



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**PROCESSO DE TRABALHO E ADOECIMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA  
ALTA COMPLEXIDADE: um estudo de caso num Hospital Universitário.**

Larissa Brito Souto Maior

Vania de Melo Moraes

**Rio de Janeiro, 2016**

**Larissa Brito Souto Maior**

**Vania de Melo Moraes**

**PROCESSO DE TRABALHO E ADOECIMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA  
ALTA COMPLEXIDADE: um estudo de caso num Hospital Universitário.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora:

Professora Doutora Cecília Paiva Neto Cavalcanti

RIO DE JANEIRO

2016

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, em primeiro lugar, a Deus, por ter nos dado forças e saúde para chegar até aqui. Em segundo, a todos nossos familiares que torceram por nós. Eu, Larissa, agradeço, em especial, aos meus pais, Cláudia e Ednildo, que me apoiaram em todo o meu processo de formação e em minhas decisões. Obrigada por terem acreditado em mim, por me incentivarem, me darem forças quando mais precisei e por me proporcionarem meios para construir meu futuro. A minha irmã Gabriela, obrigada por seus conselhos, sua paciência e companheirismo. Eu, Vania, agradeço, em especial, aos meus pais Isaias e Dionéia, ao meu amado esposo Paulo Sergio e ao meu querido filho César Gabriel, que entenderam os tempos corridos, me incentivaram e confiaram em mim, sem vocês a caminhada seria bem mais difícil, enfim, a todos os amigos que acreditaram que conseguiria. As amigas que construímos ao longo de nossa formação acadêmica, em especial, Gabriel, Vania, Viviane, Ana Clara, Ana Paula, Fernanda, Aline e Renata. E todos os outros amigos que fazem parte de nossas vidas. As nossas supervisoras de estágio, Maria da Conceição (HUCFF), Mônica (INC) e Juliana (CDA-IPUB), que tiveram participação no nosso desenvolvimento acadêmico, obrigada por toda contribuição na nossa formação profissional. Agradecemos, particularmente, a nossa orientadora Cecília Paiva por todo conhecimento compartilhado, por ter acreditado em nosso potencial, pela paciência e ajuda em todo processo da monografia, igualmente aos professores da banca José Augusto e Alzira Guarany por suas contribuições. As Assistentes Sociais do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho que contribuíram para a realização desta pesquisa, que foram solícitas nos fornecendo um pouco do seu tempo para elaboração desse estudo. Por fim, agradecemos a Escola de Serviço Social, que através de um ensino de qualidade nos proporcionou uma excelente formação, com bases teóricas/práticas que irão orientar nosso exercício profissional, em especial, agradecemos aos mestres Eduardo Mourão e Myriam Moraes.

## EPÍGRAFE

*"Quando um indivíduo fere mortalmente alguém, o seu ato é chamado de assassinato; mas quando a sociedade coloca centenas de pessoas em tal situação que por não poderem sobreviver adequadamente, morrem prematuramente e ainda permite que estas condições assim permaneçam, isto também é assassinato. Entretanto ninguém pode ver o assassino porque a morte parece natural".(ENGELS,1984:p.61)*

*Não vos aconselho o trabalho, mas a luta. Não vos aconselho a paz, mas a vitória! Seja o vosso trabalho uma luta! Seja vossa paz uma vitória! Friederich Nietzsche*

## RESUMO

MAIOR, Larissa B. S; MORAES, Vania de Melo. **Processo de Trabalho e adoecimento dos Assistentes Sociais na alta complexidade: um estudo de caso num Hospital Universitário.** Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O presente projeto de pesquisa objetiva investigar as relações de trabalho dos Assistentes Sociais que atuam no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) e analisar os possíveis rebatimentos na saúde desses profissionais, assim como fomentar o debate sobre o processo de trabalho no atual contexto marcado pela precarização das políticas sociais.

Desta forma, pretendemos discutir sobre a atuação dos profissionais de Serviço Social que lidam com o sofrimento do outro diante das possibilidades e limites presentes no cotidiano, bem como o enfrentamento das precárias condições de trabalho presentes que se agravam no contexto do Estado neoliberal visando identificar os determinantes que contribuem para um processo de desgaste da saúde desses profissionais.

Como metodologia para tal análise realizamos a autoaplicação de questionários e realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da referida unidade membros da equipe de Serviço Social.

**Palavras-chave:** Trabalho. Saúde do Trabalhador. Serviço Social.

## ABSTRACT

MAIOR, Larissa B. S; MORAES, Vania de Melo. **Process of work and the illness of Social Workers in high complexity: a case study in a University Hospital.** Work Completion of course (Degree in Social Service) - School of Social Service, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This research project aims to investigate the working relationships of the social workers who work in the Clementino Fraga Filho University Hospital (HUCFF / UFRJ) and analyze the possible repercussions on the health of these professionals and to promote the debate on the working process in the current context marked by precariousness of social policies.

Therefore we will discuss the role of social work professionals who deal with the suffering of others on the possibilities and limits in the daily routine, and the confrontation of the precarious present working conditions that are aggravated in the context of the neoliberal state to identify the determining that contribute to a wear process of the health of these professionals.

The methodology for such analysis carried out the self-administration of questionnaires and conducting structured interviews with professionals of the unit members of the social service.

**Keywords:** Work. Worker's health. Social service.

## **LISTA DAS SIGLAS**

AEPEs – Anuário Estatístico da Previdência Social

CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CDP – Comissão de Direitos dos Pacientes

CFCH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HUCFF - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

HU's – Hospitais Universitários

IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

MEC – Ministério da Educação

OIT – Organização Internacional do Trabalho

RGPS – Regime Geral de Previdência Social

SESSAT - Programas do Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

WWW - World Wide Web

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO .....</b>	<b>10</b>
1.1 Marcos históricos da Política de Saúde no Brasil.....	10
1.2 Hospital Universitário Clementino Fraga Filho .....	16
1.3 Neoliberalismo e rebatimentos no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho .....	18
<b>2 TRABALHO E OS IMPACTOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>25</b>
2.1 Trabalho em tempos de neoliberalismo no Brasil: impactos na atuação do Assistente Social. ....	25
2.2 Conceito de saúde e construção da saúde do trabalhador.....	30
2.3 Síndromes do trabalho e adoecimento: uma abordagem sobre sofrimento mental relacionado ao trabalho.....	34
<b>3 UM ESTUDO DE CASO: PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ALTA COMPLEXIDADE.....</b>	<b>40</b>
3.1 Serviço Social no HUCFF .....	40
3.1.2 Imediaticidade .....	43
3.2. Metodologia do trabalho de campo .....	47
3.3 Perfil Geral .....	50
3.3.1 Organização e relações de trabalho .....	53
3.3.2 Serviço Social, processo de trabalho e adoecimento.....	57
3.3.3 Uma análise sobre as experiências das Assistentes Sociais do HUCFF com relação ao sofrimento mental no trabalho.....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE A - Questionário.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas .....</b>	<b>85</b>



## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trata-se de uma análise exploratória, desenvolvida através de um estudo de caso tendo por base a pesquisa qualitativa que busca fomentar a discussão sobre o processo de trabalho dos Assistentes Sociais que atuam com as diferentes expressões da “questão social” e lidam com o sofrimento do outro, junto aos profissionais que exercem suas atividades no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ).

O interesse foi despertado a partir da nossa aproximação com a prática profissional nos diferentes campos de estágio, em que percebemos algumas situações no cotidiano dos profissionais que atuam na área da saúde, lidam com o sofrimento do outro e sofrem impactos causados pela forma vigente de uso e gestão da força de trabalho, bem como a precarização das condições trabalhistas.

Partimos da hipótese que a própria natureza do trabalho na área da saúde, concomitante à necessidade de ter que lidar com o sofrimento e a morte como ofício, articulados a fatores internos e externos à Instituição pode estar contribuindo como determinantes para um processo de adoecimento e sofrimento psíquico dos profissionais. Quadro esse que vem se confirmando com pesquisas e dados que apontam os transtornos mentais como a terceira maior causa de afastamento do trabalho.

O trabalho está dividido em três capítulos: No primeiro, apresentaremos um breve histórico e um panorama atual da Política de Saúde no Brasil, apontando seus principais marcos até a atual conjuntura. Em seguida, abordaremos sobre a estrutura do HUCFF, articulando com os rebatimentos do neoliberalismo.

No segundo capítulo, trataremos sobre o trabalho no contexto atual, os impactos na atuação do Assistente Social e na sua saúde, apresentando o conceito de saúde e construção da

saúde do trabalhador, realizando uma abordagem sobre as síndromes do trabalho e o sofrimento mental.

E por fim, no terceiro capítulo, mostraremos os resultados do trabalho de campo que teve como principais instrumentos para coleta de dados a autoaplicação de questionários e a realização de entrevistas.

# **IPOLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO**

## **1.1 Marcos históricos da Política de Saúde no Brasil**

Inicialmente, consideramos pertinente realizarmos um resgate histórico da Política de Saúde no Brasil, a fim de situarmos nosso estudo na dimensão das transformações que ocorreram ao longo dos anos, para que possamos realizar, em seguida, um debate sobre a atual conjuntura e os rebatimentos no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

A saúde emerge como “questão social”<sup>1</sup> no Brasil no início do século XX a partir das reivindicações da classe trabalhadora que demanda intervenção do Estado. Na década de 20 a saúde pública adquire um maior reconhecimento no Brasil. (BRAVO, 2009).

A luta pela ampliação dos serviços de saúde no país foi uma das causas da Reforma Carlos Chagas de 1923, que tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, nesse período também foram colocadas algumas questões de saúde do trabalhador e de higiene, criando medidas que se constituíram no embrião previdenciário brasileiro. Uma das medidas foi à criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como a lei Elói Chaves. (BRAVO, 2009).

No Brasil, o início da intervenção estatal no âmbito da saúde ocorre mais especificamente nos anos 1930, com base em ações curativas e assistenciais, anteriormente a assistência à saúde se restringia a práticas liberais e filantrópicas. (BRAVO, 2009).

No período de 1930 a 1964, a política pública de saúde no Brasil era dividida em dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública, predominante até meados dos anos 60, se concentrava em criar condições sanitárias mínimas para a população

---

<sup>1</sup>Entende-se por “questão social” o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da sociedade capitalista, e está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho. (Cerqueira Filho, 1982. p 21 *apud*: Netto, 1992: 17).

urbana, e restritivamente para o campo, já a medicina previdenciária, criada na década de 30 com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), eram responsáveis por atender a demanda de algumas categorias de trabalhadores assalariados urbanos e suas ações estavam voltadas principalmente por práticas curativas. Esse setor será dominante a partir de 1966. (BRAVO, 2009).

Com o surgimento dos IAPs, as CAPs foram sendo substituídas, a finalidade era uniformizar e organizar o serviço público de acordo com um padrão nacional unificado. Pretendia-se também, estender os serviços a um número maior de categorias de trabalhadores urbanos, com intuito de conter as possíveis reivindicações destas categorias.

Nos anos 1964, com a instauração da ditadura militar no Brasil, o Estado utilizou como fonte de intervenção a combinação de repressão-assistência. A política de saúde passa a desenvolver suas ações prioritariamente no setor privado, com foco na prática de assistência médica curativa, individual, assistencialista e especializada. Nesse período ocorreu crescimento da medicina previdenciária, e por outro lado, uma diminuição das ações de saúde pública. (BRAVO, 2009)

Na década de 80, o Brasil vivencia um período de forte efervescência política e mobilização popular pela democratização do País, havendo um grande número de movimentos sociais. A sociedade brasileira experimenta, nesse contexto, um processo de democratização política, superando o regime ditatorial, e ao mesmo tempo uma crise econômica.

No âmbito da saúde, há a participação de novos sujeitos sociais, denominado movimento pela Reforma Sanitária, que defendia um modelo de saúde com acesso universal dentro de um regime político democrático. A saúde nesse momento passa a assumir uma dimensão política. Esse movimento defendia a democratização da saúde no Brasil, assim como, questionava o paradigma biomédico predominante no setor.

As propostas defendidas pelo movimento foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde; um reordenamento setorial; descentralização dos processos decisórios, o financiamento, democratização e novos mecanismos de gestão. (BRAVO, 2009)

No ano de 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco fundamental para discussão da saúde no Brasil, e suas principais pautas foram basicamente: saúde como direito, reformulação Nacional de Saúde e financiamento. Nessa Conferência também se define o conceito de saúde como produto das condições de vida biológica, social, econômica e cultural. Esse marco possibilitou uma discussão da saúde de uma forma mais ampla, trazendo a proposta da Reforma Sanitária, estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, a constituição de um sistema com o acesso universal e igualitário, que privilegiasse ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Na Constituição Federal de 1988 o conceito de saúde foi incorporado, e os principais pontos foram: a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a constituição dos princípios e diretrizes fundamentais da política de saúde: universalidade no acesso sem discriminação entre segurados e não segurados, rural e urbano, as ações e serviços de saúde passam a ser de relevância pública e tem a responsabilidade de regulamentação, fiscalização e controle, ação intersetorial articulada com outras Políticas Sociais, descentralização, hierarquização dos serviços, equidade no atendimento, regionalização e integralidade, assim como a saúde passou a ser dever do Estado e direito dos cidadãos.

O texto constitucional, no que tange à Saúde, prevê a criação do SUS, regulamentado em 1990 com princípios fortemente embasados nas bandeiras da Reforma Sanitária e atendendo grande parte de suas reivindicações sociais. Entretanto, o mesmo texto que descreve um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, possui “brechas” para o

crescimento da saúde privada. Como destaca o artigo 4º da Constituição Federal de 1988: § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde, em caráter complementar.

Apesar de tais avanços no âmbito da saúde com a promulgação da Constituição Federal, algumas questões colocaram em xeque e inviabilizaram o projeto social proposto no texto constitucional, assim como a implementação do projeto da Reforma Sanitária.

Na década de 90, ocorre um redirecionamento do papel do Estado influenciado pela política neoliberal, e os avanços conquistados no campo político e normativo no âmbito da saúde passam por um retrocesso com o ataque do projeto neoliberal no Brasil.

A proposta neoliberal de cortar os gastos públicos com as Políticas Sociais representou uma reordenação no modelo de proteção social. As reformas propostas levam a um incentivo de privatização do sistema de seguridade social, restringindo o acesso para os cidadãos que podem pagar diretamente pelos serviços.

Com a implantação deste projeto, a proposta de Política de Saúde construída nos anos 1980 tem sido desmontada. Esse avanço fomenta a precarização da saúde pública tanto em relação ao acesso universal e a qualidade dos serviços quanto em relação ao investimento estatal no setor. Um dos traços da implantação do neoliberalismo é o corte do financiamento estatal com redução dos recursos públicos para Políticas Sociais. Além disso, a saúde privada, pautada na lógica mercantil capitalista, tem um enorme fortalecimento econômico, fatores como o crescimento dos planos de saúde e a entrega de serviços de saúde públicos nas mãos do capital privado; ambos ocorrendo com um forte apoio do Estado.

Nesse contexto dois projetos de Política de Saúde são colocados em disputa, por um lado, o projeto de reforma sanitária, e por outro, o projeto privatista vinculado ao mercado que está pautado na política de ajuste e visa o corte de gastos sociais e isenção da responsabilidade do Estado, visando garantir o mínimo necessário à população. (BRAVO, 2009)

O desmonte do SUS caracterizado pelas privatizações dos serviços públicos se constitui em um dos rebatimentos da contrarreforma do Estado para a Política de Saúde no Brasil, em especial, no caso dos HU's, a proposta por parte do governo Federal em facilitar a entrada de uma empresa, a fim de, gerir os hospitais universitários, autoriza o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado instituída em 2011 por meio da lei 12.550, no governo Dilma Rousseff, que tem, entre outras competências, administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médica hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS. (BRASIL, 2011).

A criação desta Empresa como responsável pela nova gestão dos HU's ameaça a proposta do SUS, pois se constitui em uma empresa pública de caráter privado responsável por gerir os serviços e recursos do SUS, ou seja, recursos públicos gerenciados por uma empresa com lógica mercantil, que prioriza investimentos lucrativos em detrimento da qualidade de serviços, consolidando assim o projeto privatista de saúde. Os rebatimentos do processo de implantação desta empresa impactam tanto no SUS, quanto nos seus profissionais, como em seus usuários.

