

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E PODER GERENCIALISTA NO TRABALHO HOSPITALAR: ENSAIANDO APROXIMAÇÕES

Professional Rehabilitation And Managerial Power In Hospital Work: Thinking About Some Approaches

La Réadaptation Professionnelle Et Le Pouvoir De Gestion Dans Le Travail Hospitalier: Nouvelles Approches

Rehabilitación Vocacional Y Poder Managerial En El Trabajo Hospitalar: Ensayando Aproximaciones

Álvaro Roberto Crespo Merlo¹

Médico do Trabalho, Especialista em Saúde Pública pela Université Paris I (Panthéon-Sorbonne) em 1979, Doutor em Sociologia pela Université Paris VII (Denis Diderot) em 1996. Atualmente é Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atua na Faculdade de Medicina, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS e é Professor Médico-Assistente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Serviço de Medicina Ocupacional/Ambulatório de Doenças do Trabalho e na Residência em Medicina do Trabalho. Atua na área de Psicologia, com ênfase em Psicodinâmica e Clínica do Trabalho e na área da Medicina, com ênfase em Medicina do Trabalho. Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFRGS.

Ana Luisa Poersch²

Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, possui graduação em Psicologia e extensão universitária na mesma universidade, com formação complementar em intercâmbio internacional realizado na Facultad de Psicología da Universidad Autónoma de Madrid, através de convênio entre UFRGS e UAM-Espanha. Atualmente é Psicóloga do Trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Análise Institucional e Psicologia Organizacional e do Trabalho, atua principalmente nos seguintes temas: Psicologia do Trabalho, Saúde do Trabalhador, Psicodinâmica do Trabalho, Análise Institucional.

Carmem Lígia Iochins Grisci³

Graduação em Psicologia pela UNISINOS (1986), Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS (1994), Doutorado em Psicologia pela PUCRS (2000) e Pós-Doutorado na UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA (2005). Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pesquisadora e orientadora do Departamento de Ciências Administrativas e do Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da UFRGS desde 1996. Pesquisadora CNPq – 1D. Interesse de Pesquisa com ênfase em Trabalho, Gestão e Subjetividade.

¹ E-mail: merlo@ufrgs.br

² E-mail: analuisapoersch@gmail.com

³ E-mail: carmem.grisci@ufrgs.br

RESUMO

Sabe-se que a restrição laboral e o retorno ao trabalho estão entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador. A desassistência atual que sofrem os trabalhadores à Reabilitação Profissional tem resultado na permanência da incapacitação ao trabalho. Este fator está diretamente associado à realidade no ambiente hospitalar, campo desta investigação, remetendo a análise à gestão gerencialista, que coloniza toda a sociedade, com sua cultura do alto desempenho, da qualidade, da quantificação, da excelência. Nesse sentido, sugere-se que a pauta de futuras pesquisas considere indagar: como a gestão gerencialista virá efetivamente a se mostrar em relação aos quadros de adoecimento e afastamento das atividades? Será a reabilitação profissional um programa possível no cenário de trabalho hospitalar?

Palavras-chave: Reabilitação Profissional; Poder Gerencialista; Trabalho Hospitalar; Saúde do Trabalhador

ABSTRACT

Labor restriction and return to work are among the most complex aspects of worker's health care policies. The current lack of assistance in Professional Rehabilitation has resulted in enduring work disabilities and extensions of work leave. This factor is directly related to the hospital environment, field of this research, and refers the analysis to a managerial approach to management, which colonizes society with its culture of high-performance, quality, quantification and excellence. In this sense, it is suggested that future research should consider asking: how will the managerial approach effectively deal with occupational illness and work leave? Will it be possible to conduct professional rehabilitation programs with workers in a hospital setting?

Keywords: Professional rehabilitation; managerial power; hospital work; worker's health.

RÉSUMÉ

Il est connu que la restriction du travail et le retour au travail sont parmi les aspects les plus complexes de la politique de soins de santé du travailleur. Le manque actuel de l'aide aux travailleurs en réadaptation professionnelle a donné lieu à la permanence de l'incapacité de travailleurs. Ce facteur est directement liée à la réalité dans les hôpitaux, le champ de cette recherche et l'analyse se réfère à la gestion managériale, la colonisation de la société tout entière, avec sa culture de performance, la qualité, la quantification de l'excellence. En ce sens, il est suggéré que l'ordre du jour de la recherche future envisage demander: comment la gestion managériale pourra efficacement se montrer en matière de gestion des activités de la maladie et d'arrêt de travail? Ce sera possible un programme de réadaptation professionnelle dans un cadre de travail de l'hôpital?

