em sua globalidade, será reservada aqui. No entanto optar-se-á, por focalizar o estudo enquanto instituição total em apenas uma de suas unidades - uma enfermaria de pacientes agudos masculinos, que atende 45 pacientes. O estudo se dará especificamente sobre as rotinas desenvolvidas junto aos pacientes internados.

Com o objetivo de contextualizar a instituição em estudo, serão apontados primeiramente aspectos históricos das instituições psiquiátricas e da história do Instituto de Psiquiatria, para em seguida realizar alguns

apontamentos de características do funcionamento deste hospital com base no Manual de Rotinas da Enfermagem (M. R. E.).¹

Além da análise de alguns aspectos do M. R. E., foram realizadas pela autora, algumas observações do cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem junto aos pacientes. Estas observações dizem respeito especificamente a situações que não se encontram descritas nas referidas rotinas.

Para a análise de características de funcionamento desta instituição foram escolhidas seis situações que caracterizam os aspectos totalizadores da instituição. São elas: o espaço físico da enfermaria, a entrada do paciente na enfermaria, o contato com o mundo externo, a terapêutica oferecida aos pacientes, as intercorrências e o relaxamento da ordem.

Fragmentos da história da difusão da instituição psiquiátrica na sociedade

A história da instituição psiquiátrica sob análise no presente estudo será compreendida com base nos estudos de Foucault. Esse autor tem sua obra dedicada aos eventos psicossociais presentes nos jogos organizacionais, fundamentados na compreensão da história da sociedade, obra relevante para a constituição de um particular método de análise das organizações e instituições. Um breve resgate de alguns estudos de sua obra referente à história da institucionalização da loucura, dá aporte para compreensão da instituição psiquiátrica que está sob foco de análise neste estudo.

Foucault mostra como a partir de visitas a hospitais na Europa, constatou-se que estes causavam também a doença, devido à sua estrutura. Iniciou-se a partir daí descrições funcionais dos hospitais pelos médicos. “Surge, portanto um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido”. (Foucault, 1979: 101)

O hospital que funcionava desde a Idade Média não era um instrumento de cura, não era uma instituição médica e nem a medicina era uma prática hospitalar. Este como instituição terapêutica data do final do século XVIII. É em 1780 que tem início essa preocupação de cura por parte do hospital.

Para o autor, a entrada da medicina na instituição hospitalar faz desta, que mantida pelo clero, cumpria a função de assistência aos pobres que eram separados e excluídos (pois poderiam contagiar as cidades que na época se formavam), um lugar ocupado pela medicina que deixa de ser individualista para ocupar um lugar de disciplinarização nesta instituição.

A disciplina que vinha sendo desenvolvida nesta época em escolas e exército tem espaço na organização hospitalar. No hospital passa a ser aplicada à distribuição espacial dos indivíduos, o controle sobre o desenvolvimento de ações corporais dos indivíduos, a vigilância e registro permanente dos que estão sob a tutela hospitalar.

¹ As rotinas estudadas tratam-se das rotinas organizadas pela chefia de enfermagem em 1985 e revisadas em 1997. Atualmente este manual é aplicado em toda a instituição e em sua introdução constam os objetivos de “normatizar e sistematizar o desempenho das tarefas do pessoal de enfermagem” e “melhorar o nível da assistência global ao ser humano”.

Além da disciplinarização, a transformação do saber das práticas médicas foi fundamental para o estabelecimento do hospital como prática terapêutica. É dessa época, 1789, a compreensão da necessidade de controle do meio no controle das doenças, bem como a compreensão da necessidade de registro e pesquisas, situações que reforçam a efetivação de uma medicina hospitalar.

Todo este esforço de transformação da instituição hospitalar acontece no contexto de instalação uma ordem sócia econômica em que se precisava anular os possíveis efeitos negativos do hospital pelo contágio das doenças que podiam estar em seu interior, bem como zelar por uma mão de obra que vinha sendo necessária para a manutenção da produção industrial que tinha seu início.

De acordo com Foucault (1979), as descobertas da Biologia conferem ao hospital o papel de constatação da verdade e produção da verdade. No século XIX, o poder médico que toma conhecimentos emprestados da Biologia produz a realidade acerca das doenças e do mesmo modo acerca das doenças mentais cuja “propriedade é a de reproduzir fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento”. (p. 123). O louco que não era internado antes do século XVIII tem sua conduta entendida como irregular, sua cura é a volta a conduta normatizada que a sociedade e a economia da época exigia.

Esse modo de compreender e intervir ante a loucura originado na Europa acompanha as investidas colonizadoras desse continente. E, no caso do Brasil, Costa (1986) relata como a ordem médica e a disciplinarização transforma a vida do Brasil colônia no início do processo de industrialização do Brasil.

A chegada da família real ao Brasil é marco nesse processo de industrialização do Brasil, quando há um conseqüente crescimento e reordenamento das cidades. A inauguração do Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro data de 1852, com 350 leitos sob cuidados religiosos em 1890 instala a ordem médica no tratamento moral de Pinel e Esquirol para doentes mentais. Em 1910 outros hospitais psiquiátricos são inaugurados no Brasil, destacando-se entre eles a Colônia Juliano Moreira também no Rio de Janeiro.