Diante das investidas neoliberais de tentativa de privatização da saúde pública no Brasil, especialmente através da criação da EBSERH nos Hospitais Universitários com o discurso de precariedade e falência dos serviços públicos, cresce o debate e o incentivo à implementação do modelo privatista no sistema de saúde, o que encobre a real intenção de retirada dos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988, que estabelece uma saúde pública de acesso universal.

É nesse contexto que o HUCFF está inserido e vem sofrendo diversos impactos desse projeto reducionista de saúde, com subfinanciamento público, tentativa de privatização da gestão com a EBSERH, a redução de recursos, falta de estrutura física e pessoal que impacta

na atuação profissional do Assistente Social, restringindo sua capacidade de resposta frente às expressões da “questão social”, pois diante desse contexto de subfinanciamento, precarização e focalização das Políticas Sociais, os recursos acionados no atendimento às necessidades dos usuários são limitados, impactando na atuação e reforçando uma sensação de impotência que afetam diretamente o Assistente Social enquanto trabalhador.

Com a implantação da ideologia neoliberal no Brasil, os dois projetos em disputa, projeto privatista e da reforma sanitária, vão apresentar diferentes requisições para o Serviço Social. O primeiro vem demandando do profissional uma atuação psicossocial, focalizada, seletiva, fiscalizadora e que privilegie ações individuais, no entanto, o projeto da reforma sanitária demanda do profissional uma atuação que vise à democratização do acesso, atendimento humanizado, trabalho interdisciplinar e de grupo que incentive a participação popular. (BRAVO; MATOS 2009).

Diante da vigente política neoliberal, os profissionais defensores da saúde pública no Brasil passam por momentos de dificuldades e desafios em sua realidade profissional, por contarem com recursos cada vez mais escassos para oferecer serviços essenciais à população, por estarem em um contexto adverso do neoliberalismo e de fortalecimento de interesses privatistas no campo da saúde, de acordo com a lógica empresarial, principalmente nos Hospitais Universitários, cujo financiamento advém do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), que tem por finalidade exercer o ensino, pesquisa e extensão por meio da assistência à saúde. Entretanto, a deficiência de investimento por parte desses órgãos vem abrindo lugar para alternativas de privatização.

A contrarreforma do Estado que se apresenta na redução da responsabilidade no âmbito social, na restrição de direitos, na focalização das Políticas Sociais, na precarização do trabalho e na tendência à privatização da saúde, refletem diretamente na atuação profissional do Serviço Social. Além do impacto sobre as condições de trabalho, as mudanças ocorridas no



âmbito da Política de Saúde impactam no trabalho dos Assistentes Sociais em diferentes dimensões como na formação profissional, nas influências teóricas, nas relações profissionais e de mobilização. (CFESS, 2010).

Cabe ressaltar que há uma relação entre o Projeto ético Político do Serviço Social com o Projeto de Reforma Sanitária, pois se articulam em alguns eixos como referências teóricas e princípios. A luta pela concretização do Sistema Único de Saúde refere-se à dimensão ético-política do Serviço Social. (BRAVO; MATOS 2009).

## **1.2 Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**

O Hospital Universitário atua como uma extensão assistencial da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi inaugurado em 1º de março de 1978 pelo reitor Luis Renato Caldas em meio a um período de enorme efervescência Política no Brasil. A princípio tinha um projeto de 200.000 m<sup>2</sup>, porém devido às dificuldades na liberação de recursos e as mudanças de governo a obra foi paralisada e retomada algumas vezes até que em 1975 a construção foi reiniciada pela última vez, sendo finalizada em 1978, se estabelecendo em uma área de 110.000 m<sup>2</sup>. Seu nome homenageia o Professor e Médico Clementino Fraga Filho, também presidente da Comissão de Implantação e primeiro Diretor do hospital. (HUCFF, 2016).

Quanto à localização, a unidade hospitalar situa-se na Ilha do Fundão – RJ, por vias de acesso a Avenida Brasil e a Linha Vermelha, e está inserido na área que abrange grande concentração de favelas do Rio de Janeiro.

A instituição, destinada ao atendimento de alta complexidade, tem por finalidade ser um centro de excelência em ensino, pesquisa e extensão, para tanto, atua como campo de treinamento para as profissões do âmbito da Assistência à Saúde, além de possibilitar a pós-graduação e a extensão através das residências médicas e interdisciplinares, portanto de

incontestável contribuição ao aprendizado de qualidade através do exercício da prática profissional. (HUCFF, 2016).

Referência no tratamento de diversas patologias de alta complexidade o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), além de realizar procedimentos inéditos e estudos pioneiros em parceria com entidades nacionais e internacionais, é um centro de excelência em ensino, pesquisa e extensão. (HUCFF, 2016).

Ainda de acordo com os dados Institucionais, o hospital atua com 12 salas de cirurgia e possui capacidade de 500 leitos, porém atualmente apenas 280 destes estão ativos, número que gradualmente vem diminuindo devido à tensão financeira enfrentada. Na realidade o hospital trabalha com uma capacidade de 170 leitos ativos, esta diminuição da oferta de serviços à população é retrato fiel da precarização que o sistema público de saúde, e, portanto o HUCFF vive.

Uma vez que a instituição tem função de ensino e pesquisa, é vinculada ao MEC responsável pelas despesas de pessoal, e ao SUS responsável pelo repasse financeiro mediante ações do âmbito da saúde de acordo com o governo federal.

A parceria entre o SUS e os Hospitais Universitários está prevista no artigo 45 da Lei 8080, a partir de 1990 se inserindo na rede pública de Saúde.

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990).

A Unidade hospitalar compõe um dos oito complexos da UFRJ, recebe diariamente cerca de 1.300 pacientes seja para atendimento e/ou exames e realiza aproximadamente 25 cirurgias de alta complexidade. Para o funcionamento de todo este aparato o HUCFF conta com 2.882 profissionais além de residentes, estudantes de medicina e estagiários de diversas áreas. (HUCFF, 2016).

De acordo com as informações da instituição hospitalar, o critério para inclusão/exclusão de atendimento consiste na necessidade de atendimento de alta

complexidade e é estabelecido pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que após atendimento na rede primária referencia os pacientes ao hospital.

Entretanto, cabe ressaltar que as informações contidas nos documentos oficiais, por vezes, não condizem com a realidade atual em que se encontra a saúde pública brasileira, especificamente no que diz respeito ao acesso a um Hospital Universitário, que foi pensado dentro da construção do SUS, como um hospital escola de referência na produção de conhecimento que pudesse contribuir para novas práticas no âmbito da saúde, mas de fato os HU's não assumiram bem esse papel, visto que, esbarra-se na dificuldade de se efetivar um dos princípios básicos defendido pelo SUS, a Universalidade que assegura o acesso à saúde como direito de todos, mas que na prática a maioria da população não acessa efetivamente esse direito, e quando alcança percorre um penoso caminho, como exemplo está o tempo de demora que leva até os usuários conseguirem ingressar na primeira consulta, devido à extensa fila de espera determinada pelo SISREG.

Conclui-se que a lógica da organização da rede em função do perfil epidemiológico não se efetivou nos Hospitais Universitários nem nos demais hospitais, pois não é a demanda da população que vai definindo os serviços prestados, mas as formas de acesso serão condicionadas a uma série de fatores como a disponibilidade dos financiamentos, adequação funcional, elegibilidade, as representações sobre a saúde/doença, determinadas por vezes pela pesquisa que interesse ao docente, resultando na exclusão de boa parte da população que não se enquadra nos padrões biomédicos de interesse institucional. (STEPHAN-SOUSA, 2001).

### **1.3 Neoliberalismo e rebatimentos no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**

O atual estágio de desenvolvimento do capitalismo é marcado pela presença do ideário neoliberal como já citado anteriormente. Este ideário, que foi sendo adotado por um número crescente de países a partir da crise econômico-financeira iniciada nos anos 1970, possui entre

suas propostas básicas a abertura econômica ao capital internacional, a reforma do Estado com uma expressiva retração no âmbito social e nas Políticas Sociais, associado ao incentivo à privatização.

A proposta neoliberal de cortar os gastos públicos com as Políticas Sociais vem gerando na América Latina o reordenamento do modelo de proteção social. As propostas neoliberais implantadas no Brasil mais efetivamente nos anos 1990, face da Contrarreforma do Estado, refletiram em grandes perdas referentes aos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988.

Uma das medidas adotadas pelo Estado para implementação do projeto neoliberal, foi o ajuste fiscal, com a redução do financiamento das Políticas Sociais. No Brasil, esse processo vem se caracterizando por um incentivo a privatizações que vem incidindo no âmbito da saúde pública.

Atualmente os HU's vêm enfrentando um contexto desfavorável devido ao subfinanciamento público, característico do período de auge do ideário neoliberal, que tem como finalidade a redução de recursos para as Políticas Sociais, dessa forma, essas Instituições vem apresentando quadros insuficientes no número de servidores, instalações físicas precárias, implicando nessa conjuntura no fechamento de leitos e serviços, assim como, contratações de trabalhadores terceirizados. Estes são alguns problemas presentes no HUCFF, com forte impacto sobre seus trabalhadores.

Nos últimos anos o sucateamento da Política de Saúde é claramente identificado no HUCFF, devido à insuficiência de recursos orçamentários, com falta de condições de trabalho dignas, contratos de trabalho precarizados, escassez de recursos humanos e redução do número de leitos. Os cortes no orçamento possui como consequência a queda na qualidade dos serviços prestados à população, o que vem sendo presente no cotidiano hospitalar. (HUCFF, 2015).

Cria-se assim uma cultura que ‘gestão pública é ineficiente’, abrindo espaço para atuação do mercado na prestação dos serviços sociais, transferindo a responsabilidade do Estado para o setor privado, seja através dos planos de saúde ou através das privatizações.

A proposta de um novo modelo de gestão com a inserção da EBSEH nos HU’s, e especificamente no HUCFF, é um ataque ao que foi conquistado na Constituição de 1988 e a implantação do SUS, pois representa um incentivo a privatização da saúde pública, perda de autonomia da Universidade e apropriação de toda acumulação de conhecimento.

O HUCFF, como já dito antes, é tradicionalmente reconhecido como um centro de excelência em alta complexidade, portanto, visto como um dos maiores hospitais universitários do País, onde são formados inúmeros intelectuais que contribuem para a produção de conhecimento visando melhorias na qualidade de vida e saúde da sociedade brasileira. É penoso observar que com o avanço da ofensiva neoliberal diante da ideia privatista da transformação da saúde pública em mercadoria, o Hospital vem sofrendo os impactos com escassos investimentos e recursos por parte do governo, retrato que atinge a unidade de diversas maneiras, como a falta de manutenção na estrutura do prédio, a rede elétrica que carece urgentemente de reparos, paredes com infiltrações, assim como outros inúmeros problemas.

As relações de trabalho também é um fator preocupante, pois a Instituição atua com um quadro de servidores insuficiente devido à diminuição da oferta de concursos públicos, falecimentos, exonerações e licença do trabalho dos servidores, situação que vem contribuir para que os profissionais se desdobrem para atender mais pacientes do que deveriam devido ao quadro de pessoal reduzido, pois muitos trabalhadores do HU já se aposentaram e este quadro não é repostado. (ADUFRJ, 2015).

Dessa forma cria-se espaço para diferentes formas de contratação de mão de obra por vezes precária, com vínculos empregatícios instáveis e diversificados dentro de uma mesma

unidade, trabalhadores realizando a mesma função, porém recebendo salários diferenciados, sem acesso aos direitos trabalhistas, enfim sem estabilidade profissional. Os vínculos empregatícios não são homogêneos no interior da unidade, segundo relato do diretor da Instituição, são 2.237 técnico-administrativos, 22 docentes, 724 profissionais extraquadro e 141 terceirizados prestando serviço no HU. Os extraquadro correspondem aos trabalhadores sem qualquer vinculação trabalhista formal, que há anos desenvolvem atividades no HUCFF esperançosos de serem efetivados.(ADUFRJ, 2015).

Os meios de comunicação vêm noticiando nos últimos anos as inúmeras dificuldades que enfrenta o HUCFF, trabalhadores terceirizados com salários atrasados, sem estabilidade profissional, que lidam diariamente com o medo de tornarem-se desempregados, o que vem gerando um clima de insegurança em todo o hospital, visto que o número de trabalhadores sem vínculo estatal vem sendo crescente, concomitante ao número de servidores que estão aposentando, segundo o atual diretor da Instituição cerca de 40% dos servidores já está prestes a se aposentar, por outro lado, os concursos públicos gradualmente vêm sendo enxugados e a Universidade não possui autonomia para realizar contratação dos recursos humanos via concurso público, o que tem gerado aumento com o pagamento da folha de funcionários terceirizados, provocando sérios problemas financeiros para o Hospital. (HUCFF, 2015).

Outro problema identificado no HUCFF, além do insuficiente número de funcionários para dar conta de toda a complexidade que um hospital desse porte necessita, é a rotatividade de funcionários terceirizados, resultante de problemas com as empresas terceirizadas contratadas que constantemente se esquivam de pagar ou atrasam os salários, gerando a paralisação dos serviços por diversas vezes. Considerando o aspecto legal destas diferentes contratações, bem como, as relações diferenciadas entre empregador e empregado, no que tange à carga horária, remuneração, estabilidade e outros benefícios, a flexibilidade dos

vínculos empregatícios na mesma instituição gera desigualdades entre trabalhadores da mesma categoria, segundo aponta Machado:

O processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, o modo de trabalhar, configurando-se em arenas competitivas, individualizadas e em ambientes pouco saudáveis. (MACHADO, 2005).

O HUCFF vem enfrentando estas duras crises ao longo dos anos, recentemente a direção geral juntamente com representantes de alguns setores do hospital vem constantemente se reunindo para discutir propostas de enfrentamento da situação financeira e o déficit que atinge o hospital, o clima é de preocupação com o futuro da Instituição, visto que os atrasos no repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde causam inúmeros impactos na unidade hospitalar. (HUCFF, 2015).

O campo da saúde vem sofrendo com o sucateamento dos hospitais públicos, uma vez que essa conjuntura causa rebatimentos na Política de Saúde e de Educação, e, portanto no SUS, ela atinge também os Hospitais Universitários, especificamente o HUCFF que enfrenta inúmeros problemas em sua estrutura física que na escassez de recursos não possui infraestrutura apropriada, na gestão, administração e em diversas áreas.

Estas se configuram como ofensiva tanto no campo dos direitos quanto no âmbito da concepção de saúde, uma vez que a visão privatista segue o paradigma biologicista de saúde, entendendo-a como apenas ausência de doença, modelo este que vem sendo predominante no âmbito da saúde, o que se contrapõe as propostas contidas no SUS, que propõe uma visão ampliada da saúde, entendida de forma integral e universal sendo determinada e condicionada por fatores sociais, econômicos, habitacionais, de trabalho, dentre outros.

Diante da atual crise financeira algumas medidas tornaram-senecessárias serem tomadas no decorrer do tempo como, remarcação de consultas, transferência de pacientes para outros hospitais e cirurgias canceladas, ocasionando ainda interrupção do abastecimento na unidade com medicamentos, material cirúrgico e outros insumos resultando na redução da

oferta de serviços à população e leitos desativados. (ADUFRJ, 2015).

A argumentação do Estado para a solução destes problemas se apoia na defesa da entrada de empresas gestoras na unidade hospitalar, sobre um discurso de modernização da infraestrutura e da administração com a EBSEH. A pressão por parte do governo visando à entrada da nova gestão vem sendo fortalecida a cada dia, visto que no momento já se contabilizam 39 HU's que já possuem contrato com esta empresa contra 10 Hospitais Universitários que resistem bravamente às investidas da conjuntura mercadológica da saúde pública, dentre eles está o HUCFF, pois esta proposta vem contra a defesa das conquistas do projeto do SUS. (BRASIL, 2016).

Percebe-se assim, forte influência Política para entrada desta nova gestão no hospital. As opiniões dos usuários e funcionários são divergentes, alguns, devido à constante insegurança em que vivem, consideram a entrada da EBSEH a solução da crise econômica enfrentada, entretanto, a maioria está se unindo para lutar contra este controle do mercado privatista na Política de Saúde e Educação, resistem e se mobilizam bravamente frente a uma batalha que está inserida há décadas no debate político brasileiro que é a efetividade da Saúde pública de acesso universal.