Mots-clés: Réadaptation professionnelle; Pouvoir managérial; Travail à l'hôpital; Santé des travailleurs

RESUMEN

Se sabe que las restricciones laborales y regreso al trabajo son algunos de los aspectos más complejos de las políticas de atención de la salud del trabajador. La falta de asistencia actual que sufren los trabajadores respecto a la Rehabilitación Vocacional ha dado lugar a la permanencia de la incapacidad para trabajar. Este factor remite al análisis de la gestión managerial, que coloniza a toda la sociedad, con su cultura de alto rendimiento, la calidad, la cuantificación de la excelencia. En este sentido, se sugiere que la agenda de investigación futura considere preguntar: ¿cómo es que efectivamente la gestión managerial se mostrará en relación a los cuadros enfermedad y alejamiento de las actividades? ¿Será la rehabilitación profesional un programa posible en el escenario del trabajo en el hospital?

Palabras-Clave: Rehabilitación Vocacional; Poder Managerial; El trabajo del Hospital; Salud de los Trabajadores

INTRODUÇÃO

A discussão que impulsiona o presente ensaio teórico emerge de um campo ainda peculiar de atuação, mas que vem se mostrando crescente frente às atuais configurações do mundo do

trabalho. Trata-se do olhar direcionado aos trabalhadores que após afastamento de suas atividades e ingresso em Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), retornam ao trabalho em hospital, instituição que vem sofrendo

transformações importantes no modo de pensar e conduzir seus processos de gestão em pessoas.

A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento profissional está pautada, social e historicamente, pela incapacidade e pela insegurança (Ramos, Tittoni & Nardi, 2008). Essa vivência, segundo os autores, intensifica-se pelo incremento das exigências trazidas pela flexibilização do trabalho, pelo risco do desemprego e pelas dificuldades institucionais e burocráticas que irão refletir na situação do trabalhador afastado frente à busca de legitimar seus direitos. Tais exigências agudizam as dificuldades dos trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais ao retornarem para o trabalho, seja devido às limitações funcionais decorrentes dos adoecimentos, aos obstáculos vivenciados junto às empresas ou aos entraves relativos ao INSS e aos serviços de saúde (Toldrá, Daldon, Santos & Lancman, 2010). Para os autores, a restrição laboral e também o retorno ao trabalho estão entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador.

Faz-se necessário, no entanto, pensar a reabilitação profissional para além do que é feito no programa de reabilitação profissional da Previdência Social e da clássica reabilitação clínica oferecida em diferentes serviços de saúde. Deve-se considerá-la, sobretudo, como um processo dinâmico de atendimento global do trabalhador que deve envolver as empresas no processo de prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção no trabalho (Toldrá et al., 2010).

Neste processo, o retorno ao trabalho, após longo período – que muitas vezes se estende por anos – de afastamento do universo laboral, mostra-se uma experiência singular ao trabalhador que se vê frente a arranjos organizacionais que já não lhes são familiares; a equipes que se constituíram de modos diversos; a relações e vínculos de trabalho fragilizados face ao

fomento dos modelos individualistas de gestão no trabalho.

Em consonância com as mudanças nos programas de reabilitação profissional no Brasil – desde sua consolidação ao final dos anos 1960 –, a redução do modelo previdenciário de reabilitação profissional repercutiu no atendimento dos serviços de Saúde do Trabalhador do SUS (Sistema Único de Saúde). A desassistência atual que sofrem os trabalhadores à reabilitação tem resultado na permanência da incapacitação ao trabalho, com consequentes prolongamentos de afastamento, ou então, até mesmo com altas precoces pela Perícia Médica do INSS, que não considera as questões de prevenção, conforme avaliam Takahashi, Simonelli, Sousa, Mendes & Alvarenga (2010). Isso amplia a desvantagem desses trabalhadores acidentados e adoecidos por ocasião do retorno ao trabalho, fator diretamente associado à realidade no ambiente hospitalar que remete sua análise à gestão gerencialista, que coloniza toda a sociedade, com sua cultura do alto desempenho, da qualidade, da quantificação, da excelência (Gaulejac, 2007).