Até então a assistência tem sua ação restrita ao Rio de Janeiro, não havendo política nacional. Para atender essa problemática de discrepâncias no modelo de atendimento à saúde mental, em 1937 é criado o DAP (Divisão de Assistência a Psicopatas), que tem como principal tarefa realizar uma pesquisa junto aos estados, apontando a diversidade como tal questão é tratada e qual a necessidade de leitos hospitalares psiquiátricos pesas “nascentes” cidades do Brasil época.

São contabilizados nesta época 20.526 doentes internados em variados direcionamentos terapêuticos, em todo o país e, portanto autorizada a construção de leitos a nível nacional e sendo adotada e padronizada a política de hospital colônia.

Histórico do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPQ-SC - é uma instituição psiquiátrica fundada em 1941, com o nome de Hospital Colônia Santana, localizada no interior do município de São José, distante cerca de 30 Km de Florianópolis. Sua fundação fez parte do então plano governamental de Getúlio Vargas, oriunda de um projeto do então Departamento de Atendimento a

Psicopatas - DAP, que realizou levantamento em nível nacional para detectar a necessidade de construção de leitos hospitalares por todo o país, de acordo com o modelo predominante (hospitais colônia).

Quando de seu surgimento, as principais técnicas terapêuticas, além do trabalho agrícola e fabricação de tijolos e pães, eram as intervenções de caráter clínico como: eletroconvulsoterapia, insulino-terapia, banleáioterapia e lobotomia. Os trabalhos eram desenvolvidos por um pequeno número de médicos e em maior número por pelas freiras da ordem das Irmãs da Divina Providência.

Teixeira (1991) relata como o Hospital Colônia Santana sofreu grande transformação no rol de suas terapêuticas quando da introdução de psicotrópicos na década de 50, e da gradual saída das freiras como cuidadoras dos internos. Em 1953 é nomeado o diretor Dr. Antonio Santaella que inicia um processo de tomada de providências administrativas como a construção de leitos específicos para o atendimento a tuberculosos (doença sem controle na época), e o aumento do número de leitos com ênfase no trabalho de pacientes agudos (pacientes que possuíam perspectivas de rápido retorno à convivência nos locais de origem, dentro de uma idéia de combater o já chamado hospitalismo). Este conjunto de medidas fez com que, em 1953, este hospital fosse considerado modelo institucional no Brasil.

O autor mostra como a concessão do título de modelo trouxe instrumentos para a centralização como diretriz para o atendimento. A partir deste momento o hospital não deixou de buscar modificações, como a implementação dos Centros de atendimentos Regionais de Saúde - CARS, na década de 70. Movido pela aplicação fragmentada das teorias de Alfredo Moffat, que na época fez visitas e palestras no hospital, o hospital optou por dividir as enfermarias de acordo com as regiões do Estado, tentando com isso preservar a identidade cultural dos pacientes que vinham de longe.

Depois de 10 anos de funcionamento os CARS foram desativados. Teixeira (1991) relata que na tentativa de regionalização, acabou-se por não respeitar diferenças entre outras características que os pacientes apresentavam, como tipo de transtorno apresentado, avanço de cronificação. Para o autor tais tipos de pacientes, uma vez 'colocados' em mesmo ambiente sem um projeto para tal, acabam por dificultar ainda mais a organização de algum tipo de atendimento. Ainda, a própria observação da geografia do Estado de Santa Catarina pode exemplificar, que mesmo que se tentasse regionalização, esta não conferia aos pacientes do hospital manutenção de características de seu local de origem, não só pelas características do hospital, que já organizava os pacientes em grandes enfermarias hospitalares, bem como se tratavam de pacientes de regiões que são muito extensas e não garantem proximidade dos pacientes que aqui viessem se juntar.

Até hoje podem ser notados resquícios desta regionalização, quando acontece grupo de chimarrão em todas as unidades do hospital, o que merece ser questionado se tal prática advém de fato do hábito de em muitos lugares do estado as pessoas tomarem tal chá.

O relato desta situação é aqui introduzido para demonstrar que a centralização do hospital acabava por reduzir quaisquer outras possibilidades de atendimento à demanda em saúde mental. Iniciativas de ambulatório

chegaram a acontecer em Santa Catarina, na década de 70, porém sem conseguir se efetivar enquanto suplantada pela presença do hospital.

A história do Hospital Colônia Santana segue a mesma trajetória da maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros, ou seja, ainda que existindo especificidades este estabelecimento que foi construído e inaugurado para 300 pacientes, vê seu número dobrado após três anos. E na década de 70 chegou a ter 2400 pacientes internados. No final da década de 70, tendo em vista o grande número de internos, medidas foram tomadas no sentido de diminuição do número de internos. Durante alguns anos o hospital chegou a 'devolver' seus pacientes para suas famílias. Nesta época, inúmeros ônibus foram fretados em direção ao interior do Estado à procura dos locais de onde os pacientes eram provenientes.

Muitos destes pacientes conseguiram permanecer em seus locais de origem, o que diminuiu consideravelmente o número de internos no hospital, cerca de 1500, na década de 80. Entretanto, permaneceu no hospital um grande número de pacientes, que sem vínculo social algum, não tinham para onde ir.