Observa-se um esforço coletivo por parte dos usuários dos serviços, funcionários e os que possuem vínculos com a unidade hospitalar, na esperança de reerguer o hospital, constata-se principalmente esse empenho em pessoas que acompanham a trajetória do hospital desde o início de sua implantação há mais de 30 anos, em que a situação era bem diferente da atual conjuntura.

Não há como contestar a relevância dos HU's no Brasil para a saúde pública de qualidade, o quanto estes espaços são estimuladores para a formação de alunos em diversas áreas de atuação, assim como, a contribuição que o Hospital Universitário traz para a melhoria na qualidade de vida dos sujeitos que enfrentam diariamente uma luta em favor da



vida e que devido à complexidade do tratamento que necessitam não encontram atendimento em outras unidades hospitalares.

Há de considerar que a situação do hospital é inquietante e que a unidade necessita de uma política financeira de Estado que garanta assistência médica de qualidade, que se preocupe com a formação de qualidade, visto que a preparação adequada aos alunos sempre foi considerada de excelência pelo HUCFF, aliado às pesquisas científicas que ao longo dos anos vem contribuindo para melhorias no campo da promoção de saúde, pois apesar da “suposta” crise econômica, o atendimento à saúde é um direito da população e é dever do Estado garanti-la.

## **2 TRABALHO E OS IMPACTOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR.**

### **2.1 Trabalho em tempos de neoliberalismo no Brasil: impactos na atuação do Assistente Social.**

O trabalho é uma atividade central e histórica, fazendo parte da vida dos sujeitos, ocupando um espaço relevante no seu cotidiano, tem um papel fundamental para o homem, pois é a partir do trabalho que se diferencia dos animais e no qual realiza sua dimensão humana. É através do trabalho que o homem se afirma como ser social e se diferencia da natureza.

No modo de produção capitalista, para se reproduzir o trabalhador se torna mercadoria, uma vez que precisa vender sua força de trabalho e necessita de alguém que a compre, nessa relação o valor de troca torna-se predominante, pois o objetivo do trabalho deixa de ser o atendimento das necessidades básicas do homem, e passa a produzir riquezas para a classe dominante.

No sistema capitalista o homem é explorado e não se encontra nem se identifica na atividade que realiza. No trabalho o homem deveria se realizar e se emancipar, mas o processo de alienação, estranhamento e sofrimento vem sendo predominantes. (GUARANY, 2014).

No início do século XX, as primeiras décadas da fase científica do sistema capitalista, caracterizado pelo modelo taylorista/fordista, o trabalho era submetido à máquina, tendo uma robotização do trabalhador, em que o mesmo precisava se adaptar ao ritmo da máquina, com tarefas especializadas e parceladas. O trabalho no modelo de produção fordista era parcelado exercido em linhas de montagem com uma produção em série de produtos padronizados. A organização do trabalho estava pautada na dominação total do trabalhador com vigilância e

controle da direção e era imposta uma rígida disciplina sobre o trabalhador, se submetendo a condições precárias e intensa exploração do trabalho. (GORZ, 2004)

A década de 70 foi marcada por um esgotamento do período de acumulação capitalista, que se caracterizou por uma crise econômica e social que incidiu sobre todas as dimensões da sociedade. O período de auge do modelo fordista-keynesiano caracterizado como “anos dourados” expressou uma onda longa de expansão econômica. Mandel (1990) denominou como “uma onda longa expansiva”, mas a partir de 1970, esta se esgotou, com uma crescente queda da taxa de lucro, exigindo uma reestruturação para reversão do quadro de recessão.

A reestruturação exigiu uma reorganização na produção e algumas tendências foram adotadas para tentativa de superação da crise contemporânea de 1970. A crise estrutural do sistema capitalista incidiu, sobretudo sobre as massas subalternas e tais medidas adotadas impactaram diretamente sobre os trabalhadores com novas formas de organização no mundo do trabalho e uso e gestão da força de trabalho.

Uma das medidas adotadas foi, a combinação do modelo produtivo taylorista e fordista com as formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas, denominada acumulação flexível, como o modelo de produção toyotista.

O fim do crescimento fordista exigiu uma ruptura com esse modelo de produção, com a introdução de novas formas não restritas a produção em série e a rigidez precisava ser eliminada, sendo necessário renovar aceleradamente a produção, demandando uma maior fluidez e mobilidade, com uma variedade crescente de produtos e máxima velocidade em prazos curtos, em quantidades menores e preços baixos e com a introdução da rápida obsolescência dos produtos. (GORZ, 2004).

O modelo pós-fordista intensifica a exploração dos trabalhadores, a organização do trabalho passa a ser descentralizada, com exigências da realização de multitarefas nas

empresas e inserção de trabalho polivalente, incorporando também no âmbito do trabalho a lógica da competitividade com estabelecimento de metas, reforçando o individualismo, a fragmentação dos trabalhadores e de identidade de classe. (GORZ, 2004).

Como sinaliza Gorz (2004), o modelo pós-fordista estabelece “uma regressão a uma sujeição total, uma submissão da própria pessoa”, fazendo com que os trabalhadores identifiquem os interesses da empresa como mais importante que sua saúde e sua vida. Os operários perdem cada vez mais sua identidade e consciência de classe com a incorporação da identidade da empresa e sujeição aos interesses da mesma.

Outra medida tomada como forma de reversão da crise do modo de produção capitalista foi a introdução da política neoliberal com um viés privatizante e anti-social. (ANTUNES, 2011). Apresentando assim, uma expressiva redução da atuação do Estado no âmbito social, transferindo a responsabilidade para a sociedade civil.

Na conjuntura atual, a classe trabalhadora vem sofrendo com as profundas mudanças no mundo do trabalho, com uma significativa precarização em escala global, perpassando tanto pelos países centrais, como no Brasil, uma vez que os trabalhadores são submetidos a trabalhos instáveis, temporários, terceirizados e o desemprego estrutural.(ANTUNES, 2011).

Antunes (2011) denomina esse processo como uma “nova polissemia”, “nova morfologia”, ou seja, uma nova forma de ser do trabalho, em que o trabalho se torna mais “polivalente”, “multifuncional”, diferente do trabalho especializado realizado no período taylorista e fordista. Na medida em que o trabalhador é submetido à multitarefas, o processo de exploração é cada vez mais intensificado.

Nesse processo de precarização do trabalho, tem-se um desmonte nos direitos sociais e trabalhistas conquistados historicamente incidindo diretamente na legislação de proteção ao trabalho.

O avanço neoliberal vem impactando nas diferentes esferas das relações sociais, em especial nas relações de trabalho, nos anos 1990 devido à ofensiva neoliberal no Brasil, o mundo do trabalho vem passando por relações e condições cada vez mais precárias, com aumento do desemprego, flexibilização e retrocesso nos direitos trabalhistas.

Devido à tendência a precarização do trabalho e ao desemprego estrutural, os Assistentes Sociais vêm se submetendo e se inserindo em relações e condições de trabalho cada vez mais delicadas.

O Serviço Social entendido como uma especialização do trabalho coletivo, inserido dentro da divisão social e técnica do trabalho, partícipe do processo de produção e reprodução das relações sociais, é produto histórico, sendo assim, a profissão vem sofrendo mudanças significativas no espaço sócio-ocupacional e é impactada por essas transformações no âmbito do trabalho, que passa por salários rebaixados, contratos fragilizados e temporários, pluriemprego, demandas excessivas, e incidindo na sua atuação apresentando respostas pontuais, fragmentadas e imediatistas. (GUERRA, 2010).

No contexto atual, presenciamos uma multiplicidade de vínculos de trabalho devido ao crescimento do processo de terceirização com a institucionalização das organizações sociais, flexibilizando os contratos de trabalho parciais e temporários. E esse processo de instabilidade, precarização, redução dos salários, pluriemprego impacta na fragmentação da categoria profissional e maior desqualificação.(GUERRA, 2010).

Além da precarização no mundo do trabalho, o projeto neoliberal impacta diretamente na regressão dos direitos conquistados historicamente. As políticas sociais se apresentam com caráter cada vez mais focalizado e seletivo, e demanda respostas dos profissionais que atuam sobre as diferentes expressões da “questão social”. Dessa forma, o profissional de Serviço Social se vê limitado em dar respostas e viabilizar direitos, o que pode vir a ocasionar uma

desmotivação ou uma sensação de impotência frente à realização dos seus objetivos profissionais.

Essas tendências de precarização do mundo do trabalho reforçam a condição subalterna da profissão e incide na atuação dos profissionais sobre as expressões da “questão social” com intervenções pontuais, fragmentadas, emergenciais e imediatistas.(GUERRA, 2010).

É nesse contexto de precarização e retrocesso de direitos que os profissionais de Serviço Social se inserem e precisam produzir respostas e construir estratégias de enfrentamento.

O sofrimento está diretamente associado ao trabalho, e vem se agravando a partir da crise de 1970, enfrentada nos países centrais, através da implantação da política neoliberal e pelos impactos da reestruturação produtiva, e a relação com a saúde torna-se cada vez mais estreita diante de um quadro cada vez mais precarizado, com novas formas de organização e de uso e gestão da força de trabalho.

Os impactos na saúde do trabalhador são observados não apenas no contexto neoliberal, pois existe uma relação histórica entre trabalho e adoecimento, mas no contexto atual observa-se uma nova configuração dessa relação, através de novas formas de contratação, exploração e precarização, somadas a uma mudança e retração da atuação do Estado referente aos direitos trabalhistas.

Além disso, tais profissionais lidam com o sofrimento do outro e se encontram na linha de frente da mediação de tensões e conflitos. Esses profissionais são tensionados por um conjunto de fatores estressantes e desgastantes que pode apresentar possíveis sintomas e sinais de exaustão física, mental e emocional, incidindo, dessa forma, na saúde e no adoecimento desses profissionais.

## 2.2 Conceito de saúde e construção da saúde do trabalhador

Considerando o trabalho como um produto histórico e social, central na sociedade, compreendido segundo a concepção marxista como a ação do homem que transforma a natureza e a si mesmo, logo, determinante para entendermos a concepção do processo saúde-doença relacionada ao trabalho, uma vez que o tempo que dispensamos de nossa vida as atividades laborais é bem expressivo, além de ser fonte de garantia da subsistência humana e de posição social.

Diante do papel que o trabalho exerce na vida dos homens, conviver com a insegurança de perda ou ausência de emprego, somada as condições e relações de trabalho cada vez mais precárias, desestabilização econômica, social e política em que a sociedade vive pode vir a gerar sofrimento, tensão, ansiedades e outros transtornos tanto aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho quanto aos que se encontram fora dele, portanto, não há como negar a importância desse campo científico da saúde do trabalhador, visto que a relação entre o trabalho e as possibilidades de adoecimento, principalmente com maior agravo na atual conjuntura vem atingindo a saúde dos trabalhadores.

A concepção de saúde que utilizamos neste estudo consiste na forma ampliada e abrangente do termo, pois possui relação direta com determinantes sociais e econômicos, e não deve ser entendida apenas como ausência de doenças como vem sendo predominante dentro do modelo bio-médico/hospitalocêntrico de atenção à saúde. Entende-se aqui a saúde de forma ampliada a partir de seus determinantes sociais. De acordo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Ministério da Saúde, 1986).

Assim como o conceito de saúde avançou ao longo do tempo, atualmente reconhecido a partir de uma visão ampliada, relacionada aos condicionantes sociais e econômicos, o conceito da saúde do trabalhador também possui uma trajetória que vem se construindo durante anos, ampliando as ações reducionistas, restritas e simples, com um viés pautado apenas no indivíduo e sua ocupação.

O embrião da atenção à saúde do trabalhador surge com a medicina do trabalho pela necessidade de inserir no interior das fábricas a figura do médico para fiscalizar o que seria prejudicial à saúde dos operários. A medicina do Trabalho foi uma iniciativa das empresas que contratavam Médicos para o controle da saúde dos trabalhadores, com o esforço em detectar os processos danosos à saúde e a “recuperação” do trabalhador visando seu retorno à linha de produção, “o trabalhador representaria uma parte, como peças dos recursos anexados ao complexo”. (PENA, 2011).

A partir do reconhecimento da relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde, a saúde ocupacional surge no pós Guerra e tem como objeto de intervenção a prevenção da doença no ambiente de trabalho, com caráter de intervenção eminentemente técnico. No Brasil surge a partir de 1930, com o deslocamento do olhar clínico para o epidemiológico. Conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, que agrupa a medicina preventiva, práticas e conhecimentos da clínica, analisando as doenças e os acidentes do trabalho com o olhar para o agente (fator de risco); hospedeiro (corpo) e o ambiente (local de trabalho), não considera e apreende outras relações conforme apresenta Lacaz,

[...] como aquelas configuradas pela organização-divisão do trabalho: o ritmo; a duração da jornada; o trabalho em turnos; a hierarquia; a fragmentação/conteúdo das tarefas; o controle da produtividade, cujas consequências para a saúde expressam-se como doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais dos coletivos dos trabalhadores. (LACAZ, 2007).



A atenção à saúde do trabalhador no Brasil avança na década de 80 com o surgimento de um novo modo de pensar sobre o processo saúde/doença e o papel do trabalho na sua determinação.

A Saúde do trabalhador de acordo com a Lei nº 8.080/90, art.6,§3 é apresentado como:

[...]um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e aos agravos advindos das condições de trabalho, e abrange diversas ações. (Brasil, 1990).

Entretanto, apreende-se a saúde do trabalhador neste estudo não apenas como é apresentado na legislação, que a define com forte viés pautado na compensação de danos, bem como a recuperação e reabilitação, mas sim como,

[...] campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. (LACAZ, 2007).

Elementos que a saúde ocupacional não dava conta de investigar, pois tem o seu limite no indivíduo, o campo da saúde do trabalhador vem cooperando com esse processo de saúde/doença, rompendo com a concepção positivista e vislumbrando uma determinação social dos sujeitos, considerando sua subjetividade, resgatando a centralidade do mundo do trabalho, inserindo os trabalhadores neste contexto de luta como sujeitos políticos e sociais, ainda que haja dominação e sujeição por parte do capital.

Diante do agravamento no que tange ao aumento no número de casos das doenças relacionadas ao trabalho ao longo do tempo, segundo o Ministério da Previdência Social apresenta um aumento nos números de casos de afastamento do trabalho em decorrência de transtornos mentais, “De 2008 para 2009, subiu de 12.818 para 13.478[...]a concessão de auxílios-doença em função de transtornos mentais e comportamentais voltou a subir em 2011, passando para 12.337 casos”. (MPS, 2012).

A Medicina do trabalho, fortemente vinculada a fatores físicos e agravos causados por agentes físicos, químicos, biológicos ergonômicos e de acidentes presentes no ambiente de trabalho, portanto de fatores isolados que não dão mais conta diante do contexto global de inúmeras transformações do mundo do trabalho são, assim, insuficientes para determinar essa dinâmica.

Cavalcanti (2011), ao analisar os grupos de riscos do trabalho classificados na legislação brasileira contribui para a crítica desse modelo que não abrange a dinâmica do processo de trabalho. Ao considerar as “cargas do trabalho” principalmente as psíquicas, segundo Laurel e Noriega (1989), vinculadas a fatores estressantes de sobrecarga ou subcarga do trabalho, que de acordo com a autora, “não é mais resultante de fatores isolados, mas de um conjunto de fatores de cunho social...” (CAVALCANTI, 2011). Outro elemento além do qual é necessário um olhar mais aprofundado em posteriores pesquisas, é a noção segundo Freire (2006) da “carga social no trabalho” presente nas relações de poder, autoritarismo, assédio moral, síndromes do trabalho, dentre outros fatores, que estão presente nas configurações do trabalho na atualidade e que são originadas da organização capitalista. (Laurel e Noriega, 1989 e Freire, 2006. *apud*: CAVALCANTI, 2011). Cavalcanti acrescenta à essa noção de cargas sociais elementos que são frutos da organização social como as condições gerais de vida, bem como, deslocamento, alimentação, acesso aos bens e serviços. (CAVALCANTI, 2011).