A fim de problematizar a experiência da reabilitação profissional, tem-se em mente as marcas e os efeitos da atual lógica de produtividade exacerbada – inclusive nos programas de seguridade social – que acabam por designar aos trabalhadores afastados o posto de incapazes e consequentemente improdutivos para o trabalho (Ramos, Tittoni & Nardi, 2008). Para esta discussão, toma-se em perspectiva pesquisa⁴ realizada em um hospital-escola federal geral de grande porte, que se ensaia nas novas ferramentas de gestão e seus dispositivos de controle. O trabalho no hospital-escola tem em suas raízes traços importantes de uma ciência em permanente

⁴ Projeto de pesquisa encaminhando para análise do Comitê de Pesquisas e Ética do hospital em questão e aprovado sob o registro nº 14-0317, Nº CAEE 32400714100005327.

construção. Nele cotidianamente engendrase uma busca constante por verdades que solucionem males. E, mais recentemente, intensifica-se uma captura científica e metodológica relacionada à qualidade na assistência, com reflexos importantes nos modos de trabalhar de ofícios imersos em discursos do conhecimento.

Pitta (2003) traz que a divisão do trabalho no hospital é a reprodução, no seu interior, da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista, preservando, contudo, algumas características da religiosidade assistencial de outras épocas. Para a autora, o trabalho hospitalar, enquanto serviço, obedece às mesmas regras gerais de determinação econômica que outras atividades, oferecendo, porém, maior complexidade em sua análise ao envolver a discussão de seu valor, resgatando, sobretudo, que “as primeiras vocações para o cuidado dos enfermos certamente se situam no âmbito da religião, e não da ciência e da técnica” (p.51).

Nesse sentido,

Da profana incumbência de sequestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, escondendo o incômodo e disciplinando os corpos e guardando-os até a morte, à nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções (Pitta, 2003, p.39).

Com Silva (1998) apontamos que o processo de trabalho hospitalar, em sua maioria, parcelado, reproduz as características da organização de trabalho industrial, produzindo trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. Repetidamente naturalizado como único possível, este processo frequentemente repete a lógica do trabalho taylorizado que traz à cena a ação mecanizada e a dificuldade de inventividade, esta última

necessária à própria execução na busca pelos resultados esperados (Silva, 1998). Desta forma, a produção de saúde, vida e morte não se faz à parte dos processos de trabalho e gestão rígidos do hospital, pautados por demandas orgânicas meticulosas e vigiados por agências reguladoras nacionais e internacionais de padrão de qualidade.

Naquilo que diz respeito ao programa de reabilitação de funcionários do hospital em questão, tem-se, em setembro de 2016, um total de 137 profissionais reabilitados, considerados aptos com restrições, que compõem o quadro de funcionários da instituição, em um universo de 6.000 trabalhadores contratados via regime celetista – ademais de acadêmicos, estagiários, residentes e professores que atuam diretamente no ensino e assistência. Ao passo que tem, na mesma ocasião, o quantitativo de 35 trabalhadores inseridos no programa à espera de recolocação⁵.

Estes números representam o percentual de 2.22% de funcionários do hospital, inferior ao sugerido pela Lei 8213 de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, na Seção VI – Dos Serviços, a Subseção II (Da Habilitação e da Reabilitação Profissional). O Artigo 93 desta lei aponta que:

A empresa com 100 ou mais funcionários está obrigada a preencher de dois a cinco por cento dos seus cargos com beneficiários reabilitados, ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção: até 200 funcionários - 2%; de 201 a 500 funcionários - 3%; de 501 a 1000

⁵ Estes trabalhadores são de nível fundamental, médio e técnico e estão afastados do trabalho em ocasiões datadas de outubro de 2003 a dezembro de 2015, de modo que a média de tempo afastado do trabalho gira em torno de 4 anos. Eles passam a integrar o programa de reabilitação do INSS em períodos que variam de março de 2014 a junho de 2016.

funcionários - 4%; de 1001 e mais funcionários - 5% (Brasil, 1991).

Este percentual, averiguado em uma empresa pública, representa, dentre outras constatações, o paradoxo que compõe a reinserção destes trabalhadores. Ora como agentes de transformação e evolução científica (ademais da assistência em saúde), outras vezes são ajustados como minorias em um modelo de produção que não encontra mais espaço para a diferença, nem nos órgãos pertencentes ao próprio Estado.

A partir desse cenário, objetiva-se, a seguir, discutir no âmbito da reabilitação profissional, o poder gerencialista no agravamento da experiência de adoecimento, afastamento e retorno às atividades laborais no hospital-escola, considerando-se a especificidade vigente da busca de acreditação internacional que se vê em consonância com a gestão gerencialista em sua faceta voltada à excelência.