Um pouco da atual política de saúde mental no país e em Santa Catarina

No início da década de 90, o hospital foi obrigado a se adequar a determinações do Ministério da Saúde, que iniciou uma política de descentralização do atendimento em saúde mental, elaborando portarias, que além de exigir critérios para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, passou a estabelecer o funcionamento de serviços substitutivos ao hospital em nível estadual e municipal, destinando verbas específicas para estes serviços.

Uma das portarias mais recentes do Ministério da Saúde trata do financiamento de moradias para pacientes, que em função da longa permanência, cronificados ou sem suporte social, numa tentativa de que estes não fiquem relegados em desumanas moradas em hospitais psiquiátricos.

Embora a legislação do Ministério da Saúde mostre um direcionamento a políticas de atendimento à saúde mental através da elaboração de portarias que convergem no sentido do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (que propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços alternativos ao hospital), o quadro atual da saúde mental revela pouca mudança.

Atualmente existem 256 hospitais psiquiátricos no país, dos quais 80% pertencem à rede privada conveniada (mais de 60 mil leitos), onde é gasto por paciente cerca de R\$ 720,00 (Setecentos e vinte reais) por mês, sem grande efetividade, enquanto que os custos com serviços substitutivos seriam de R\$ 305,00 (Trezentos e cinco reais) por paciente que necessita de atendimento em saúde mental, dentro de uma estratégia de atenção que tem mostrado mais efetividade.

Alguns estados e municípios brasileiros vêm tendo iniciativas no sentido do que prevê a Lei Paulo Delgado e tem já aprovadas suas leis locais, entretanto esta não é a regra. Santa Catarina tem ficado distante do que prevê a lei em tramitação. São poucos os municípios que se mostram interessados em assumir a organização de atendimento em saúde mental. No Estado se destacam os municípios de Blumenau, Florianópolis, Joinville e Tubarão.

Nestes municípios podem ser encontrados serviços de saúde mental mais efetivos, organizados de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, com a instalação de atendimentos em Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, sendo notória a diminuição do número de internações, quanto mais organizados estiverem tais serviços.

Iniciativas em outros tantos municípios existem também, entretanto, não se constituem de fato tentativas de substituir o atendimento em modelo hospitalar, uma vez que não tem um plano de trabalho estratégico no sentido de desospitalização, com equipes insuficientes, e acabam sendo vencidas pela forte tendência às hospitalizações como recurso a crises psicóticas.

A instituição na atualidade

O IPQ-SC que foi fundado com o nome de Hospital Colônia Santana, teve seu nome modificado em 1996 quando teve uma diminuição do número de leitos e algumas reformas do espaço físico. É o único hospital no Estado que atende sua clientela apenas pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Divide seu papel de hospital psiquiátrico no Estado com dois outros hospitais privados, Hospital Rio Maina, em Criciúma, e Instituto São José, no município de mesmo nome.

Atende atualmente cerca de 650 pacientes, divididos em:

Agudos – pacientes oriundos de todo o Estado que permanecem internados por cerca de um ano, sendo na maioria pacientes que acumulam grande número de internações, chegando em muitos casos a 50 internações somente neste hospital. Quase sempre chegam ao hospital pela falta de qualquer atendimento externo, com relações sócio-familiares deterioradas, o que aumenta, por certo, o preconceito aliado à sua condição. O número de leitos para pacientes agudos é de 180, divididos em duas enfermarias de psiquiatria masculinas, uma feminina e uma enfermaria de dependência química masculina.

Crônicos – pacientes moradores, que em função do número de internações e prolongamento destas, acabaram perdendo vínculos sociais externos ao hospital, sem qualquer atendimento alternativo próximos ao seu local de origem. O número de pacientes moradores é de aproximadamente 470, divididos em 11 unidades, algumas caracterizando unidades de internação e outras organizadas em pensões ou unidades de pacientes mais independentes da instituição.

O espaço físico da enfermaria

A “Primeira Enfermaria Masculina” ocupa um dos pavilhões do Instituto de Psiquiatria, um espaço de cerca de 200 metros quadrados dividido em um pequeno posto de enfermagem centralizado neste espaço físico, um consultório médico, banheiros para os pacientes e um banheiro para os funcionários e um pequeno depósito para pertences dos internos e materiais de limpeza. Neste espaço, encontram-se dispostas todas as camas dos quarenta e cinco pacientes, distanciadas cerca de meio metro cada uma.

Além do pavilhão¹, a enfermaria possui um pátio externo que é compartilhado com internos de uma outra enfermaria. Neste mesmo pátio existe uma sala de atividades onde são realizados atendimentos de psicologia e terapia ocupacional. Este espaço físico (enfermaria e pátio) é cercado por muro de cerca de dois metros de altura.

A descrição do espaço físico e a própria organização do espaço e utensílios de um hospital psiquiátrico já demonstram o que, segundo Goffman, é aspecto central das instituições totais. O interno ao ali entrar sofre ruptura com outras esferas de sua vida e tem sua vida centralizada em um mesmo local, conduzida por uma única autoridade, a norma da instituição.