Este quadro se torna mais preocupante ao avaliar o penoso caminho que o trabalhador tende a percorrer até que seja identificado que a doença apresentada esteja relacionada com o trabalho, isso sem mensurar o preconceito que ainda existe por parte da sociedade no que diz respeito a doenças psíquicas, que são tidas pelo senso comum como uma forma de rejeição ao trabalho, ou até mesmo “preguiça” por parte do trabalhador, ainda tratada com um forte viés individualista, focando nos problemas pessoais dos sujeitos, dificilmente vislumbra a

coletividade, os determinantes sociais e relações com o mundo do trabalho, estas podem levar anos para serem identificadas e relacionadas com o trabalho. Percebe-se a dificuldade de estabelecer o nexos causal e reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho, particularmente das doenças mentais.

Ainda que fortemente direcionados a determinantes concretos na relação entre a atividade exercida e a patologia apresentada, elementos subjetivos vêm sendo trabalhados na investigação de tal conceito e a contribuição de estudos nesta área vem sendo de considerável importância para o desenvolvimento de Políticas de proteção relacionadas ao mundo do trabalho.

Apesar da dificuldade em identificar a doença mental relacionada ao trabalho, os transtornos mentais passam a ser reconhecidos legalmente a partir do decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009., que altera o regulamento da previdência social aprovado pelo decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do fator acidentário de prevenção – FAP com inclusão do grupo V da CID-10 (Transtornos mentais e do comportamento relacionado com o trabalho), com fins indenizatórios, conforme apresentado no anexo A.

### **2.3 Síndromes do trabalho e adoecimento: uma abordagem sobre sofrimento mental relacionado ao trabalho.**

As síndromes de esgotamento profissional afetam o conjunto de trabalhadores em todo o mundo, situação que vem sendo noticiada pelas redes midiáticas, estudos científicos, e entre os próprios trabalhadores que sentem os impactos na sua própria saúde, decorrente do modo como o trabalho se organiza. A França, considerada como um País desenvolvido no que tange ao reconhecimento da proteção trabalhista, vem demonstrando preocupações com o aumento de casos de suicídios relacionados ao trabalho a partir dos anos 2000, especialistas declaram

que a principal causa de afastamento do trabalho identificada pelos trabalhadores consiste na instituição da competitividade, pressão, as reformulações, a insegurança no emprego, a sobrecarga de trabalho e o assédio. Concordam que os motivos não são pessoais e sim da organização do trabalho e novas formas de gestão e uso da força de trabalho. (SAÚDE PLENA,2014).

No caso do Brasil o quadro ainda se apresenta mais alarmante, visto que é considerado um País que precisa avançar e muito no que diz respeito aos direitos trabalhistas, vem ocorrendo um aumento nos casos de afastamento do trabalho relacionado aos transtornos mentais, segundo Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPES) de 2014, a sistematização dos dados comprovam um aumento no número no benefício de auxílio doença aos trabalhadores do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), que abrange o ano de 2012 à 2014, de maior intensidade nas mulheres (AEPES, 2014), sem mencionar os outros diversos vínculos, como estatutários, terceirizados, sem contrato, dentre outras formas de flexibilidade dos vínculos empregatícios que não estão abarcados por esse regime e, portanto, não entram nestas estatísticas.

O conceito de “saúde mental” é amplo, entende-se aqui não apenas como ausência de doenças/perturbação mental, é entendido como produto de determinantes e condicionantes sociais e econômicos. Alves e Rodrigues (2010) apresentam alguns fatores que influenciam a saúde mental, dentre eles, “as condições de trabalho, desemprego, educação, pobreza, condições de habitação, nível de urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, exclusão social, cultura e acontecimentos de vida estressantes”. É possível afirmar assim, que o trabalho e as condições estressantes podem influenciar diretamente na saúde mental dos trabalhadores, esses determinantes perpassam sobre a organização do trabalho na conjuntura atual com as novas formas de gestão e uso da força de trabalho.

Na sociedade atual, tem-se observado um crescimento expressivo da demanda por serviços de assistência a pessoas com sofrimento e doenças mentais. E segundo dados levantados pela Previdência Social, desde 2008, o transtorno mental é a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil.

Apresentaremos algumas elaborações teóricas relacionadas à temática do sofrimento psíquico no trabalho, principalmente em profissionais que trabalham na área social, para que em seguida, seja possível analisar a ocorrência desse fenômeno no trabalho dos(as) Assistentes Sociais do HUCFF.

Lago e Codo (2010) desenvolvem um estudo sobre a *fadiga por compaixão*, trata-se de um fenômeno que acomete os profissionais de saúde que lidam diretamente com o sofrimento alheio. A fadiga por compaixão diz respeito a um fenômeno que acomete os profissionais de socorro, mais especificamente no campo da saúde que lidam constantemente com o sofrimento do outro em seu local de trabalho, que vivenciam diariamente relatos de profundo sofrimento. Essa fadiga atinge os profissionais quando estes não conseguem mais lidar com os sentimentos negativos relativos aos usuários dos serviços.

Segundo Lago e Codo (2010), a empatia está relacionada a um processo de compartilhamento afetivo, e a compaixão constitui um processo empático e é apresentada como o sofrimento compartilhado, a preocupação com o bem estar do outro, sendo o que motiva a intervir no sofrimento alheio. De acordo com os autores “enquanto a empatia está relacionada ao incomodo que sentimos ao ver alguém sofrendo, a compaixão está relacionada aos comportamentos de ajuda.” (LAGO; CODO, 2010).

A fadiga por compaixão é caracterizada por um esgotamento físico e emocional, decorrente da exposição de episódios e contato direto com o sofrimento do outro, trata-se de um fenômeno decorrente do profundo estresse a que estão sujeitos os profissionais do socorro por conta da compaixão despertar ao lidar com o sofrimento alheio, como pode ocorrer com

Assistentes Sociais, nosso objeto de estudo, assim como Enfermeiros, Psicólogos, Médicos, entre outros. (LAGO; CODO, 2010).

Segundo os autores, dificilmente o profissional atinge uma “blindagem emocional”. Diante das mazelas da população atendida, prestar o socorro, se colocar no lugar do outro é uma característica humana, faz parte da nossa capacidade de viver em sociedade. Apesar de, existir uma visão equivocada de que alguns trabalhadores que atuam diretamente no atendimento aos usuários, principalmente na área da saúde estão preparados emocionalmente e são frios no seu atendimento, é comum ouvir relatos que determinado profissional não se importa. Na análise de Lago e Codo, os profissionais estabelecem formas defensivas no seu trabalho, como apresentado a seguir:

De forma geral, a fadiga por compaixão ocorre quando o profissional não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento dos pacientes que ele atende, e em decorrência disso começa a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho. (LAGO; CODO, 2010).

Segundo os autores a frieza adotada por parte de alguns profissionais de saúde representa uma estratégia defensiva para lidar com o sofrimento alheio e a tarefa do socorrer. Diante de algumas circunstâncias os profissionais acabam por encontrar estratégias que auxiliam no seu dia a dia para lidar com estas tensões.

Apesar de existirem outras síndromes que acomete os trabalhadores, o presente trabalho se debruçará em aprofundar o estudo nesta que abrange dois sentimentos que são considerados essenciais para lidar no atendimento, a empatia e a compaixão.

A primeira entendida como uma identificação emocional que temos uns com os outros e a segunda se refere ao sentimento de dor que sentimos ao presenciar o sofrimento do outro.

Ao longo dos anos, as inúmeras mudanças organizacionais no âmbito do trabalho vêm contribuindo para um esgotamento dos profissionais. Nos anos 1980, estudos apresentavam a discussão que os profissionais que trabalham na área de ciências humanas, entre eles os (as)

Assistentes Sociais se encontrava entre os profissionais mais acometidos pela Síndrome de *Burnout*. Segundo estudos de França (1987) refere-se a:

[...] sintomas e sinais de exaustão física, psíquica e emocional, em decorrência da má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, altamente estressante e com grande carga tensional. Acompanha-se de sentimento de frustração em relação a si e ao trabalho. Embora já tenha sido descrita em várias e diferentes profissões, sua incidência é predominante entre os profissionais que trabalham na área de ciências humanas, particularmente, enfermeiros, médicos e assistente sociais. (FRANÇA, 1987, p. 197 *apud*: NICACIO, Erimaldo).

Todavia, de acordo com Lago e Codo, esses estudos acabaram deixando de lado a abordagem a respeito das particularidades existentes na área da saúde, como o ofício de lidar com a vida, com a morte, com o sofrimento e com a dor. (LAGO; CODO, 2010). Sendo, a fadiga por compaixão o conceito mais amplo que conseguiu responder a essa lacuna, contribuindo com um estudo mais específico da saúde mental dos trabalhadores atuantes na área da saúde.

Segundo os autores a Síndrome de *Burnout* não dava conta de responder, pois deixou de fora aspectos fundamentais do trabalho de profissionais de socorro, como o processo empático, a compaixão, a impotência e o papel social que cumprem essas atividades. Fadiga por Compaixão busca compreender o espaço de atuação relacionada a profissionais socorristas da área da saúde que lidam com o sofrimento humano e com pessoas que necessitam do socorro, e que são acometidos por uma exaustão por passarem por eventos traumáticos e de estresse, entre eles, estão os(as) Assistentes Sociais. (LAGO; CODO, 2010).

Os profissionais estabelecem nessas relações com o usuário estratégias defensivas para lidar com o sofrimento alheio e a tarefa do socorrer, assim como pode ocorrer a contratransferência que se refere a uma identificação do profissional com determinada situação vivenciada pelo usuário podendo ocorrer problemas na qualidade do atendimento.

Seligmann-Silva(2011) aborda acerca dos mecanismos defensivos, sendo eles, de defesa e de resistência, que consistem no desenvolvimento nos profissionais de estratégias conscientes ou inconscientes para lidar com o sofrimento. Para a autora, a resistência está

atrelada ao enfrentamento das situações ou condições determinantes do sofrimento. E a defesa é um mecanismo utilizado para evitar ou torna-lo suportável.

Percebe-se, a necessidade de repensar a organização das relações profissionais diante dessa conjuntura, torna-se imprescindível dar um maior destaque as síndromes relacionadas ao trabalho, que se originam desta conflituosa relação com o trabalho, com maior agravo na sociedade capitalista.



### **3 UM ESTUDO DE CASO: PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ALTA COMPLEXIDADE**

#### **3.1 Serviço Social no HUCFF**

Com caráter sociopolítico, interventivo e crítico, a categoria de Assistentes Sociais faz uso de instrumentais científicos que possibilitam a análise e intervenção nas diversas expressões cotidianas da "questão social", orientados pelo projeto ético político que tem como característica o comprometimento com a classe trabalhadora, tendo amparo nas garantias de direitos conquistados na Constituição Federal de 88, que possibilitou o avanço da seguridade social no Brasil, contemplando a Saúde, Previdência e Assistência.

Em contrapartida, os trabalhadores vêm enfrentando tensões e desafios no decorrer do seu exercício profissional. Nota-se um maior agravamento na saúde psíquica da categoria de profissionais que atuam na área social, dentre eles, os(as) Assistentes Sociais que vem encontrando inúmeros limites e conflitos frente a sua atuação para viabilização destes direitos.

A flexibilização e precarização nas formas de contratação da categoria, a regressão dos direitos conquistados historicamente, assim como, as Políticas Sociais que gradativamente se apresentam com caráter cada vez mais focalizado e seletivo, demandando respostas dos profissionais que atuam sobre as diferentes expressões da “questão social”.

As Políticas Sociais no cenário atual vem sendo atacadas como pontua Guarany, dentre os vetores apresentados pela autora, destacamos,

[...] a iniciativa de aumentar a parceria entre o público e o privado em diversas áreas, mesmo naquelas historicamente prestadoras de serviços sociais, como saúde e educação, por exemplo. A nova configuração destas áreas provoca impactos e abalos estruturais não só no acesso, como também na qualidade dos serviços prestados, e também na vida e na saúde dos trabalhadores, fossem eles usuários ou laboriosos desses espaços. (GUARANY, 2014)

Diante de uma conjuntura atual de retrocesso dos direitos sociais ocorre um rebate diretamente na atuação do profissional, considerando que o Assistente Social possui uma formação que o qualifica para a atuação na viabilização dos direitos para a população, tendo

como referenciais o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da profissão, porém quando ocorre o impedimento de realizar o seu trabalho social de acordo com os princípios éticos, este perde o seu significado. Esse profissional é por vezes confrontado pelas demandas que chegam até o serviço e que necessitam de respostas concretas, entretanto, em algumas situações o Estado não oferece subsídios para que esses direitos se efetivem. Sendo assim, vem dificultando a concretização das respostas profissionais, tendo em vista que as condições éticas e o próprio atendimento aos usuários precisam de condições mínimas de trabalho. Como aponta Seligmann–Silva (2011),

A crise ocorre, na atualidade, diante do desmoronamento não apenas de uma visão idealizada de si mesmo e de uma missão, mas agora também diante de uma percepção de que foi abalado o caráter ético que dava sentido as atividades de educação, saúde e assistência social. (SELIGMANN-SILVA, 2011).

É nessa conjuntura que os profissionais de Serviço Social se inserem e precisam produzir respostas e construir estratégias de enfrentamento, se encontram na linha de frente da mediação de tensões e conflitos entre capital e trabalho. São tensionados por um conjunto de fatores estressantes e desgastantes que pode apresentar possíveis sintomas e sinais de exaustão física, mental e emocional, incidindo, dessa forma, em sua saúde, contribuindo para possível adoecimento destes.

O campo da Saúde no Brasil é um dos maiores espaços de atuação destes profissionais, diversas áreas de ocupação vêm se ampliando ao longo dos tempos, podendo exercer funções de planejamento, gerenciamento e execução de políticas, programas, projetos e serviços sociais.

No HUCFF o Serviço Social atua na identificação dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, e, a partir daí, orienta os usuários no sentido de acionar recursos internos e externos que contribuem para o exercício da sua cidadania. (HUCFF, 2016).

O Serviço Social na Instituição conta atualmente com um quadro de aproximadamente 25 Assistentes Sociais incluindo os residentes de Serviço Social, o que consideramos ser uma quantidade insuficiente diante da complexidade e do número de atendimentos realizados no hospital, verifica-se também a atuação de alguns destes profissionais em desvio de função e vínculos empregatícios diversos, fatores que proporcionam impactos negativos na prestação dos serviços à comunidade, devido a sua instabilidade profissional dentro da Instituição. Apesar destas fragilidades o Serviço Social vem atuando na luta em favor do fortalecimento de uma Política de Saúde integral e de qualidade realizada comprometida com os ideais da reforma sanitária, concebendo-a como direito e não como favor.

No HUCFF, o Serviço Social está presente nas especialidades clínicas e cirúrgicas divididas pelos diversos andares da unidade tanto de internação, quanto no ambulatório, CTI, além do Serviço de Emergência, ressaltando que no momento o setor encontra-se fechado para atendimento externo funcionando apenas para pacientes que necessitem de atendimento emergencial no momento da consulta. Os serviços estão estruturados pelas rotinas considerando a análise das demandas dos pacientes, seus familiares e da instituição. (HUCFF, 2016).

Cabe neste trabalho ressaltar que o HUCFF, especificamente a Comissão de Direitos dos Pacientes (CDP), foi um dos campos de atuação de estágio na qual contribuiu para a observação e o interesse da pesquisa aqui apresentada. A CDP, instituída desde 2001 atua na área da Assistência como um espaço de luta pelos Direitos dos pacientes do Hospital Universitário, participando ativamente do cotidiano hospitalar configurando-se como um espaço de reflexão sobre cidadania, autonomia e participação dos usuários em prol da saúde pública de qualidade. (CDP, 2001).

A CDP tem por missão "Fortalecer a noção de Direito e Cidadania através de ações sócio-educativas, junto à comunidade do HUCFF, implementando o controle social na saúde"

(CDP, 2001). Realiza quinzenalmente reuniões onde são discutidas as condições hospitalares e suas possíveis melhorias, seja na estrutura e no relacionamento entre pacientes e profissionais, bem como a participação política através do controle social fortalecendo sua noção de direito e cidadania, visando transparência no processo de gestão requisitando esclarecimentos dos responsáveis pelos serviços. Reuniões que possibilitaram a reflexão referente aos relatos tanto de pacientes quanto de funcionários sobre desafios, conflitos e esgotamento mental relacionado ao trabalho.

### **3.1.2 Imediaticidade**

Consideramos importante trazer a reflexão esta categoria relacionada à prática cotidiana, analisando como o modo de viver nesta sociedade globalizada caracterizada por relações sociais fragilizadas e imediatas atingem a realização profissional. O contexto histórico em que estamos inseridos vem sendo marcado pela imediaticidade, tanto nas relações entre os homens como em todas as áreas que são impactadas por este novo modo de vida, atingindo assim todas as esferas seja no âmbito público quanto privado.