Revisão de Literatura

Transformações na gestão em saúde e o discurso da qualidade

As últimas décadas testemunharam uma série de avanços do conhecimento e da tecnologia em saúde, contexto no qual os hospitais têm sido confrontados com demandas simultâneas, que, somadas a este avanço, impõem “substantivos desafios de organização e gestão.” (Machado & Kuchenbecker, 2007, p. 72). Segundo os autores, colaboram para este constante cenário de mudanças as novas modalidades assistenciais, em adaptação às mudanças vivenciadas pelos sistemas de saúde nos últimos anos.

Ao mesmo tempo, o hospital tem despertado o interesse como empresa, impulsionando estudos sobre planejamento estratégico, sistemas de informação e redução de custos (Weber & Grisci, 2010). Esta perspectiva mostra-se atrelada ao

contexto neoliberal, de globalização e reforma do Estado, e sua alta exigência por resultados positivos, voltados à lucratividade, fator visto como fundamental para sobrevivência em um mercado competitivo (Weber & Grisci, 2010).

O conhecimento sobre o trabalho em uma instituição hospitalar passa também por reconhecer aspectos de sua cultura organizacional, da história do hospital e de seu posicionamento em relação ao futuro, sendo que nos moldes da gestão da qualidade em saúde, isso se refere a conhecer “a Missão, a Visão, a Política da Qualidade e os Objetivos da Qualidade do hospital.” (Silveira, 2010, p. 72).

Em relação à temática da qualidade na assistência, o Ministério da Saúde vem, desde meados de 1970, desenvolvendo e implementando a publicação de normas e portarias; mais recentemente instituiu criação da Organização Nacional de Acreditação - ONA (Cunha & Feldman, 2005). Segundo as autoras, esta organização, criada em maio de 1999, é o órgão regulador e credenciador do desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde nacional e contém um Programa de Padrões descritos no manual que certifica, através das empresas credenciadas, as instituições de saúde que atingem os níveis de qualidade propostos ou em conformidade:

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação (Feldman, Gatto & Cunha, 2005, p. 217).

Esta cultura, influenciada por modelos norte-americanos de avaliação de hospitais, tem nas Instituições Acreditoras – empresas de direito privado credenciadas pela ONA, a responsabilidade de proceder a avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional (Feldman et al, 2005). Para as autoras, a organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de acreditação estará revelando sua responsabilidade e comprometimento “com a segurança, com a ética profissional, com procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população” (Feldman et al, 2005, p. 217), posto que a

Acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente e, a partir de regras de decisão estabelecidas, receber um selo de acreditação com validade de 3 anos. ([JCI, 2016](#)).

Originária do vocabulário inglês, a palavra Acreditação é utilizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação e pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. No campo empírico que desencadeou este ensaio, a *Joint Commission Internacional* (JCI) foi a empresa eleita para a condução do processo de acreditação hospitalar. Após um período de preparo de cinco anos, em novembro de 2013 a organização em questão se sagrou o primeiro hospital universitário brasileiro a ser acreditado pela JCI. Ao longo deste tempo, importantes transformações processuais e de gestão de pessoas se fizeram notar na instituição.

Segundo informações que constam em sua página na internet, a *Joint Commission Internacional* é líder mundial

em acreditação de instituições de saúde e autora e avaliadora dos mais rigorosos padrões internacionais de qualidade e segurança do paciente. Além disso, trabalha para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados médicos na comunidade internacional por meio da prestação de serviços de educação, publicações e consultoria para acreditação e certificação internacionais. Em mais de 100 países a JCI faz parceria com hospitais, clínicas e centros médicos acadêmicos; sistemas e agências de saúde; ministérios governamentais; universidades e órgãos de defesa da saúde internacionais para promover rigorosos padrões de cuidados médicos e fornecer soluções para atingir o máximo desempenho.

A mesma empresa defende que o processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade na instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente e os resultados obtidos, elencando que, nestas condições, a empresa:

- a) Eleva a credibilidade da instituição junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento;
- b) Proporciona um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação dos profissionais;
- c) Cria novos mecanismos de negociação junto às fontes pagadoras, com base em dados relativos à melhoria e garantia da qualidade do cuidado;
- d) Cria novos mecanismos para ouvir as demandas de pacientes e seus familiares, respeitando os seus direitos e criando com eles uma parceria na melhoria do processo de cuidado;
- e) Permite introduzir uma cultura de segurança baseada no aprendizado com a análise dos relatórios periódicos sobre eventos adversos e outras questões de segurança; e
- f) Estabelece um estilo de liderança colaborativa que define prioridades e uma

liderança contínua que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis. (JCI, 2016).