A entrada de um paciente na enfermaria

O interno ao ingressar na instituição psiquiátrica, raramente o faz por vontade própria. É trazido quase sempre por familiares, acompanhados por policiais. Após decisão do médico de plantão por internar o paciente este é encaminhado a uma das enfermarias de pacientes agudos.

Ao chegar na enfermaria, o paciente recebe informações de como esta se organiza e sobre as pessoas que irão atendê-lo. Nesse momento, a equipe de enfermagem realiza observações sobre o estado “físico” e “mental” do paciente. Conforme Manual de Rotinas da Enfermagem (M. R. E.):

“Após as apresentações, efetuar tarefas de costume, orientando-o quanto à finalidade das mesmas:

1.1 - Conversar com o paciente sobre três itens principais:

- por que veio? Trabalho ou ocupação anterior; o que costuma fazer? Tipo de atividade de sua preferência, o que gostaria de fazer?

1.2 - No decorrer da admissão, deve-se seguir os seguintes passos:

- verificar pediculose e muquirana, se positivo, iniciar tratamento;

- encaminhar e acompanhar para o banho, se necessário e com condições;

- verificar sinais vitais;

- identificar roupa, registro em livro próprio e encaminhar para lavanderia;

- registrar em prontuário: data, horário, condições de higiene, condições observadas no paciente: (comunicativo ou não), deambulante ou em cadeiras de rodas, presença de lesões ou escoriações, identificando o local, lúcido, orientado ou desorientado;

- observar na prescrição médica: risco de suicídio, de fuga, de agressão e outros. Se positivo, registrar em livro de ocorrência.” Manual de Rotinas da Enfermagem (MRE), sem paginação (s/p.)

Apesar de não estar explicitado nas rotinas de enfermagem, as roupas do paciente no momento de sua chegada são retiradas e substituídas por uniformes do hospital ou roupas oriundas de doações. O uso de roupas mantidas pelo hospital acontece sob a justificativa de que não há espaço para a guarda de objetos pessoais na enfermaria, tampouco organização suficiente para que a lavanderia consiga discriminar roupas de 650 pacientes.² Há ainda

¹ O espaço físico da enfermaria tem a forma de pavilhão como todo o restante da estrutura do hospital, modelo predominante na época de sua construção que objetivava, alguma divisão entre as unidades de atendimento, mas preconizava a padronização das ações em sua globalidade.

² Aos pacientes de alas de moradores, o hospital tenta manter rotina de uso de roupas particulares, quase sempre oriundas de doações. Entretanto, a quantidade de pacientes e a desorganização daí advinda fazem que também esta parcela de pacientes acabe usando roupas despersonalizadas.

a realidade de que muitos pacientes que ali se apresentam para internação não possuem de fato roupas, uma vez que moram nas ruas.

Ao ser internado, o paciente então passa pela primeira etapa do que Goffman denomina de “mortificação do eu”. De uma pessoa com sua história pessoal, hábitos, costumes e até roupas, “Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua *carreira moral*, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele”. (Goffman 1974: 24)

A entrada na instituição e o processo de mortificação do eu, deixam claro para o interno o seu desligamento com a vida além dos muros do hospital. Ainda que esteja clara na rotina de admissão da enfermagem uma preocupação com aspectos da identidade do recém-ingresso, quase sempre os dados pessoais, exames físicos e psíquicos ocorrem no próprio posto de enfermagem concomitante às apresentações, diante de vários funcionários e outros internos.

Os descuidos com aspectos individuais por parte da instituição resultam no que Goffman chama de um desaculturação do interno. Esse processo de desvalorização da cultura de onde provém o paciente acontece através de exposição de intimidades do paciente ou padronização de intervenções. É comum por parte do setor de internação pouca preocupação com dados pessoais dos pacientes, por exemplo: ainda que um paciente possa ter um curso de técnico agrícola (muito valorizado pela sua comunidade no interior do Estado), o setor de internação de modo mecânico acaba preenchendo dados de escolaridade sempre com a escolaridade “nível primário”. Assim, já a partir da internação aspectos da identidade do paciente são constantemente negados.

Estabelece-se desde os primeiros momentos, um distanciamento entre a equipe de trabalho, denominada por Goffman de “equipe dirigente”, e o paciente (um grande número de pacientes são de classes sociais desprovidas economicamente). O contexto em que se dá a internação estabelece ainda diferenças de quem tem identidade e quem não tem. De acordo com Goffman:

“Cada agrupamento passa tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis – a equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes vêem os dirigentes como condescendentes, arbitrários mesquinhos. Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados”. (Goffman 1974:19)

O processo de desfiguração pessoal pelo qual passa o paciente quando da internação e o conseqüente estabelecimento de uma distinção entre paciente e equipe, sendo atribuído a esta o poder sobre a vida do paciente. Pode ser reafirmado concretamente nas situações do cotidiano do paciente no período de internação. Exemplo disso é a rotina estabelecida pela instituição acerca dos pertences dos pacientes. Os únicos pertences pessoais tem um destino certo que será regido pela equipe de enfermagem.

“Pertences pessoais – incluem cigarros, fósforos, escova dental, creme dental e alimentos não perecíveis. Devem ser acondicionados e identificados e guardados no posto de enfermagem, sendo oferecidos aos pacientes quando houver necessidade ou solicitação, ou conforme a rotina da unidade.