A sociedade capitalista vem requisitando cada vez mais, profissionais com capacidade mecânica, cumpridor de tarefas, a reprodução espontânea e imediatista, o que tende a impactar diretamente na sua prática profissional, sofrendo pressões tanto pelos usuários dos serviços quanto pela própria instituição empregadora, oferecendo respostas imediatas para situações concretas da realidade dos sujeitos sem levar em consideração os determinantes sociais que estão vinculados a tais fenômenos.

Diante deste contexto, as profissões são atingidas por esse novo modo de agir, transformando os trabalhadores em sujeitos alienados, cumpridor de metas, contribuindo assim para visualizar os fenômenos de forma isolada, atomizada, superficialmente como nos afirma Coelho:

A vida cotidiana, dentre todas as esferas do ser social, é aquela mais propensa a alienação, em virtude de seu caráter heterogêneo, imediato, e sua superficialidade extensiva. (COELHO, 2013).

O Serviço Social compreendido como uma profissão que propicia um movimento crítico da realidade e o Hospital Universitário como espaço privilegiado de ensino e discussão, que realiza a reflexão crítica das demandas trazidas pelos próprios usuários dos serviços e profissionais, que não se restringe a participação apenas no âmbito da profissão e sim de uma equipe multiprofissional, porém, percebe-se que a profissão também vem sofrendo os impactos desse mundo globalizado, imediatista, interferindo na prática do Assistente Social, como reflete a fala dos próprios profissionais que apesar de manterem seu olhar crítico a realidade, encontra dificuldades para a realização da práxis, compreendida como um movimento entre pensamento e ação, necessitando da suspensão deste cotidiano.

Como é necessário que se dê respostas emergenciais aos usuários é de igual modo imprescindível que se reflita sobre o que se realiza, de que maneira e aonde quer chegar, até que ponto o Serviço Social vem contribuindo para efetivar direitos dentro da Instituição ou até mesmo fora dela. Diante do cenário de retração dos recursos financeiros, materiais e humanos o Serviço Social vem atuando, num quadro de enfrentamento do cotidiano objetivando desenvolver sua atuação profissional direcionada para mediação dos conflitos da relação contraditória entre Capital e Trabalho.

Analisando a realidade institucional a fim de refletir sobre o papel profissional do Serviço Social dentro deste espaço sócio-ocupacional, observa-se embates frente aos desafios que a categoria encontra no que diz respeito a normas consolidadas na instituição, como por exemplo, a solicitação da compra de medicamentos que não são disponibilizados pela Instituição, sabe-se que estas são práticas recorrentes nos hospitais públicos devido à omissão por parte do poder público com investimentos em recursos humanos e materiais na Política de Saúde no Brasil. Outro fator estressante, é quando ocorrem falhas na rotina hospitalar os casos podem ser encaminhados pelos familiares ao Ministério Público pleiteando explicações do

profissional, que estava cumprindo as normas, analisamos serem algumas situações que podem vir gerar desgastes tanto físicos quanto mentais para o trabalhador.

Indaga-se então qual vem sendo o papel do Serviço Social neste contexto precário, que devido ao momento de sucateamento da saúde pública, por vezes, não consegue viabilizar direitos. Surge uma reflexão quanto ao direito da Integralidade do cuidado, de acordo com o Art. 7º garantido em um dos princípios das ações do SUS a,

**II** - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (Brasil, 1990).

Outro ponto a ser discutido e que se percebe na fala dos próprios Assistentes Sociais é a ausência de clareza de outros profissionais de usuários quanto às atribuições privativas do Serviço Social, o que vem ocasionando um inchaço das demandas solicitadas ao serviço, conseqüentemente resultando num desafio diário que requisita do Serviço Social esclarecimentos sobre suas atribuições.

Considerando a prática profissional, observa a importância de apreender, exercitar e desenvolver a dimensão técnico operativa utilizada pelo Serviço Social, entendendo que a mesma não deve estar desassociada das outras dimensões teórico metodológica e ético política. Portanto, exercitar tais instrumentos como relatórios, laudos, pareceres sociais, dentre outros, por compreender que são ferramentas complementares ao desenvolvimento das atividades práticas das ações profissionais dentro dos espaços institucionais sem desconsiderar a necessidade de possuir um olhar crítico referente a esta dimensão técnico operativa compreendendo que as Políticas Sociais são instrumentos de mediação entre o Estado e a Sociedade civil, caracterizando ao mesmo tempo um caráter de conquistas de lutas da classe trabalhadora, sendo assim considerada como um avanço neste sentido, entretanto, por outro lado é uma estratégia governamental de dominação das classes mais pauperizadas com vistas a focalização de forma pontual e fragmentada.

A partir deste conhecimento, diante de todo o arcabouço adquirido pelo serviço social na Instituição e apreensão crítica do modo de vislumbrar as Políticas Sociais na sua totalidade, torna-se importante acrescentar a formação acadêmica o exercício da prática reflexiva, analisar as situações na sua essência e como estas possuem ligação com o modo de viver na sociedade atual, quais suas implicações e referenciais teóricos que trata destes casos contribuindo assim para a garantia da ampliação de acesso as informações sobre seus direitos, considerando que este seja um caminho que contribua para controle social e autonomia dos pacientes.

Não podemos ser meramente um repetidor de tarefas, é necessário refletir criticamente sobre o cotidiano relacionando pensamento e ação e nos indagar: até que ponto as atividades que estamos realizando estão contribuindo de fato para a transformação e construção de uma nova forma de viver em sociedade, apesar de, compreender que vivemos em uma sociedade capitalista e, portanto, de relações sociais fragilizadas, é necessário fortalecer a luta, deixando de lado a disputa de poderes e conflitos interpessoais. Contudo, sabemos que esse problema não é exclusivo do HUCFF, observamos ser esta uma dificuldade de diversos setores profissionais, mas ao nos determos no campo do Serviço Social percebemos um enfraquecimento da categoria no que se refere a articulações entre as equipes, perdendo assim espaços ocupacionais dentro das Instituições, desse modo a nossa crítica se realiza ao refletir o quanto a categoria avançaria nas conquistas se os profissionais do Serviço Social, independente de cargos ou setores de atuação unissem forças, incentivando o controle social que é exercido dentro da Instituição com a finalidade de transformações efetivas.

É necessário romper com os discursos e avançar nesta reflexão apreendendo a realidade como um todo. A categoria necessita constantemente suspender o cotidiano e refletir sobre sua prática e até que ponto consegue cumprir tantos os objetivos concretos que chegam até os Assistentes Sociais quanto à construção coletiva de projetos que visa assistência

integral de qualidade em conformidade com os princípios do SUS impactando na vida desses sujeitos.

### **3.2. Metodologia do trabalho de campo**

Para avaliação do processo de trabalho e os possíveis impactos na saúde dos Assistentes Sociais do HUCFF utilizamos um estudo de campo de natureza qualitativa, que segundo Minayo:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO, 2004).

Esta proposta de pesquisa é advinda de nossas observações nos diferentes campos de estágio, HUCFF e o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ) que nos fez refletir sobre o sofrimento psíquico sofrido pelos profissionais de Serviço Social. A pesquisa de campo teve início em Maio de 2016 e trata-se de um estudo de caráter qualitativo, que visa conhecer o processo de trabalho dos Assistentes Sociais do HUCFF e seus possíveis impactos na saúde, tendo sido o mesmo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) em Abril de 2016, definindo-se como objetivos da investigação:

- Levantar a produção acumulada sobre a temática do presente estudo a partir de levantamento bibliográfico.
- Conhecer o processo, as condições e as relações de trabalho dos Assistentes Sociais no HUCFF/UFRJ.
- Identificar a relação entre o processo de trabalho e o adoecimento dos Assistentes Sociais de uma instituição de ensino-assistência de alta complexidade.



- Compreender e contribuir para dar visibilidade aos efeitos na saúde do trabalho profissional dos Assistentes Sociais que atuam com as diferentes expressões da “questão social”.
- Pesquisar as principais repercussões psicossociais que afetam a saúde destes profissionais.

Na pesquisa de campo utilizamos dois instrumentos para coleta de dados: o questionário autoaplicado e a entrevista semiestruturada (roteiros em anexo). Primeiramente nossa intenção era aplicar o questionário a todos os profissionais de Serviço Social, que atualmente se refere a um quadro de 25 Assistentes Sociais atuantes no HUCFF distribuído nos diferentes setores da instituição, destacando algumas questões orientadas por oito eixos temáticos: Identificação, Dados Gerais, Formação e Atuação profissional, Relação profissional/ trabalho, Organização e processo de trabalho, Processo de trabalho e adoecimento, Doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho e Avaliação. A escolha desses eixos ocorreu pela análise de sua importância para o nosso objeto de estudo.

Para a realização da primeira etapa, realizamos algumas idas ao Hospital a fim de esclarecer sobre nosso objeto a ser investigado bem como a entrega dos questionários e do termo, disponibilizamos um período de quinze dias para entrega dos mesmos.

A execução desta etapa consistiu na aplicação de um questionário respondido pelos sujeitos da pesquisa – Assistentes Sociais, que dependeria de cada profissional, visto que estes não eram obrigados a responder aos questionários e nem as entrevistas, para tanto assinando um termo de esclarecimento livre que os informava que suas respostas seriam tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento seria divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, que os resultados seriam apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas, por acaso, referidas

durante a entrevista também teriam suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados seriam utilizados apenas para fins da consecução do referido Projeto de pesquisa.

Os questionários foram autoaplicados durante o mês de Maio de 2016, e das 25 Assistentes Sociais do HUCFF conseguimos entregá-los para 18 profissionais, pois 4 estavam de férias, 1 de licença, 1 optou por não responder e 1 começou a trabalhar há pouco tempo na instituição, mas dentre os 18 entregues obtivemos a devolução de 15 respondidos.

Concluída esta fase, partimos para a execução da segunda etapa, realizamos a análise dos questionários e selecionamos o quantitativo de três profissionais devido ao reduzido tempo de pesquisa a campo que tínhamos, e por considerarmos um número suficiente para aprofundamento da amostra. Selecionamos profissionais de diferentes vínculos empregatícios, sendo uma extraquadro, outra estatutária e por fim uma residente. Em visita ao hospital, informamos as mesmas que foram selecionadas e se poderia contribuir com a realização das entrevistas, não encontrou resistência por parte delas.

Realizamos uma pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas contendo 10 questões visando aprofundar situações específicas sobre o tema com 3 profissionais de Serviço Social do HUCFF, selecionadas a partir de alguns critérios, em relação ao tempo de serviço na Instituição, diferentes vínculos empregatícios e setores distintos. Para registrar as informações coletadas utilizamos a gravação de áudio e registro em papel, mediante o consentimento dos entrevistados. Considerando a importância do aprofundamento de algumas questões referentes a relações de trabalho, segundo Lima (2014) que aponta a necessidade de,

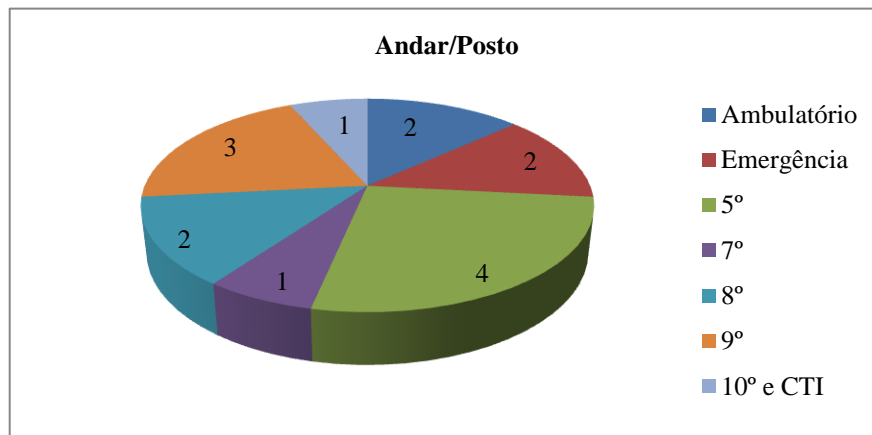
Reconhecer o conteúdo, a orientação ético-política e as expressões materiais da prática profissional do assistente social são tarefas importantes nos processos permanentes em que se acionam e se constroem os conhecimentos que dão sustentação à profissão na divisão sócio e técnica do trabalho, bem como seus desafios nas relações de trabalho vigente. (LIMA, 2014).

Do ponto de vista ético, cada participante, foi informado sobre os objetivos da pesquisa e garantias de proteção através do termo, o qual segue em anexo. Conforme coloca Vasconcelos (2002), o cuidado ético deve garantir a preservação das identidades, o resguardo

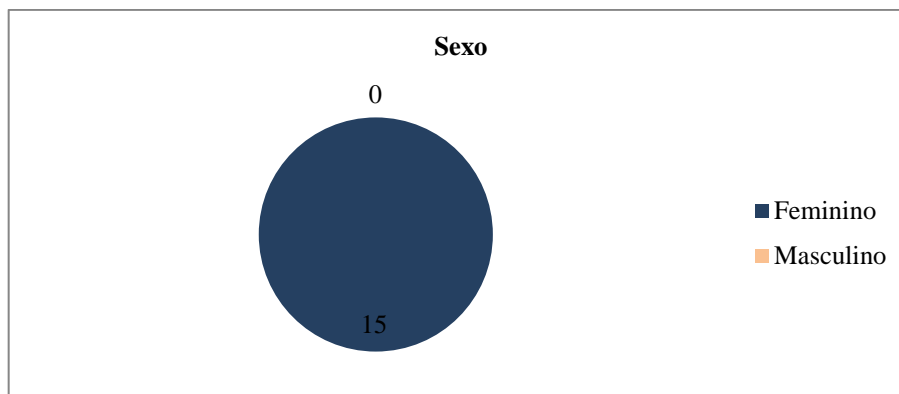
das fontes dos entrevistados e o compromisso de prover retorno dos resultados. (VASCONCELOS, 2002. *apud*: LIMA, 2014).

### 3.3 Perfil Geral

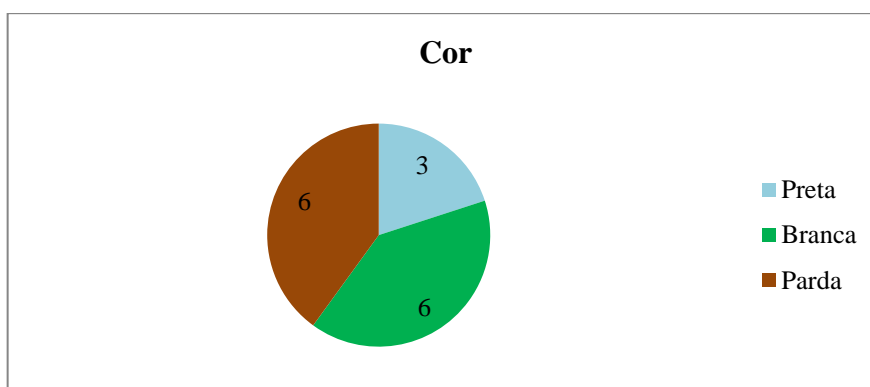
Os indicadores do perfil das Assistentes Sociais do HUCFF apresentados são andar, sexo, cor, idade, tempo na instituição e na função e vínculos empregatícios.



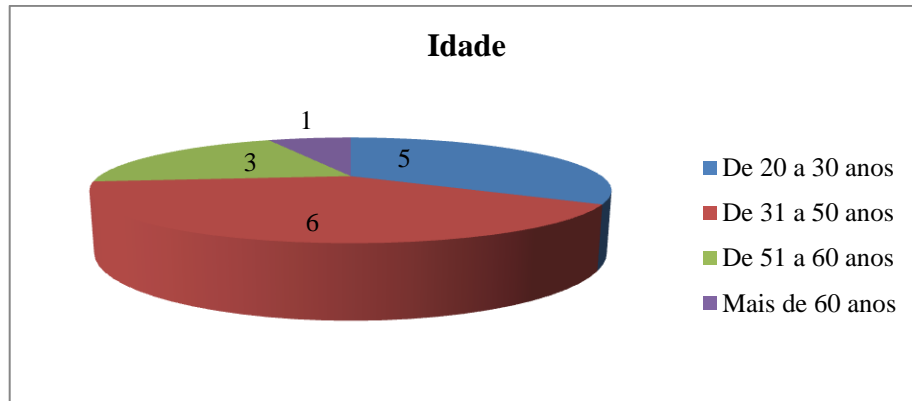
Foram analisados os questionários das Assistentes sociais de diferentes andares da unidade conforme destacado no gráfico acima, de acordo com nossa observação consideramos que o setor de internação pode contribuir para o maior agravamento de sofrimento psíquico devido a alguns fatores apresentados como a insegurança em lidar diariamente com doenças de alta complexidade, o vínculo que se forma entre pacientes de internação prolongada, e quando em ocasião de óbito ocorre sofrimento para os profissionais podendo comprometer sua saúde emocional.