Decorrem deste contexto situações e especificidades que exigem uma análise voltada aos trabalhadores imersos nestas propostas e responsáveis por sua execução. Ademais, é preciso problematizar como se dá a reinserção de trabalhadores reabilitados, sobretudo em relação à saúde mental, neste cenário específico de trabalho e produção em saúde.

Excelência e qualidade: acreditação internacional e poder gerencialista

A exemplo das demais metodologias de certificação, avaliação e/ou premiações de gestão em saúde, infere-se que esta proposta preconiza o comprometimento dos colaboradores e apresenta o sucesso do sistema como resultante de um processo coletivo plenamente disseminado, que deve ser abraçado por todos os envolvidos, em todos os níveis da instituição (Silveira, 2010). No entanto, nota-se a ausência de menção a políticas e padrões de qualidade direcionados à saúde do trabalhador que executará estes processos. Da mesma forma que os estudos relacionados à implantação de programas de qualidade “proporcionam visibilidade ao contexto mercantil no qual a saúde está inserida, entretanto mostram pouco sobre seu impacto no cotidiano e nos modos de trabalhar” (Weber & Grisci, 2010, p. 54).

Associando o discurso da qualidade ao mercado financeiro, Gaulejac (2007) aponta que a partir do momento em que a lógica financeira assume o comando sobre a lógica de produção, as relações de poder no seio da empresa se modificam. Para o autor, essa transformação do capitalismo favorece um processo generalizado de desterritorialização do poder, posto que o lugar da atividade concreta está desligado dos lugares de tomada de decisão, com “uma pressão do número e dos

instrumentos de medida, em detrimento de uma reflexão sobre os processos, os modos de organização e os problemas humanos” (Gaulejac, 2007, p. 42) envolvidos no trabalho, o que o autor denominará de “quantofrenia”, ou, doença da medida:

A doença da medida não é nova. [...] Ela repousa sobre a crença de que a objetividade consiste em traduzir a realidade em termos matemáticos. O cálculo dá a ilusão de domínio sobre o mundo. Os “calculocratas” preferem a ilusão de garantia, em vez de uma realidade cheia de incertezas, que dá medo (Gaulejac, 2007, p. 97).

O principal risco advindo desta postura é procurar compreender o que é mensurável, em vez de utilizar a medida como fonte de melhor compreensão da realidade (Silveira, 2010). Evidentemente, manter uma posição reflexiva é fundamental no cenário da saúde. Desta forma, os números devem nos indicar, mas não determinar de forma absoluta as direções a serem seguidas, posto que a busca por alcançar metas não pode suplantiar a qualidade assistencial:

Neste contexto, a função de um indicador é apenas indicar. Sua análise não pode, nem deve ser realizada sem interpretação, sem levar em conta os aspectos subjetivos acerca de suas indicações. Temos aqui um embate entre a objetividade da matemática e subjetividade das ciências humanas. Um número ou índice só pode ser indicativo de qualidade de vida e bem-estar, ou de um sintoma enunciado, se atrelado à análise. Não uma análise baseada em parâmetros prefixados, como o estabelecido pelas metas, com seus limites inferiores e superiores. Mas parâmetros que permitam reflexão e interpretação crítica dos dados da realidade (Silveira, 2010, p.128).

Distorções relativas ao sentido do trabalho para o trabalhador poderão ser pensadas como consequência destes modelos de gestão. No cenário da saúde, elas poderiam associar-se, ainda, à introdução de novas tecnologias, seja no campo dos equipamentos, da informação ou gestão (Silveira, 2010). Seligmann-Silva (2013) fala de uma ameaça no sentido do trabalho em saúde, tendo em vista as mudanças encontradas tanto na iniciativa privada quanto nos setores públicos. O trabalho em saúde, segundo a autora, está associado com valores sociais e éticos de grande alcance (vida, alívio do sofrimento, recuperação da saúde) e, nesse contexto, o sentido do trabalho é tradicionalmente favorecedor do fortalecimento de identidade destes profissionais. No entanto, as mudanças organizacionais e técnicas em discussão trouxeram sobrecarga de trabalho e perda de reconhecimento profissional, o que é possível associar à multiplicação dos casos de síndrome de *burnout* e depressão associados (Seligmann-Silva, 2013).