Dinheiro, objetos de valor e documentos, devem ser recolhidos pela enfermagem na admissão e devidamente encaminhados aos familiares. Qualquer pertence que porventura ficar com o paciente, será de sua inteira responsabilidade.” (M.R.E. - s/p)

Os contatos com o mundo externo

A dissociação entre equipe dirigente e interno encontra-se sustentada também no desconhecimento dos internos dos seus destinos. É vedado entre os pacientes questionar sua saída da instituição. Sobre a alta hospitalar, quando da internação é explicitado ao paciente que esta se encontra na dependência de seu médico assistente bem como de sua evolução, ou seja, a soma destas condicionantes de sua alta trata na verdade de sua adaptabilidade às normas e rotinas da instituição. Assim, o acesso ao mundo externo que foi restrito ao interno do hospital, passa a ser mediado pelas rotinas da instituição.

“Qualquer solicitação feita pelo paciente acerca de telefonema para familiares, e outras pessoas, devem ser encaminhadas ao Serviço Social, através da Assistente Social da unidade correspondente. Quando de um telefonema externo, deve ser atendido pelo pessoal da enfermagem e feita a devida anotação no Livro de Ocorrência, sendo anotados os recados importantes e comunicados ao paciente ou equipe de tratamento”.

Por ocasião de telefonema, o paciente deve ser localizado para averiguar se deseja fazer algum pedido ou dar recado de sua preferência. Nenhum paciente atenderá ao telefone, somente com autorização médica ou de acordo com a combinação feita pela equipe de tratamento.” (M. R. E. s/p)

Complementar ao processo de “mortificação do eu”, iniciado no momento da internação, o paciente vai sendo submetido a um processo de “contaminação”, pelas normas da instituição. No controle por parte da instituição, das comunicações do paciente com o meio externo, acontece o que Goffman chama de uma “exposição contaminadora”. O autor lembra como são tratadas as comunicações com o meio externo. Sejam as correspondências, as visitas ou no presente caso, os telefonemas, estes obrigatoriamente adquirem um caráter público. Embora não esteja explicitado na rotina de enfermagem, os pacientes uma vez por semana podem realizar ligações telefônicas “grupo de telefone”. Quando da realização do “grupo de telefone”, os pacientes são acompanhados por um funcionário da enfermagem que media a comunicação do paciente com o interlocutor.

Ligações telefônicas, no entanto, podem ser realizadas apenas para algum membro da família que tenha realizado autorização junto ao Serviço Social, regra que na prática leva a uma inviabilização ao paciente de realizar telefonemas até para familiares, que acabam esquecendo de realizar tal autorização. Desse modo, sendo difícil até acesso dos pacientes aos familiares via telefone, tratar outros assuntos relacionados à vida do paciente fica ainda mais distante.

As informações sobre o paciente também se encontram mediadas pela equipe de enfermagem. Essa encontra no Serviço Social um serviço de apoio quando no caso de dúvidas de podem ou não informar questões ao telefone. A enfermagem tem assim estabelecidas rotinas de informações sobre o paciente:

“Nenhuma informação sobre o paciente deve ser fornecida a familiares ou pessoas em geral, quando o pessoal de enfermagem não conhecer o paciente, não conhecer suas condições gerais, ou não tiver autorização para fazê-lo. A informação só deve ser dada após o paciente ser localizado. Deve ser a mais resumida possível, evitando opiniões incorretas ou esclarecimentos que não sejam da responsabilidade da enfermagem.” (M. R. E s/p.)

A terapêutica oferecida aos pacientes

A equipe de enfermagem, além da função de organizar as rotinas da instituição, realiza o acompanhamento dos internos para as atividades terapêuticas da instituição.

A atividade terapêutica a qual mais cedo o paciente é apresentado é a medicação. Na sua admissão na enfermaria é medicado com quantidades maiores de medicamentos, o que é compreendido como um recurso técnico. Depois de uma dose elevada, o clínico procurará a quantidade eficaz para manter uma compensação do quadro, que é conseguido quando do desaparecimento da sintomatologia que motivou a internação.

Os medicamentos são compreendidos por Goffman como mais um tipo de “exposição a contaminação”. “O internado é obrigado a tomar medicamentos orais ou intravenosos indesejados bem como comer o alimento por menos agradável que este seja”. (p.33). Análogos a essa obrigatoriedade do uso de medicamentos a muitas outras relações se encontram obrigados os pacientes, como responder a inquéritos de estranhos, que possui informações a seu respeito, ter seus dados ou seu corpo exposto a pessoas que não lhes significam nada. A “mortificação do eu” compreendida por Goffman vai acontecendo a cada mecanismo de contaminação em que o interno é submetido.

A ocupação do tempo dos internos se dá com o oferecimento de atividades que também são compreendidas como modalidades terapêuticas. O que poderia ser comum na vida de uma pessoa como, cuidar de seu ambiente, limpar o terreno de sua casa, seu banheiro, arrumar a sua cama é organizado e padronizado pelo hospital em atividades terapêuticas para os pacientes.