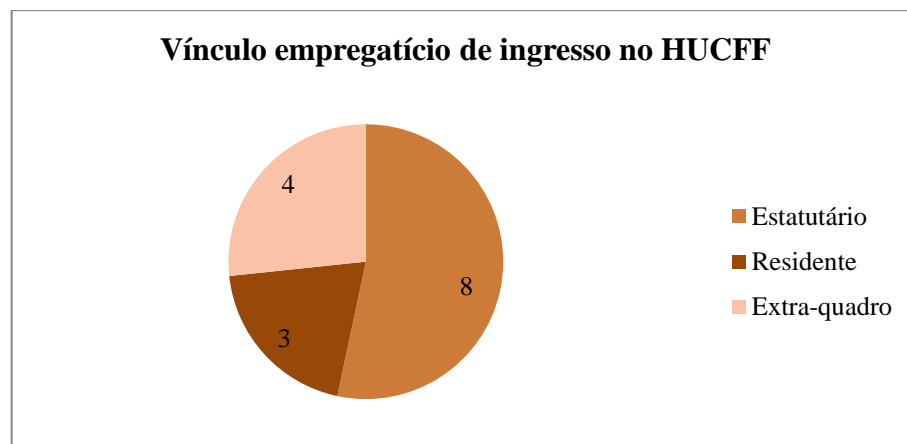
A tendência histórica da profissão predominantemente feminina se confirma dentro da Instituição que apresenta um quadro da categoria de Assistentes Sociais 100% do sexo feminino, outro fator preponderante na área da saúde é a presença feminina em atividades relacionadas ao cuidado e proteção.



Quanto ao pertencimento étnico-racial, foram autodeclaradas apenas três resultados. A cor preta aparece com o menor número de apenas 3 profissionais, outros 6 se autodeclararam de pele branca e 6 de cor parda.

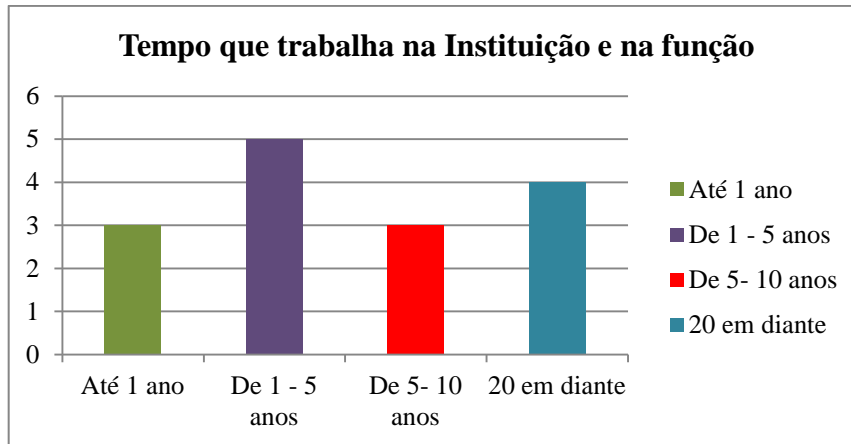


Os dados mostram que na categoria das Assistentes Sociais do HUCFF prevalecem as idades entre 31 a 50 anos, sendo 6 profissionais. A segunda maior porcentagem é de profissionais com menor idade, entre 20 a 30 anos, cerca de 5 profissionais. E 4 são profissionais com idade superior, de 51 a mais de 60, com mais tempo na instituição.



Segundo o vínculo empregatício das Assistentes Sociais no hospital, (8) são estatutários, (4) são extraquadro e (3) residentes.

Cabe ressaltar que apesar da maioria das profissionais na amostra possuírem o vínculo estatutário, percebe-se que as profissionais com menor tempo na instituição são extraquadro, o que expressa alguns aspectos das novas relações de trabalho, reflexo do contexto atual com redução de concursos públicos no hospital e a crescente inserção de profissionais a partir de contratos precários, temporários e fragilizados.



Sobre o tempo que os assistentes sociais trabalham na instituição e na função, a maioria (5) estão de 1 – 5 anos, (4) estão mais de 20 anos, (3) estão de 5- 10 anos e (3) 1 ano na instituição. Os profissionais com maior tempo na instituição são os de vínculo estatutário, e com menos tempo na instituição são residente e extraquadro.

### 3.3.1 Organização e relações de trabalho

Ao longo do tempo com as novas formas de uso e gestão da força de trabalho, os profissionais enfrentam rebatimentos no seu exercício, o que provoca um novo olhar sobre o trabalho. O sofrimento vem sendo predominante no espaço laboral, o que se torna um meio de mera sobrevivência, em vez de realização e satisfação. As Assistentes Sociais ao serem indagadas sobre o trabalho todas o relacionaram como fonte de renda e sobrevivência, e não como forma de satisfação e transformação.

Em relação ao sentimento de satisfação com o trabalho, 9 se consideram satisfeitas, 5 insatisfeitas e uma não respondeu. Em nossa análise percebemos uma contradição, pois a maioria informa satisfação, mas por outro lado, identificam problemas como falta de recursos, precarização das condições de trabalho, dentre outros.

Na discussão acerca da organização e relações de trabalho dentro do HUCFF abordaremos alguns elementos como condições de trabalho, autonomia profissional, jornadas de trabalho e vínculos empregatícios relacionando com o sofrimento profissional.

Na opinião da maioria das Assistentes Sociais o ambiente hospitalar é considerado um espaço insalubre e/ou de situações perigosas, as condições de trabalho são reflexo da conjuntura atual, consequência do enxugamento por parte do governo federal com os gastos públicos resultando na escassez de recursos humanos e materiais, refletindo segundo elas, num incomodo para a equipe que enfrenta no seu cotidiano situações desafiadoras, conforme relato a seguir,

“..a gente não tem uma água, um banheiro decente, as condições que são ruins, essa lâmpada hoje está piscando, a outra está apagada, um dia não tem computador, são coisas que a gente até vai levando, a gente continua trabalhando nas condições que existem, mas que poderia ser melhor, o meu espaço físico é o espaço que eu estendo também para o meu usuário do hospital, então aquele banquinho ali me incomoda, porque é horrível ficar sentado ali, então eu acho que a precariedade das condições físicas é ruim para o paciente e é ruim para o profissional.” (Entrevistada 1)

Em relação à autonomia, o código de ética da profissão é um instrumento legal que garante a liberdade do exercício profissional, permitindo uma atuação de qualidade proporcionando realizar escolhas comprometidas com os princípios éticos e críticos da realidade. A maioria das Assistentes Sociais pesquisadas considera possuir certa autonomia dentro do HUCFF, entretanto, todas relatam que esta é relativamente dentro do que a instituição estabelece.

“A gente tem autonomia, para dizer ah isso eu faço e isso não faço, mas é uma autonomia relativa também, autonomia dentro do que a instituição tá impondo, porque muitas vezes posso me recusar de fazer alguma coisa e vir a ter alguma retaliação, então a autonomia não é absoluta, é mais ou menos.” (Entrevistada 2)

Aponta outros fatores como falta de conhecimento por parte da equipe multidisciplinar sobre as atribuições do Serviço Social e a baixa valorização dos profissionais como algo que tem incomodado a categoria como um todo, resultando num desafio cotidiano de se colocar frente às situações que chegam aos serviços, esclarecimento sobre qual é o papel do serviço social na Instituição, o que gradativamente vai gerando um esgotamento psíquico do profissional. Relatam principalmente sobre a cultura da hierarquização médica

predominante no ambiente hospitalar, visto que, a figura do Médico dentro de um hospital é a considerada “mais importante” por possuir o poder do diagnóstico, o que dificulta o diálogo com alguns profissionais.

Além das demandas que chegam às Assistentes Sociais que não cabem ao profissional, encaminhadas em sua maioria pelos Médicos, outra justificativa para as demandas excessivas aparece muito em relação à falta de recursos humanos, por ser um hospital de grande porte, sem sinalização suficiente, acabam procurando o Serviço Social para demandas de informações que poderiam ser fornecidas por outros funcionários, gerando certo desgaste. Para lidar com essas situações utilizam de mecanismos de esclarecimentos às equipes e aos usuários para se posicionar diante das situações que não são atribuições da profissão, relatam que realmente é um exercício diário sobre o que o Serviço Social faz e o que não faz. Mas essa luta também tem alcançado ganhos consideráveis, mesmo que ainda sejam incipientes, o Serviço Social na instituição já consegue se posicionar em relação a alguns protocolos institucionais.

Nas respostas dos questionários, no que se refere à jornada de trabalho, que pela legislação<sup>2</sup> vigente desde 2010, no governo Lula, determina a duração do trabalho do Assistente Social de 30 horas semanais, a maioria afirma cumprir às 30 horas.

As profissionais que responderam exercer maior carga horária prática são as residentes, duas afirmam que realizam 36 horas e uma cumpre 44 horas. Ao relacionar as informações com os vínculos observamos maior tensão quanto à jornada de trabalho prolongada das residentes de Serviço Social, que de acordo com o regimento legal precisam cumprir 60 horas de carga horária.

“...tem pessoas que ah são 60 horas, é isso, e não reclamam de nada, mas eu não acho que seja viável a pessoa fazer 60 horas, não cabe dentro de uma unidade hospitalar de alta complexidade acaba ficando muito pesado, não só para a gente, mas para médico, para qualquer outra categoria, que até vem fazer plantão final de

---

<sup>2</sup>C.f. Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010.



semana, fazer aula final de semana, que não é o nosso caso mas mesmo assim fica pesado, até porque no segundo ano a gente tem que fazer nosso trabalho de conclusão de curso, escrever artigo para publicar, ou para participar de alguns eventos fica puxado também... eu acho que é pesado sim, o que tem que mudar mesmo é a lei, o regimento, porque não adianta também eu ficar cobrando da minha chefia, porque eu não quero, porque eu não quero se o regimento está cobrando 60, o que deveria estar cobrando menos é lá mesmo, através de cobrança nos órgãos que a gente tem que participar para ver como está, para mudar.<sup>22</sup> (Entrevistada 2)

Cabe ressaltar a distinção entre os Assistentes Sociais extraquadro e residentes, um tem um vínculo precário na condição de prestador de serviço e o outro é pós-graduando que estão na instituição por um período determinado e na condição de qualificação em serviço, porém devido à escassez de pessoal na instituição, a residência vem passando por um desvirtuamento, pois se submetem a jornada extensa de trabalho, com reduzida carga horária dispensada para o conhecimento teórico.

Diante de um quadro de flexibilização das relações de trabalho, resultando em contratos fragilizados e enxugamento dos concursos públicos conforme já discutido anteriormente nesse trabalho, consideramos que a diferença nos vínculos empregatícios, na instituição contribui para insegurança das Assistentes Sociais, principalmente as extraquadros, que possuem vínculos precários e sem direitos, cabe ressaltar que são profissionais que demonstram ética no seu fazer profissional, entretanto percebe-se nos relatos a ausência de embates com relação aos conflitos interpessoais que foi sinalizado por outras profissionais, e na nossa análise pode ser devido à insegurança no seu vínculo de trabalho.

Percebemos que a instabilidade gerada por conta destas novas relações de trabalho aprofundadas no século XXI, gera certa insegurança nos trabalhadores extraquadro do HUCFF que segundo relato das entrevistadas possuem vínculos precários de contratação com acordo verbal, sem contrato formal, restritos direitos trabalhistas, não possui contribuição para o FGTS, ausência de 13º salário, ocasionando uma carga maior de sofrimento, visto não ter instabilidade e a qualquer momento, de acordo com a conjuntura, correm o risco de não

receberem seus salários e perder o seu trabalho, este já apresentado com estreita relação com a questão da sobrevivência.

### 3.3.2 Serviço Social, processo de trabalho e adoecimento

Nesse tópico trataremos questões relacionadas à atuação do Serviço Social num hospital de alta complexidade, a cobrança por produtividade, relações de poder, contexto de sucateamento da saúde com incentivo a privatização, são questões que podem resultar em angústias, preocupações, inquietações e incertezas no âmbito do trabalho.

Na investigação sobre a relação do Assistente Social com trabalho dentro de um Hospital de alta complexidade, elementos como desafio, persistência, situações complexas, sucateamento da saúde, judicialização da “questão social”, fragilidade na rede e falta de recursos, reflexo do contexto atual, aparecem nos relatos das profissionais, como podemos ver a seguir,

“Trabalhar como Assistente Social dentro de uma unidade médica em alguns momentos é persistência, no hospital de alta complexidade, numa estrutura e no contexto que a gente tem, às vezes é conflituoso, porque teoricamente o SUS é uma maravilha, na prática ele está deteriorado, então aqui que é para a gente lidar com só de situações complexas, a gente acaba abrindo e recebendo situações que não deveria estar aqui, não está nas unidades de atenção básica, então é complicado porque se aqui a gente não tem recurso na alta complexidade, e aquela demanda que deveria estar fora vem, imagina o caos que está a política de saúde, e as vezes é um pouquinho desgastante, um pouquinho não, bastante...o social sempre é mais difícil de você trabalhar, né, as políticas sociais, mas eu acho que nunca foi tão precário. Até a questão da saúde hoje, a gente está indo para um caminho, que de repente não tem muita resposta, porque antigamente quando a gente falava em judicialização da “questão social”, orientar um paciente para ir procurar a justiça era assim, uma situação em muitas, hoje em dia, a gente faz isso diariamente, e o pior é o retorno do paciente te dizer que foi na justiça, emitiu o documento e nada foi feito, não tem resposta, quer dizer se você chegou na ponta final do encaminhamento que é a justiça e não tem respostas, imagina daqui para frente como vai ficar, entendeu. Isso daqui vai se tornando muito difícil de trabalhar...”<sup>22</sup> (Entrevistada 1)

A dificuldade de exercer um trabalho de qualidade a cada dia vai se tornando um desafio para os profissionais que lidam com o enfrentamento das expressões da questão

social, os fatores como falta de Políticas edificuldades de acessar os direitos gera tensão emocional.

Além destes fatores, surgiram também inquietações quanto aos conflitos interpessoais que existe entre equipes, tanto do Serviço Social, quanto de outras categorias presentes na Instituição. Cabe destacar que identificamos um esgotamento mais centralizado nas residentes do Serviço Social no que tange a questão de ritmo de trabalho intenso, cobrança de produtividade e jornada de trabalho prolongada.

“Identifico muitas relações de poder, conflitos interpessoais... com certeza, não só aqui, em todo lugar deve ter, mas acho um dos maiores problemas do serviço são as relações interpessoais, relações de hierarquia, querer só mandar para dizer que tem poder, as vezes não tem necessidade de agir daquela maneira, mas age pra mostrar que manda, e a gente só tem que obedecer, é tem várias questões não só do serviço social, mas do restante da equipe, mas acho que atrapalha um pouco, a relação como equipe.” (Entrevistada 2)

Percebe-se certa discordância em algumas questões relacionadas ao convívio interpessoal, que varia de uma para a outra, acrescido de situações que a Assistente Social considera que sua relação não é ruim, sendo relativo de pessoa para pessoa, entretanto o agravamento que resultou no seu afastamento do trabalho se deu por problemas com a chefia.

Na análise dos materiais verificamos que algumas das Assistentes Sociais que possuem vínculos mais precarizados, sem instabilidade, são as que possuem uma fala mais conformada com as situações conflituosas que surgem entre as equipes. Dos quinze questionários respondidos pelas Assistentes Sociais, quatorze delas identificam fatores que pode prejudicar a sua saúde e apenas uma não respondeu a questão.