A relação entre o sujeito e a organização do trabalho é fator central de análise como determinante do sofrimento mental (Bottega, 2014). Por força da atual configuração da organização do trabalho, o trabalhador tende a um processo doloroso de confronto com seus colegas e consigo mesmo, “relegando sua condição de trabalho a um plano escondido, recalcado e silencioso” (Bottega, 2014, p. 246). A dor – no caso de trabalhadores reabilitados portadores de lesões – transcende ainda mais o incômodo físico ocasionado pela patologia, intensificando-se nas relações subjetivas que se travam neste cenário.

Nesse sentido, discursos aprimorados e propostas de inovação alternam-se a fantasias quanto ao futuro e incertezas em relação ao desempenho profissional. No caso dos trabalhadores reabilitados estes atravessamentos se dão de forma intensa, verticalizada. Ainda mais que

Quando os dispositivos de avaliação e de reconhecimento estão desligados dos valores e do sentido que os agentes atribuem a sua atividade, entramos em uma crise da simbolização. [...] o acaso se torna o fator chave do sucesso e não a atividade real do indivíduo. E daí um sentimento de incoerência, que o indivíduo enfrenta solitariamente (Gaulejac, 2007, p.156).

No programa de qualidade, o sentido do trabalho é construído a partir de um modelo ideal e não a partir da realidade concreta. A qualidade é definida a partir de indicadores pré-estabelecidos, e não a partir de critérios reais que os agentes utilizam para definir a qualidade daquilo que eles fazem - os únicos critérios que lhes são verdadeiramente significativos (Gaulejac, 2007).

Boa parte dos manuais que servem de base para a implantação de um programa de qualidade apresentam uma linguagem pouco acessível e, por vezes, destituída de sentido claro (Silveira, 2010, p. 126), o que reforça a possibilidade de se “favorecer a repetição vazia de termos aprendidos – não necessariamente aprendidos – o que distancia os sujeitos da apropriação de conhecimento específico.” Neste caso, a prescrição de formação é construída sobre uma visão aparentemente abstrata de mudança (é preciso se modernizar), enquanto é sabido que o sentido do trabalho, para o trabalhador, é construído em cima de uma experiência concreta da atividade (Gaulejac, 2011).

Para os profissionais que estiveram ao longo de anos afastados da realidade laboral, o retorno às atividades neste cenário de acontecimentos é motivo de estranhamento, insegurança e fragilidade, esta, sobreposta às limitações físicas. A informatização dos registros e prontuários, o controle via tecnologia e a inserção de

metas e indicadores se mostram como fatores que atravessam este momento.

Fato é que a assimilação das práticas gestonárias no campo da saúde constitui-se realidade irrefutável e incide no cotidiano de todos os profissionais, de modo que alguns aspectos são inerentes aos sistemas de gestão da qualidade e exigem dos profissionais uma sensível adaptação às mudanças impostas pelas instituições (Silveira, 2010). Este processo, no entanto, não se dá sem impactos:

O primeiro impacto a ser indicado trata da imposição de uma linguagem desconhecida, marcada por termos muito próprios, que denominamos neste estudo por “idioma da qualidade”. Esta linguagem causa estranhamento aos profissionais dos quais é exigida a absorção de termos, cujo sentido não lhes é claro. O segundo impacto a ser evidenciado, diz respeito à adoção de ferramentas de gerenciamento, associadas à esfera da administração, que certamente não correspondem ao universo de formação de médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos etc. Mas, da mesma forma, passam a ser uma exigência institucional. Já o terceiro aspecto refere-se à introdução de uma lógica de trabalho pautada na ideologia e no poder gerencialista, expressos pela cultura da rentabilidade, da racionalização instrumental e da medida como fonte de controle da realidade (Silveira, 2010, p.79).

Relativo a essa temática, Gaulejac (2011) vêm discutindo sobre gestão no serviço público, oportunidade em que resgata ensaios sobre a Nova Gestão Pública. Governança diretamente importada da iniciativa privada das multinacionais, ela vem sendo transportada para a gestão das instituições públicas e do Estado sob o pretexto de ‘modernização’,

com técnicas cujos pressupostos teóricos geralmente não são explicitados (Neves, 2005).

É inegável que as mudanças organizacionais vivenciadas nos serviços de saúde, tanto na iniciativa privada quanto no setor público, vêm absorvendo uma lógica produtivista (Seligmann-Silva, 2013). E este movimento não é sem efeitos no cotidiano dos trabalhadores da saúde, particularmente, neste modelo hospitalar de funcionamento, que tem o público e o privado atravessados desde seu fundamento, uma vez que a lei 5.604, de 1970, instituiu tal Empresa Pública de Direito Privado, vinculada ao Ministério da Educação (Weber & Grisci, 2010).