Semanalmente são elencados grupos para atividades diversas de manutenção da limpeza e organização da enfermaria. Dos quarenta e cinco pacientes ali internados, quase sempre metade desses realizam atividades de limpar o chão, os vasos sanitários, trocar um calendário, limpar o pátio e etc.

Goffmann (1974), caracteriza o tratamento conferido à ocupação do tempo dos internos de uma instituição total como mais uma especificidade do processo de mortificação do eu. Lembra o autor, ser comum neste tipo de instituição a obrigatoriedade dos pacientes a executar atividades que são estranhas a ele, aceitar papéis aos quais não se identifica.

A obrigatoriedade apesar de não explicitada, encontra-se na comunicação ao paciente de que a participação nas atividades de manutenção da enfermaria se faz importante, em virtude de que no desempenho dessas atividades, além de ter seu tempo preenchido, pode ser reconhecido como “melhorando” da sintomatologia que motivou a internação.

Goffmann descreve a desqualificação do trabalho nas instituições totais. A instituição que tem por objetivo a reintegração do seu paciente a sociedade tem no oferecimento de atividades totalizantes aos pacientes, exemplo de

desqualificação de aspectos da identidade de seus internos. “Em algumas instituições existe uma espécie de escravidão, e o tempo integral do internado é colocado à disposição da equipe dirigente; neste caso, o sentido de eu e de posse do internado pode se tornar alienado em sua capacidade de trabalho”. (Goffmann, 1974:21). O autor observa ainda a desqualificação acontecendo em um sistema de pagamentos secundários como tabacos ou até mesmo a cessação de castigos.

Um clímax de desqualificação ainda pode ser observado quando no cumprimento de atividades desqualificadoras, é que o paciente pode mostrar à equipe que o atende motivos para conhecer sua recuperação e retorno a sociedade.

Além da medicação e do trabalho desqualificado como atividade terapêutica oferecida pelo hospital aos seus internos, a enfermaria conta com profissionais de educação física, psicologia e terapia ocupacional. Estes profissionais têm em seu trabalho constituído por tentativas sem sucesso de realizar seus trabalhos junto aos pacientes. Têm estes serviços, suas atividades desorganizadas pelas rotinas médicas e de enfermagem que constituem uma “monopolização” das atenções dos pacientes. (afinal, na prática estes definem seus destinos). Sendo assim, grande tempo do trabalho desses profissionais acaba sendo o de tentar organizar e efetivar seu espaço de trabalho que não desestabilize a rotina instalada.

As intercorrências

A partir do objetivo de uma unidade de agudos ser a internação (contenção) de uma crise psicótica, o trabalho junto a este paciente, muito além da oferta das atividades terapêuticas como a medicação e o encaminhamento para atividades, será o de manter o paciente sob um regime de constante vigilância e registro de evolução do paciente para um quadro de compensação e cessação da sintomatologia de motivou a internação.

O desvio da evolução em direção de um restabelecimento da normalidade é denominado de intercorrência. Na verdade intercorrência é um nome que designa qualquer mudança no andamento das atividades e rotinas da enfermaria. Estas podem se referir a um paciente que se recusa do uso de medicação, o isolamento ou recusa de alimentação por um paciente ou uma briga entre pacientes ou agressão a um funcionário.

Agressão é o tipo de intercorrência que pela intensidade da desestabilização na enfermaria têm rotina própria. Os demais tipos de intercorrências têm encaminhamentos diversos pela equipe de plantão.

“Qualquer intercorrência com pacientes deve ser atendida com abordagem (diálogo) ou manejo (contenção no leito ou medicação), conforme circunstâncias sendo anotado no Livro de Ocorrências e no prontuário respectivo. Quando houver necessidade de uma contenção ou medicação no paciente, deve-se seguir as orientações:

- Comunicação ao enfermeiro supervisor da unidade e ao médico assistente em primeiro lugar. Na ausência destes, comunicação ao enfermeiro de plantão ou ao médico de plantão. Ambos deverão avaliar o paciente fazendo as devidas evoluções em prontuário.” (M.R.E. s/p)

As indicações para a contenção contidas no Manual de Rotinas da enfermagem::

“Para evitar um perigo iminente para o paciente, se outros meios de controle não são efetivos ou apropriados, perigo para os outros (paciente e equipe), perturbação no programa de tratamento ou danos ao ambiente.” (M. R. E. s/p)

Na prática, a abordagem ante a qualquer situação seja esta uma transgressão a ordem da enfermaria que justifique uma contenção ou revisão da medicação ou a orientação a um paciente ante a um questionamento qualquer, acontece de acordo com opções muito individuais de cada funcionário. A partir da diretriz do trabalho da equipe de enfermagem ser o de manter a ordem do ambiente, cada funcionário tende a buscar ajustamentos de suas ações de acordo com suas possibilidades pessoais, como sexo, capacidade de manejo de situações, experiência na instituição etc.

Os próprios pacientes, de acordo como descreve Goffman, realizam uma série de “ajustamentos primários” à disciplinarização contida na instituição. Individualmente passam a ser dóceis às tais normas, muitas vezes reprodutores ante aos demais pacientes das regras da enfermaria - um tipo de identificação com o agressor, de acordo com Goffman - .