A maioria das profissionais reconhece que o avanço neoliberal vem impactando na sua atuação profissional. O descaso do poder público com a Saúde Pública no Brasil são inquietações que se apresentam claramente nos discursos das Assistentes Sociais, umas demonstram enfaticamente críticas à privatização da Saúde, outras mais moderadamente, porém há um consenso no que tange a insegurança com o futuro das Políticas Sociais no País,

que aceleradamente o privado vem atuando em serviços que antes era exclusivamente gerido pelo Estado, vai sendo entregue nas mãos de entidades privadas como é o caso da EBSEH causando preocupação com o incerto caminho que o Hospital irá percorrer daqui pra frente, o retrocesso dos direitos danificando as conquistas alcançadas até então, entrando com a lógica produtiva sem se importar com a qualidade dos serviços prestados, tirando a autonomia da Universidade, por outro lado reconhecem que é necessário fazer alguma coisa em relação ao sucateamento do Hospital,

“...eu não sei o que poderia acontecer com a entrada da EBSEH, porque assim, a gente sabe que o hospital tá muito sucateado, no fim do ano a residência entrou de greve porque a gente não tinha coisas básicas, a gente não tinha soro, não tinha gases, não tinha luva, não tinha coisas básicas para um atendimento, mas também não acho que a entrada da EBSEH iria resolver, a gente observa outros casos em hospitais universitários que a EBSEH já entrou e continua precarizados, então assim, eu acho que a gente tem que pressionar mesmo o governo no sentido de que a gente tenha mais recurso, e não acho que a EBSEH seria a solução não, muito pelo contrário”<sup>2</sup>. (Entrevistada 3)

“...Me preocupa porque não sei nem se teria residência mais né, se a EBSEH entrasse, e também porque os vínculos são precários, tudo baseado em contratos, não sei nem se os servidores estariam mais aqui, porque até onde eu sei quando entra OS nos outros hospitais estaduais e municipais, eles acabam transferindo os servidores, e só contratam de maneira precária os outros profissionais, o que acaba rebatendo na atuação desses próprios profissionais, não vão ter condições de trabalho fisicamente naquele hospital provavelmente, e não vão ter condições no seu próprio vínculo mesmo, de tão precário que acaba rebatendo na atuação deles para pior, acaba fazendo com que a atuação não seja de qualidade.”<sup>2</sup> (Entrevistada 2)

O trabalho é o determinante do processo saúde-doença, que pode interferir e desencadear desgaste, sofrimento e adoecimento nos profissionais. Na conjuntura atual o trabalho vem passando por uma reorganização, com novas formas de uso e gestão da força de trabalho, pressão, estabelecimento de metas, condições precárias de trabalho, contratos fragilizados e temporários que vem impactado diretamente na saúde do trabalhador. Nesse contexto de precarização tem um crescente número de profissionais que vem adoecendo.

No caso das Assistentes Sociais, além de serem alvos dessas mudanças na inserção no mercado de trabalho com os vínculos precários, também lidam com os rebatimentos nas Políticas Sociais agravadas no contexto atual com o auge do ideário neoliberal, fatores esses

incidem na atuação profissional e podem ocasionar possíveis adoecimentos, sentimento de frustração e impotência, sofrimento e desgaste mental. Diante disso, abordaremos nesse ponto as análises a partir das respostas recolhidas nos questionários e entrevistas realizadas com as Assistentes Sociais do HUCFF.

A saúde deve ser entendida de forma ampliada, compreendendo os condicionantes e determinantes do processo saúde- doença, sendo assim, os fatores externos e internos ao cotidiano institucional, incide na atuação profissional, e conseqüentemente na saúde dos profissionais causando algum sofrimento e desgaste no trabalhador.

A maioria dos sujeitos da pesquisa, (13) identifica que a atividade que desenvolve provoca algum tipo de desgaste e/ou adoecimento/sofrimento. Assim como, a maioria (14) identificou fatores no trabalho que podem prejudicar sua saúde, dentre eles foram mencionados a falta de recursos para efetivação das políticas públicas; precarização das condições de trabalho; conflitos interpessoais; falta de políticas e diretrizes da instituição (falta de recursos, autonomia, perspectivas) e tensão emocional, apareceram na maioria das respostas como possíveis agravantes do processo de adoecimento, bem como, o ritmo de trabalho intenso, demandas excessivas, cobrança de produtividade e jornadas prolongadas de trabalho.

Dentre esses fatores que foram mencionados na amostra, podemos identificar uma diferenciação de acordo com os vínculos empregatícios, pois fator como cobrança de produtividade, jornadas prolongadas e ritmo de trabalho intenso, foi identificado majoritariamente por residentes do Serviço Social do hospital que, além disso, tem que cumprir uma carga horária extensa de trabalho, se tornando pesado, o que pode provocar um esgotamento físico e mental.

Mas quando as profissionais foram indagadas se enfrentam ou já tiveram algum problema de saúde mental relacionada ao trabalho a maioria não identificou e/ou mencionou.

De acordo com Codo (2014) tem-se uma dificuldade de estabelecimento da relação entre trabalho e adoecimento mental, pois a tendência é justificar o adoecimento a partir de outros fatores. Os problemas físicos são mais fáceis de serem identificados e podem mascarar um problema psicológico. (CODO, 2014).

Vale ressaltar também que apesar de, a maioria referir que a atividade provoca adoecimento e desgaste, apenas 4 profissionais se afastaram do trabalho por motivos de saúde. Os que mencionaram terem se afastado do seu ambiente de trabalho por algum problema de saúde identificaram alguns fatores que agravaram essa situação, como: tensões emocionais, trabalho intenso/ movimento repetitivo, demandas excessivas, conflitos, stress em geral, relações interpessoais, a precarização das condições de trabalho e a desmotivação diante deste contexto.

De acordo com nossa análise, essa representação na amostra com um número reduzido de afastamento, pode estar atrelada ao que Seligmann-Silva(2011)apresenta em seus estudos, segundo a autora os profissionais constituem mecanismos de defesa nas suas atividades para lidar com o sofrimento que os permitem não adoecer.

No que se referente às Políticas voltadas para a atenção da saúde do trabalhador no hospital, a maior parte das Assistentes Sociais (13) já utilizou o Programa do Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador(SESSAT) no HUCFF por algum motivo de agravo a saúde, mas avaliam o serviço a partir de suas experiências destacando, sobretudo, a precariedade e falta na atenção integral ao trabalhador, pois sua atuação é limitada a intervir apenas nos sintomas imediatos e não garante um acompanhamento do processo saúde-doença dos funcionários, assim como informam sobre a ausência de políticas voltadas para o trabalhador, ausência de profissionais qualificados para o atendimento do servidor e número de profissionais insuficientes no serviço, apenas duas profissionais responderam estar satisfeitas com o serviço.

Apresentaremos a seguir, o relato de uma das entrevistadas mostrando a falta de atenção e acompanhamento pelo serviço de saúde no seu processo de afastamento:

“Sobre o afastamento, você foi acompanhada pelo serviço aqui de saúde do trabalhador? Não. Eu vinha para fazer as perícias, medicação. Vou falar porque é a realidade da universidade né, a gente vai para o afastamento, mas para tratamento não. O médico até te pergunta se você está sendo atendido, tá com o que, porque você também tem que mostrar, tem que provar que você tem para ele te afastar ou não<sup>22</sup>. (Entrevistada 1)

“... Quando cheguei lá eu falei que o que estava agravando a minha situação era a dificuldade da perda do meu pai e meu problema com a chefia, a divisão do trabalhador mandou para cá um documento dizendo que eu não deveria atender pacientes terminais, pacientes oncológicos, porque era a história do meu pai, então elas teriam que terem feito, ter me tirado da unidade de internação, porque na unidade de internação eu atendia oncologia e ter me colocado em outro lugar, elas levaram um ano e meio com o documento engavetado, ninguém fez nada com isso, nada, sabe o que é nada, absolutamente nada, aí eu continuei, briguei muito, muito mesmo, aí consegui sair do serviço, mas não tive minha situação atendida. E concretamente a universidade não teve mecanismo nenhum, igual eu, deve ter outros por aí.. não tem nenhum acompanhamento do trabalhador.”<sup>22</sup> (Entrevistada 1)

Diante do que foi exposto nesse tópico, é importante destacar a necessidade do avanço nos mecanismos e serviços destinados ao trabalhador, pois com os impactos na organização e relações de trabalho presentes no contexto atual, especialmente em um hospital de alta complexidade que vem sendo alvo dos rebatimentos das políticas neoliberais com expressivo sucateamento, assim como, a atuação dos profissionais de saúde que lidam com o processo de sofrimento no cotidiano da unidade hospitalar, podendo gerar um desgaste profissional agravando suas condições de saúde, é preocupante a ausência de políticas e falta de acompanhamento dos mesmos pela instituição.

### 3.3.3 Uma análise sobre as experiências das Assistentes Sociais do HUCFF com relação ao sofrimento mental no trabalho

De acordo com Lago e Codo (2010), a empatia está relacionada a um processo de compartilhamento afetivo, e a compaixão constitui um processo empático e é apresentada como o sofrimento compartilhado, a preocupação com o bem estar do outro, sendo o que motiva a intervir no sofrimento alheio.

Nos relatos das Assistentes Sociais evidenciamos que, a empatia e compaixão são inerentes à condição humana e à prática profissional no trabalho na área da saúde, pois as mesmas relatam sobre a dificuldade em não se envolver com o sofrimento do outro. Como podemos ver nos depoimentos abaixo:

“... tem muito paciente que tem uma história muito difícil, e acaba fugindo até do seu controle, a gente tenta se afastar um pouco e não se envolver com aqueles problemas, mas a gente se envolve mesmo, de levar os problemas para casa e ficar pensando naquilo, o que eu poderia ter feito que eu não fiz<sup>22</sup>. (Entrevistada 2)

“... Olha, é muito difícil trabalhar com o sofrimento do outro, principalmente porque não se envolver para mim é quase impossível, claro, vou te dizer, quando eu era estagiária eu me envolvia muito mais do que eu me envolvo hoje, porque também eu acho que não dá para a gente levar tudo para casa, se não realmente a gente adocece, mas tem coisas que tocam mais a gente, também as vezes é o nosso momento pessoal que as coisas batem diferente<sup>22</sup>(Entrevistada 3)

“... é difícil porque a gente tenta se envolver o mínimo possível, mas a neutralidade não existe, não tem como a gente ficar totalmente a parte, como dizerque vou sair daqui e pronto, então com certeza tem coisas que a gente leva com a gente, e gera sim uma frustração muitas vezes, os próprios casos são densos demais e mechem emocionalmente com a gente, fora as tensões políticas que geram estresse.<sup>22</sup> (Entrevistada 3)

Vale sinalizar que as mesmas relatam sobre o momento pessoal também influenciar em como vão lidar com a situação de sofrimento do usuário. As profissionais informam em seus depoimentos que o momento de fragilidade pessoal, pode provocar e agravar a situação de saúde no ambiente de trabalho, pois para elas existem momentos que se encontram mais suscetíveis, se desgasta com maior facilidade. Sendo assim, é possível afirmar que o trabalho é o determinante do processo saúde-doença, contribuindo para o processo de adoecimento.



Como podemos ver nos relatos abaixo, uma das profissionais relata que enfrenta crises de ansiedade e que o trabalho contribui para o seu agravamento, e no segundo caso a profissional precisou se afastar por estar passando por um momento de fragilidade emocional com problemas pessoais e aponta os conflitos com a chefia, como um elemento que contribuiu para o agravamento do seu processo de adoecimento mental.

Muitas não percebem a relação do trabalho como fator principal do adoecimento, mas dependendo do momento percebe-se um agravamento nas condições de saúde devido a questões pessoais dos profissionais que influenciam como na depressão e ansiedade.

“... já tive crises de ansiedade e tem a ver com o trabalho, foi aquilo que eu falei, tem momentos da nossa vida que parece que a gente esta mais suscetível a certas questões e agrava, e a gente vai tentando buscar paliativos.” (Entrevistada 2)

“... acho que juntou tudo, deu uma enrolada no trabalho, e ai em casa a situação estava ruim, deu uma desestruturada, uma fragilizada, acho que foi, não é que eu tenha perdido o foco não, mas acabei me tornando mais frágil, e ai o afastamento foi essencial.” (Entrevistada 1)

Assim como confirmamos depoimentos, com o tempoos profissionais estabelecem estratégias para não se envolver com o sofrimento do outro, estabelecendo mecanismos na sua atuação para não adoecer, como, por exemplo, o relato da entrevistada a seguir que expõe que quando identifica que o atendimento ao usuário está cansativo e pesado, a profissional precisa interromper para se afastar da situação de sofrimento do usuário.

“... porque se uma pessoa desmontar na sua frente, você vai chorar também, já chorei já, não na frente da pessoa, mas a pessoa vai falando, vai falando, você não está bem, o que acontece, o olho começa a encher d’ água, você vai trancando a voz, você interrompe aquilo, mas no outro dia você vem para atender a pessoa, mas na hora você tem que segurar e parar, algumas coisas você tem que tentar perceber na hora para você poder se afastar.” (Entrevistada 1)

Quando as profissionais foram indagadas se sentem preparadas para lidar com o sofrimento do outro, as mesmas relatam que tem dificuldade em não se envolver e conseguir absorver totalmente, principalmente quando criam um vínculo e tem um acompanhamento por mais tempo do usuário, como podemos perceber no depoimento a seguir.

“Não me sinto preparada, eu acho que não absorvo totalmente, mas tem momentos, geralmente quando tenho contato muito frequente, por exemplo, uma internação prolongada que eu converso muito com aquela pessoa, que eu acompanho de perto a vida, a vida familiar, ou até mesmo a doença em si, o tratamento de saúde, e acontece de criar um vínculo, não tem jeito, cria um vínculo, se ocorre da pessoa ir embora não fico triste, não me atinge emocionalmente, mas se ocorre da pessoa vir a óbito já me atinge, já fico, já aconteceu já de chorar, de ficar chateada, de chegar em casa mesmo e ficar, não acabar aqui, levar até para casa.”<sup>22</sup> (Entrevistada 2)

Diante das percepções e experiências das Assistentes Sociais mencionadas acima, podemos perceber que o cotidiano profissional do Serviço Social no HUCFF, perpassa por diversas exposições e contato direto com o sofrimento, o que em nossa análise pode implicar no adoecimento e desgaste mental, podendo desenvolver síndromes do trabalho como a Fadiga por Compaixão.

Contudo, essa exposição e contato direto com o sofrimento dos usuários traz um custo psíquico para as profissionais que, conseqüentemente, encontram e estabelecem algumas estratégias para lidar e dar continuidade ao seu trabalho.

Segundo Seligmann-Silva(2011) os trabalhadores estabelecem mecanismos psicológicos de defesa, que consistem no desenvolvimento de estratégias conscientes ou inconscientes contra o sofrimento, que os permitem suportar experiências no processo de trabalho. Segundo a autora os mecanismos defensivos, são de defesa e de resistência. Os de defesa são mecanismos voltados para evitar ou tornar suportável o sofrimento, mas não propiciam transformações, já as resistências estão diretamente relacionadas a mecanismos voltados para alcançar a transformações das situações que causam o sofrimento.

Segundo o relato da entrevistada apresentada a seguir, podemos perceber que a mesma estabelece mecanismos de defesa para evitar o sofrimento, procurando não se envolver no seu atendimento e estabelecer um foco na sua atuação.