Das indagações que insistem

Os estudos realizados por Gaulejac (2007) alertam para o fato de que as práticas gerencialistas, tais quais algumas apontadas no funcionamento da instituição hospitalar, mobilizam a adesão dos sujeitos pela via da identificação, direcionando a energia libidinal para o trabalho. Sendo assim, a “empresa propõe um ideal comum que deve tornar-se o ideal dos empregados.” (Gaulejac, 2007, p.115). Se a tônica de uma instituição hospitalar é a excelência, se o objetivo expresso é “ser referência” no segmento, as pressões exercidas para tal serão da ordem de uma identificação com um projeto coletivo, ainda que não pensado coletivamente, que visa ao sucesso (Silveira, 2010).

Neste caso é proposta a adesão a um projeto permeado pela competitividade, posicionamento no mercado, incremento de rentabilidade, reconhecimento externo e, sobretudo, vinculado à cultura do desempenho. Exacerbando as características da gestão de si (Gaulejac, 2007), com incentivo à adesão voluntária, responsabilização e mobilização absoluta em relação ao trabalho, a quantificação e a prescrição proporcionam à gestão gerencialista um caráter de falsa

neutralidade, que dissimula e mascara suas facetas ideológicas.

Para Silveira (2010) o cerne da gestão da qualidade evoca um ideal sem limites, que passa da posição de um objetivo a ser alcançado para se tornar uma norma a ser aplicada. A norma então se torna o ideal, a excelência, a expansão ilimitada, a melhoria contínua, representando ainda, por outro lado, o “controle dos riscos, a supressão das falhas, dos desvios, da imperfeição” (Silveira, 2010, p. 125). Apesar dos aspectos contraditórios e ambivalentes que coexistem, há na instituição a construção de um imaginário calcado neste ideal de perfeição (Silveira, 2010). Se o que se distancia da excelência é vivenciado como fracasso o que pode, neste contexto, o corpo imperfeito, lesionado, amputado do trabalhador reabilitado?

Por um lado, é fundamental a oferta de melhores condições de assistência à saúde e à preservação da vida, mas por outro a lógica que carrega este movimento lança os trabalhadores a uma posição frequente de defasagem e necessidade de adaptação (Silveira, 2010). Trabalhadores reabilitados, nesse cenário, denunciam, concretamente, a defasagem no corpo, nas restrições, nas impossibilidades.

Em que pese a preocupação pela objetividade, colocar a realidade em uma equação jamais permitirá compreender o comportamento dos homens e a história das organizações (Gaulejac, 2007), sobretudo a singularidade de cada trabalhador na relação com seu adoecimento e restrições laborais. Da mesma forma que jamais será capaz de capturar os atravessamentos que constroem os coletivos de trabalho; as “estratégias coletivas de defesa” (Dejours, 2007), e todas as especificidades que produzem possibilidades no universo do trabalho.

A gestão gerencialista, ao evidenciar o empreendedorismo individual, nega que a relação com o trabalho é estabelecida na *relação com o outro* (Merlo, 2014). Por conta desta relação com

o outro, o trabalhador aporta uma contribuição, que por sua vez repousa sobre uma mobilização de recursos bastante profunda:

Por que as pessoas aportam essa contribuição? É porque, em troca dessa contribuição, elas esperam uma retribuição. E que retribuição elas esperam? O que as pessoas esperam, acima de tudo, é uma retribuição moral. É a dimensão moral e simbólica que conta. O que as pessoas esperam é que se reconheça a qualidade do trabalho. A qualidade de sua contribuição. (Merlo, 2014, p.17).

Essa retribuição pode passar, eventualmente, por premiações de ordem financeira, salarial, etc. No entanto, é sabido que, apesar da importância do reconhecimento, o verdadeiro impacto psicológico está ligado a uma dimensão simbólica: “Este é o verdadeiro reconhecimento qualitativo pelo serviço prestado. As pessoas trabalham por este reconhecimento.” (Merlo, 2014, p. 18).

Cientes dos modos em que a gestão vem sendo pensada e conduzida nos ambientes hospitalares, podemos inferir das dificuldades que tais práticas encontram para se constituir. Temas como sobrecarga de trabalho, rotinas assoberbadas, competição entre pares, perpassam as discussões contemporâneas do trabalho e ajudam a problematizar dos entraves que se formam, dificultando relações de cooperação. Dejours (2004) aponta que a cooperação refere-se, sobretudo, à vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho. Para haver cooperação é preciso troca, paridade, confiança.