“Ajustamentos secundários” também um termo desenvolvido no trabalho de Goffman, podem ser notados ante ao esquema de disciplinarização organizado pela instituição. São roubos, trocas de pequenos objetos entre os paciente para adquirirem alguns privilégios ou até jogos sexuais entre estes, que por vezes ficam confinados em média por um mês, num ambiente tão pobre.

A diretriz de controle dos pacientes por parte dos funcionários que pode ser vista atingindo seu grau máximo na contenção de um paciente tem sua manutenção garantida no controle dos pacientes especificamente em seu nível corporal.

Um exemplo disso é a constante exposição que os pacientes sofrem em seu cotidiano no hospital no banho que é único para todos os internos e que tem duração de cerca de uma hora. Assim os pacientes que não têm o hábito de se despir diante de outras pessoas ou até mesmo o hábito de tomar banho, ficam expostos a esta necessidade da regra do banho, por exemplo, que acontece diante de outros pacientes e também de mulheres que circulam no ambiente.

O controle de prevenção e tratamento da escabiose e pediculose *corporis* e *púbis* também são exemplos de exposição e submissão do corpo dos pacientes. Com a justificativa de prevenção de infestação, semanalmente os pacientes de todo o hospital em dia e horário estabelecidos são revistados procurando-se erradicar a possível infestação ocorrida na semana anterior. Desse modo, o corpo de responsabilidade individual do paciente tem seu controle na organização da enfermaria. A cada situação de exposição como o momento do banho ou controle de pediculose e escabiose, parece ficar claro ao paciente o controle desse corpo, em algum tipo de agitação/cólera que possa vir a apresentar. Também a negação da sexualidade que tem este paciente pode ser a partir daí compreendida.

Outras regras para a minimização da manifestação da sexualidade acontecem no decorrer da internação. Uma destas é a própria medicação, que tem efeitos inibidores da sexualidade, bem como a punição ante a enunciações ou gestos de cunho sexuais entre os pacientes. Exemplo da contradição que traz a instituição acerca da sexualidade é o impedimento aos pacientes da masturbação e o direcionamento destes a realizá-la em ambiente íntimo, entretanto, sequer os banheiros possuem portas.

O relaxamento da ordem

Às tentativas de demonstração das características totalizantes de acordo com Goffmann, no atendimento prestado aos pacientes da “primeira enfermaria masculina” do IPQ – SC, pode ser acrescentado o que descreve Goffmann sobre as cerimônias institucionais.

É comum na instituição a realização de eventos semanais (bingos, caminhadas, danças) e trimestral (festas de carnaval, páscoa, junina, idoso e natal). Neste momento os pacientes têm especialmente nos funcionários da enfermagem apoio certo. O próprio Manual de rotinas explicita esse papel:

“O paciente deve ser acompanhado em quaisquer atividades externas, promovidas pelo hospital, e, uma vez que estas se da saída e da chegada dos pacientes para as atividades, realizadas fora da enfermaria em que estão internados, comunicando o enfermeiro supervisor respectivo qualquer ocorrência. Ante as atividades terapêuticas, os pacientes devem ser estimulados. Cabe a enfermagem também a observação ou situação inadequada a respeito”. (M.R.E. s/p)

De acordo com Goffman, nestas situações “há uma liberação do papel normatizador”. Em troca aos internos são solicitadas conformidades com a instituição. Esta, afinal, procura manter sua clientela provida dos acontecimentos externos, relativos ao mundo social de modo geral, como as festas do calendário.

Para tais eventos autoridades e pessoas da comunidade são convidadas participar e compreender os esforços que a instituição desenvolve no sentido de cumprir seus objetivos de recuperação e reintegração dos pacientes no mundo social.

Considerações finais

A realizar o estudo de caracterização das instituições totais Goffman, demonstra um esforço em busca de características de funcionamento desse tipo de instituição. Estas características, como pode ser observado no presente estudo, revelam o quão atualizado se encontram as observações do autor, quando aplicadas ao reconhecimento da racionalidade da instituição psiquiátrica com suas características totalitárias. Diante desse levantamento o que é inventariado por Goffman acerca das instituições totais, alcança a um só tempo com o Instituto de Psiquiatria o reconhecimento de um termo fundamental de denomina de processo de **mortificação do eu**.

A cada nova descrição das características das instituições feita por Goffman, este vai mostrando os processos de **contaminação** ocorridos dentro

da instituição. O que sem grande dispêndio pode ser observado de maneira análoga ocorrendo na instituição psiquiátrica que foi colocada sob investigação, podendo ser compreendido a contaminação, como especificidades ou o veículo que leva a mortificação do eu.

É surpreendente o cuidado do autor para não escapar detalhes da realidade das instituições. Certamente esta riqueza descritiva instrumentaliza o leitor para o que consiste uma instituição desse tipo. Mas será somente este o valor de uma obra? Arrisca-se conjecturar aqui que o momento em que o livro de Goffman não causar mais esta surpresa terá perdido seu valor.

É neste momento que se pode apontar o mérito do trabalho de Goffmann: primeiramente arrancar do observador a manifestação de surpresa. Depois causar êxtase do leitor diante de tamanho detalhismo por parte da instituição que se organiza com o objetivo de alcançar a disciplina de seus internos.

Nesse momento é conferido à instituição características de movimento, e se assim for, “viva”, pode colocar o leitor de Goffman em interação com esta. E, mais que possibilitar ao leitor uma leitura estática da instituição, esta capacidade descritiva tem alcançado sua efetividade quando traz à tona a questões acerca da origem de tamanha concentração de disciplina ocorrida dentro da instituição e se busca responder qual a função social de tamanha institucionalização da loucura?

Guilhon de Albuquerque (1978), ao estudar o contexto social da doença mental, lembra da necessidade de se ter um quadro de referência da evolução das instituições. Para este autor se é atualizada a descrição de Goffman acerca dos asilos e das prisões, talvez semelhanças já não podem mais ser atribuídas aos conventos, mosteiros e até instituições psiquiátricas. Lembra ainda Guilhon de Albuquerque (1981), a evolução que os setores de atendimento a clientela psiquiátrica vinham sofrendo, sobretudo nos Estados Unidos, quando um novo panorama de instituições estava sendo oferecido com a privatização desse setor, resultando em sofisticadas clínicas, à semelhança de clínicas que tratavam outras especialidades.

As observações de Guilhon trazem interessante questionamento já não mais somente para Goffman, no sentido da falta de um quadro referencial histórico (e acrescenta-se aqui um quadro de movimentação por parte das instituições), mas ao próprio trabalho comparativo que aqui encontrou correspondência do quadro traçado por Goffman e das práticas realizadas do Instituto de Psiquiatria.

Nesse momento, a própria história pode vir em socorro, para responder a tal questionamento. Trata-se a instituição aqui estudada em verossimilhança às instituições investigadas por Goffman?

Fragments da história do Instituto de Psiquiatria, bem como os aspectos do contexto de saúde mental no Estado de Santa Catarina apresentados revelam que as instituições de saúde mental encontram-se estáticas na manutenção de um modelo que a originou. Santa Catarina pode-se dizer ainda possuir “a instituição psiquiátrica”, com todo seu ideário de alijamento bem descrito por Foucault nos seus estudos.

Assim, se convergente o estudo realizado por Goffman com as características inventariadas acerca das práticas de saúde mental na instituição aqui estudada, questões merecem ser feitas sobre o futuro do

atendimento à loucura neste contexto e quais estratégias podem estar presentes na manutenção deste quadro. Parecem não tardar o aparecimento de novos modelos de atendimento à loucura com novas formas de mortificação do eu.

O Manual de Rotinas de Enfermagem citado no presente estudo pode ser exemplo de tentativas de humanização de atendimento a estes pacientes, no entanto, sem estabelecer maiores críticas ao quadro mais geral que delimita a prática institucional totalizadora. Há de se compreender então a evolução geral das instituições e especificamente o que está sendo administrado neste contexto e, para tanto, procurar respostas como a que faz Guilhon de Albuquerque (1981): Quantas e quais são as partes de uma realidade social?

Os estudos que buscam compreender os aspectos históricos da consolidação da sociedade contemporânea, revelam o concomitante nascimento desse tipo de instituição e da tendência a disciplinarização ocorrida na sociedade da época. A modernidade que tem seus marcos históricos na Revolução Francesa e na Revolução Industrial tem nas organizações, garantida produção de estratégias, para organizar o modo de vida das pessoas e fornecer uma regularidade e uma ordem social. Todo esse processo coloca a vida das pessoas sob um tipo de arremetimento, o que no plano pessoal significa uma inviabilidade de seus desejos.

Assim, embora todos os modelos organizacionais como as organizações burocráticas, mecanicistas, organicistas e culturais e tantas outras, têm em sua dinâmica mantida por aspectos de regularidade da vida das pessoas em direção à produtividade. É no conhecimento das instituições totais, de suas especificidades e de sua história, que parecem emanar questões mais vivas sobre a total liberdade dos seres humanos e de que modo estes processos encontram correspondência com a estrutura de outras organizações.

Por último, pode-se afirmar que a partir dos discursos proferidos após as surpresas que quem se depara com a realidade das instituições totalitárias, e porque não acrescentar outros tipos de instituições, e que poderão ser acrescentados novos capítulos às suas histórias.

Referências

- Antunes, M. A. M. (1999). A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição. São Paulo: Unimarco Editora/Educ.
- Costa, J. F. (1983). Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1992). Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Sagra.
- Goffman, E. (1974). Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva.
- Guirado, M. (1987). Psicologia Institucional. São Paulo: EPU.
- Guilhon de Albuquerque, J. A. (1978). Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental. São Paulo: Paz e Terra.
- Guilhon de Albuquerque, J. ^a (1981). Instituição e Poder. Rio de Janeiro: Graal.

Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (1988). Manual de Rotinas da Enfermagem, sem paginação.

Hubberman, L. (1983). História da riqueza do homem. Rio de Janeiro: Zahar.

Motta, F. C. P. (1981). O poder disciplinar nas organizações formais. Revista de Administração de Empresas, 21, (4), 33-41.

Teixeira, M.A.A. (1991). Dar ul maraftan – Morada dos que precisam ser acorrentados: contribuição ao estudo das relações de poder na instituição psiquiátrica. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.