Deste modo, é fundamental que a discussão em relação ao individualismo seja lançada, sobretudo em relação ao

reconhecimento de ordem simbólica que se perde no modelo da gestão gerencialista, como fator de manutenção da saúde mental no trabalho. No caso de trabalhadores reabilitados, a questão se mostra ainda mais delicada, posto que as limitações atuam diretamente na alteração das metas e dos indicadores – o reconhecimento concreto da produtividade neste modelo.

Ao apontar os agravamentos à saúde mental desencadeados pela gestão gerencialista, Gaulejac lança um alerta. Quando “o assédio, o estresse, a depressão, ou, mais geralmente, o sofrimento psíquico se desenvolve, é a própria empresa que deve ser questionada. Na maioria dos casos, o cerco não é o fato de uma pessoa particular, mas de uma situação em conjunto.” (Gaulejac, 2007, p. 225).

Nesse sentido, sugere-se que a pauta de futuras pesquisas considere indagar: como a gestão gerencialista virá efetivamente a se mostrar em relação aos quadros de adoecimento e afastamento das atividades? Será a reabilitação profissional um programa possível no cenário de trabalho hospitalar?

Referências

- Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências.
- Bottega, C. G. (2014) A hora do “bom-dia” – apontamentos para composição da linha de cuidado em saúde do trabalhador no sistema único de saúde (SUS) In: Merlo, A. R. C., Bottega, C. G. & Perez, K. V. (Orgs). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf.
- Cunha, I. C. K. O. & Feldman, L. B. (fev. 2005). Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), Brasília. Recuperado em 29 jun. 2014, de SCIELO (Scientific Electronic Library Online), http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100012&lng=en&nrm=iso.
- Dejours, C. (2004). A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S. & Sznelwar, L. (Orgs.) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Brasília: Paralelo.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. (7a ed). Rio de Janeiro: FGV.
- Feldmann, L. B., Gatto, M. A. F. & Cunha, I. C. K. O. (jun. 2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul. Enfermagem*, 18(2). Recuperado em 29 jun. 2014, de SCIELO (Scientific Electronic Library Online), <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida/SP: Ideias & Letras.
- Gaulejac, V. (2011). A NGP: a nova gestão paradoxal. In: Bendassolli, P.; Soboll, L. A. P. (Orgs). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.
- JIC (2016). Joint Commission Internacional. Recuperado de: <http://pt.jointcommissioninternational.org/>
- Machado, S. P. & Kuchenbecker, R. (ago. 2007). Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, 12(4), Rio de Janeiro. Recuperado em 29 jun. 2014, de SCIELO (Scientific Electronic Library Online), http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

- [81232007000400009&lng=en&nrm=iso.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100011&lng=en&nrm=iso)
- Merlo, A. R. C. (2014). Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In: Merlo, A. R. C., Bottega, C. G. & Perez, K. V. (Orgs). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf.
- Neves, J. M. A. (2005). *A face oculta da organização: a microfísica do poder na gestão do trabalho*. Porto Alegre: Sulina.
- Pitta, A. M. F. (2003). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Annablume/Hucitec.
- Ramos, M. Z., Tittoni, J., & Nardi, H. C. (2008). A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11(2), 209-221. Recuperado em 05 mar. 2015, de SCIELO (Scientific Electronic Library Online), http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Seligmann-Silva, E. (2013). Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: Mendes, R. (org). *Patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu.
- Silva, C. O. (1998). Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2). Recuperado em 04 jul. 2013, de SCIELO (Scientific Electronic Library Online), http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000200005&lng=en&nrm=iso.
- Silveira, A. M. V. (2010). *Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Takahashi, M. A. B. C., Simonelli, A. P., Sousa, H. P., Mendes, R. W. B. & Alvarenga, M. V. A. (2010). Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 100-111. Recuperado em 19 jan. 2014, de SCIELO (Scientific Electronic Library Online), http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100011&lng=en&nrm=iso
- Toldrá, R. C., Daldon, M. T. B., Santos, M. C. & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 10-22, [online] Recuperado em 05 mar. 2015, de SCIELO (Scientific Electronic Library Online), http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100003&lng=en&nrm=iso.
- Weber, L. & Grisci, C. L. I. (mar. 2010). Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar. *Cadernos EBAP.EBR*, 8(1), Brasília. Recuperado em 29 jun. 2014, de SCIELO (Scientific Electronic Library Online), http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-39512010000100005&script=sci_abstract&tlng=pt

Data de submissão: 23/09/2016

Data de aceite: 23/11/2016