“... eu acho que você tem que ter um foco, porque quando você perde aquele foco, aí as coisas ficam complicadas, porque você vai se perdendo também profissionalmente, né. Acho que isso que eu tento manter, eu venho para trabalhar com pessoas doentes, a doença é dele, não é minha, não que eu seja insensível, não é isso, mas eu não posso absorver, porque eu tenho que estar condições de trabalhar com ele, para que ele possa então melhorar a condição dele, porque quando a gente

começa a trabalhar, quando eu comecei a trabalhar isso era muito recorrente, a pessoa não chega para ser atendida com uma situação que ela está te apresentando, ela quer sentar e te entregar a situação, quer dizer resolve, antes era tudo, porque a senhora vai resolver, porque assistente social resolve... e isso é a primeira coisa que a gente tem que entender, a situação não é minha, a situação é da pessoa, eu sou o veículo, sou o profissional que vai trabalhar com ele a situação para ele dar conta daquilo, se eu me perco, ele não vai ter nenhum ganho, não vai ser positivo nem para mim, nem para ele, entendeu, então eu tento manter o foco, tem dia que a pessoa senta, chora e se descabela, algumas pessoas por sentimento mesmo, outras pessoas para te sensibilizar, que isso durante alguns anos a gente vai prestando atenção, começa a observar algumas coisas, então eu não posso perder o foco, o dia que eu perder o foco eu vou começar a me sentir muito mal, entendeu... até porque eu não posso absorver e não tenho como dar solução.”(Entrevistada 1)

As entrevistadas quando indagadas, identificaram nexos causais entre o processo de trabalho e adoecimento, mas essa relação é naturalizada por algumas profissionais, como podemos perceber, por exemplo, no depoimento da entrevistada a seguir:

“... eu tive um episódio de depressão que ocorreu pelo exercício profissional, aí eu posso até dizer, ou até mesmo se agravou, porque o quadro de depressão não é tão grave, o ideal é você conviver com ele, é impossível que o assistente social saia do seu espaço de trabalho todos os dias, alegre, feliz, satisfeito e saltitante. Um dia ou outro a coisa não flui legal, e a gente começa a ter uma acumulo de dias, e profissional é um ser humano, eu também tenho minha casa, meus dois filhos, e minhas relações, então adoecer e ficar depressiva faz parte para qualquer um, é de todos nós, agora algumas vezes as coisas se tornam mais pesadas, aí você vai guardando, vai guardando, vai guardando, e chega um momento que você realmente adoce, entendeu...” (Entrevistada 1)

Além disso, os conflitos interpessoais e relações de poder estabelecidos no ambiente de trabalho entre as profissionais são fatores que vem ocasionando desgaste mental e adoecimento, como comprovam os relatos,

“... Não tenho um problema em dizer, teve um momento que tive problema com chefia e aí as relações não eram boas, e vim para cá atender o paciente não me agredia, mas as relações que eu mantinha começaram a me agredir e aquilo me levou ao adoecimento, de ter horror de acordar de manhã e vim trabalhar.” (Entrevistada 1).

Diante dos depoimentos sobre suas experiências e percepções com relação ao sofrimento mental no trabalho, podemos perceber também que existe uma diferença com relação ao envolvimento do profissional com o sofrimento do usuário de acordo com o tempo de trabalho na instituição, constata-se que a profissional com mais tempo de vínculo conseguiu desenvolver mecanismos e estratégias para não se envolver com os problemas que

os usuários trazem e o sofrimento alheio, mantendo o foco, a objetividade e a neutralidade na atuação, relatando que antes era recorrente o usuário apresentar o seu problema e a profissional absorver isso para si, já a profissional com menor tempo de trabalho na profissão, se envolvem com mais facilidade nos casos atendidos, e até relatam encontrar dificuldades de separar o pessoal do profissional.

Podemos perceber que, com o tempo as profissionais estabelecem esses mecanismos, conscientes ou inconscientes, para apresentar uma melhor disposição para sua atuação profissional. Uma profissional, por exemplo, relata que quando era estagiária se envolvia bem mais, e que precisou optar por mecanismos de terapias para enfrentar esses sofrimentos, hoje como profissional já consegue separar mais, apesar de, acreditar que seja difícil não se envolver, já a profissional entrevistada com menos tempo na instituição ainda não consegue deixar de se envolver e relata que não se sente preparada para atuar com o sofrimento do outro.

Em relação ao nexos causal entre trabalho e adoecimento, além de mencionar a dificuldade de não se envolver com o sofrimento alheio, principalmente quando se cria vínculos devido à longa permanência de alguns pacientes no hospital, também apareceu nos relatos, a preocupação da profissional trabalhar em uma unidade hospitalar e estar em constante vulnerabilidade pelo contato direto com doenças de alta complexidade,

“... Identifico sim, não só por causa do contato direto com os doentes, às vezes você estando resfriada, a sua imunidade já baixa, você não vai deixar de vim porque está resfriada, o médico não vai te dar nenhum atestado, então você vai ter que ter contato com aquele paciente que também está debilitado, você também está debilitado, e acaba ocorrendo que você pega, nunca aconteceu comigo, mas pode ser que aconteça de pegar outra doença, através da respiração, ou pegar alguma bactéria, é um risco. E isso me traz uma preocupação, porque é um risco que a gente corre...”<sup>22</sup> (Entrevistada 2)

Verificam-se também outros elementos presentes no cotidiano profissional, ao lidar com o sofrimento do usuário, com a escassez de recursos, seremacionados para a resolução de demandas que não competem ao Serviço Social, demandas excessivas, conflitos interpessoais

e não ser reconhecido e valorizado pelos demais profissionais de saúde na instituição são impasses considerados recorrentes e “estressantes” pelas Assistentes Sociais.

Além disso, as profissionais informaram alguns fatores que desgastam sua disposição no processo de trabalho como, por exemplo, o contexto da falta de recursos, de medicação, a demora no retorno dos encaminhamentos, precarização da saúde, dificuldade na viabilização dos direitos dos usuários, como podemos ver no depoimento da entrevistada:

“... sofrimento ele existe né, em graus diferenciados, mas ele existe, agora eu tenho como dizer que contexto te fragiliza, quando você vê faltando remédio para os pacientes, é uma coisa que me incomoda, porque para mim tinha que ser prioridade...”<sup>22</sup> (Entrevistada 3)

Em relação a profissionais com maior tempo na instituição, percebemos em seus relatos um maior desgaste, como a seguir:

“... Me formei pela UFRJ, 30 anos de UFRJ. E acho que ainda não perdi o pique não, de vez em quando dá umas..., que você fica mais devagar, as coisas te aborrecem, você não tem muita resposta, aí você começa naquele estágio mais lento, mas acho que dá para levar...” (Entrevistada 3)

Outros fatores mencionados que incidem no desgaste das profissionais são a rotina, a relação interpessoal, a carga horária e a dificuldade em acionar a rede de serviços para viabilização dos direitos.

“Fatores que desgastam é o que falei agora as relações interpessoais desgastam, a rotina, a carga horária me desgasta, e a dificuldade de colocar em prática o que eu quero, às vezes a gente quer fazer, mas não consegue, acessar o serviço, ou fazer com que aquela pessoa acesse o serviço, às vezes o serviço não funciona, a rede não funciona, e acho que mais me incomoda é isso, tentar e não conseguir fazer com que a pessoa acesse aquele serviço ou aquele direito.”<sup>22</sup> (Entrevistada 3)

Cabe ressaltar que os limites internos e externos a instituição, assim como, falta de recursos, precarização das Políticas Sociais, dificuldade e demora em conseguir acionar as redes e serviços, perpassam pela atuação do Assistente Social, que por vezes não conseguem viabilizar o direito do usuário e atender a demanda, esses limites contribuem para que os profissionais se sintam frustrados com a não realização do seu trabalho.

A sensação de frustração e impotência em não conseguir com que o usuário acesse o seu direito, aparece claramente nos relatos, colocando a situação do usuário sobre sua responsabilidade, quando as Assistentes Sociais chegam aos seus limites profissionais e pessoais em uma intervenção, e não obtêm os resultados esperados, muitas vezes, tais situações geram frustração e desânimo, o que pode levar a um possível esgotamento, desgaste e sofrimento mental, pois profissionais comprometidos com a ética profissional têm grandes possibilidades de apresentar um esgotamento relacionado ao trabalho, mas com o tempo alguns encontram estratégias para lidar com estas situações.

A falta de recursos é um dos fatores que vem desgastando muito as Assistentes Sociais no hospital, sinalizam nos depoimentos que chegam até a ponta dos recursos que é a judicialização e não conseguem respostas nos encaminhamentos, como podemos ver a seguir a profissional relata a dificuldade em acionar a rede e a demora em conseguir respostas.

“Nossa, tem vários fatores que desgastam, acho que a própria questão que falei lá em cima, do que mais desagrada, a questão de não ter recurso, isso é muito desgastante, porque o tempo todo, a gente tem que repetir o mesmo processo, fazer as mesmas coisas, e coisas que a gente sabe que a gente tem que fazer, que a gente tem que tentar, mas que a gente sabe que não vai ter solução, então isso é muito desgastante, até os próprios mecanismos públicos, a gente precisa acionar a rede que é muito frágil, quando a gente precisa acionar e a gente sabe que não vai ter resposta, vai demorar muito para ter resposta, e aí a gente tem pacientes que são casos sociais, internações muito longas, 1 ano, 1 ano e meio, 2 anos, 3 anos e até agora a gente não tem resposta, então é muito desgastante.”<sup>22</sup> (Entrevistada 3)

Por outro lado, as profissionais mencionam alguns fatores que fortalecem sua disposição no trabalho, como as experiências positivas no acesso dos usuários aos direitos, a persistência e a criatividade para reverter situações complexas e a troca de experiências com a equipe para discussão, a fim de, descobrir outros caminhos que possam ser acionados.

Segundo nossa análise e de acordo com o estudo de Seligmann-Silva (2011), esses mecanismos desenvolvidos pelas profissionais, são mecanismos de resistências conscientes ou inconscientes que estão voltados para transformação dessas situações que originam seu desgaste e sofrimento no ambiente de trabalho.

Por fim, colocamos aqui a necessidade de fomentar a discussão no âmbito do Serviço Social do HUCFF sobre a saúde mental da categoria, pois após esta análise constatamos nossa hipótese inicial, de que existe um processo de adoecimento no âmbito do trabalho do Assistente Social. Sabe-se que comumente o debate é pouco problematizado pela profissão, e a temática da saúde mental, é muitas vezes deixada em segundo plano, ou até mesmo ignorada.

Assim como, é importante maiores estudos no âmbito da saúde mental relacionada ao trabalho para que os profissionais estejam capacitados para identificação e relação do trabalho com sofrimento mental para desenvolver formas de prevenção, visando à promoção da saúde, acompanhamento e tratamento adequado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou apreender e analisar a realidade do cotidiano das Assistentes Sociais que atuam no HUCFF. Diante dos resultados da pesquisa confirma-se a hipótese inicial que os fatores internos e externos apresentados no decorrer desta pesquisa, contribuem como determinantes para um processo de adoecimento e sofrimento psíquico desses profissionais.

Devido a fatores como a própria natureza do trabalho na saúde, bem como a dinâmica de dor e sofrimento da própria atividade hospitalar, concomitante à necessidade de ter que lidar com o sofrimento e a morte como ofício, podem desenvolver esgotamento profissional e sofrimento psíquico.

Através dos resultados obtidos nos questionários e entrevistas, verificou-se que, de fato, há impactos causados pelo processo e organização do trabalho na saúde dos profissionais, e que a atividade que desenvolvem provoca algum tipo de desgaste e/ou adoecimento/sofrimento, fatores como, falta de recursos para efetivação das políticas públicas; precarização das condições de trabalho; conflitos interpessoais; falta de políticas e diretrizes da instituição e tensão emocional. Elementos que aparecem como agravantes desse quadro de sofrimento relacionados ao ritmo intenso de trabalho, demandas excessivas, cobrança de produtividade e jornadas prolongadas de trabalho.

Conclui-se também que o desgaste mental é motivado por razões como a sensação de frustração e impotência quando o profissional chega aos limites da sua atuação e não consegue viabilizar os direitos aos usuários devido às redes precárias, assim como, a recorrente disposição dos profissionais frente a situações complexas ao lidar com o processo de adoecimento alheio gera preocupação aos riscos que os profissionais estão expostos.



Analisamos a partir dos relatos que, as Assistentes Sociais estabelecem mecanismos psicológicos de defesas e resistências para lidar com o sofrimento e conseguir dar continuidade ao seu trabalho encontrando estratégias que proporciona fortalecimento na disposição do seu trabalho.

Diante das declarações apresentadas, apontamos a necessidade da criação de mecanismos de enfrentamento do sofrimento no ambiente hospitalar, que esta temática necessita ser discutida com o coletivo dos profissionais, como a construção de um espaço dentro da instituição que propicie a realização de reuniões com as equipes para abordarem as situações de desgaste, e encontrar alternativas coletivas para amenizá-las, apontando formas de organização dentro da instituição que possibilite uma mudança efetiva nos serviços de saúde do trabalhador.

Ao final do processo de investigação é possível afirmar a importância dos resultados encontrados a partir da pesquisa para a categoria das Assistentes Sociais que atuam no Hospital de alta complexidade. O presente estudo não tem a pretensão de apresentar conclusões de caráter definitivo a cerca do problema exposto, mas pretende-se contribuir para maiores discussões e implementação de Políticas que se voltem para saúde dos trabalhadores. Assim como, indicamos sobre a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a relação de trabalho e desgaste mental da categoria.

## REFERÊNCIAS

- ADUFRJ -HUCFF **suspende novas internações e cirurgias eletivas**. 02 Dezembro 2015. Disponível em: <<http://www.adufrj.org.br/index.php/destaques1/3102-hucff-suspende-novas-interna%C3%A7%C3%B5es-e-cirurgias-eletivas.html>>. Acesso em 25 de março de 2016.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. **Determinantes Sociais e econômicos da Saúde Mental**. Em Revista Portuguesa de Saúde Pública. Poro, 28 (2), 2010.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho**. 15ª edição. Campinas: Ed. Cortez e Ed. UNICAMP, 2011. P. 103-204.
- BEHRING, E. R. **O Brasil em Contra-reforma: Desestruturação do Estado e perda de direitos**. SP: Cortez, 2003.
- BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde, 8ª Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Decreto 7.082, de 27 de Janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm)>. Acesso em 15/03/2016.
- \_\_\_\_\_. **EBSERH. Hospitais Universitários**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em 31/03/2016.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Art. 7**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 15 de março de 2016.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Art. 45**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 15 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550, de 15 de Dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em 31/03/2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.317, de 26 de Agosto de 2010. Art. 5º.** Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm)> Acesso em 31/03/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social.** (2014) Disponível em <<http://www.mtpps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps>>. Acesso em 05 de Maio de 2016.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil** In: In: MOTA, Ana Elisabete; BRAVO, M.I.S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs) Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez / ABEPSS / OPAS/ OMS / Ministério da Saúde, 2009. p. 88- 110.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010.

CAVALCANTI, C. P. N. **A Intervenção histórica nas relações saúde e trabalho no Brasil: a centralidade da noção do risco na lógica da reparação dos “infortúnios”,** CURSO DE CAPACITAÇÃO EM PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (PASS-SIASS). 2011.

CODO, W. **Mal do século: Profissionais que sofrem com depressão.** Associação Nacional dos Delegados de Polícia Federal. 2014. Disponível em: <[http://www.adpf.org.br/adpf/admin/painelcontrole/materia/materia\\_portal.wsp?tmp.edt.materia\\_codigo=7037&tit=Mal-do-seculo-Profissionais-que-sofrem-com-depressao#.V46yUdIrLIV](http://www.adpf.org.br/adpf/admin/painelcontrole/materia/materia_portal.wsp?tmp.edt.materia_codigo=7037&tit=Mal-do-seculo-Profissionais-que-sofrem-com-depressao#.V46yUdIrLIV)>. Acesso em: 19 de Julho de 2016.

COELHO, M. A. **Alienação, Valores e vida cotidiana.** Imediaticidade na prática profissional do assistente social: Rio de Janeiro 1.ed., Lumen Juris. 2013. P.203

GORZ, A. **Misérias do presente, riqueza do possível.** São Paulo: Annablume, 2004. p. 37-65.

GUARANY, A. M. B. - **TRABALHO DOCENTE, CARREIRA DOENTE: elementos que impactam a saúde mental dos docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Estudo de caso** - Rio de Janeiro, 2014.

GUERRA, Y. **Serviço Social: dilemas da precarização e estratégias de enfrentamento**. In Crise contemporânea e Serviço Social. Maceió: EDUFAL, 2010. p. 85-110.

HUCFF. **Comissão de Direitos dos Pacientes**. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/assistencia/comissao-de-direitos-dos-pacientes>>. Acesso em: 15 de Junho 2016.

\_\_\_\_\_. **Diretor do HUCFF participa de audiência pública sobre a crise nos hospitais Universitários no Cremerj**. 2015. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/noticias/destaque/1051-diretor-do-hucff-participa-de-audiencia-publica-sobre-crise-nos-hospitais-universitarios-no-cremerj>>. Acesso em 03/03/2016.

\_\_\_\_\_. **Institucional/Histórico**. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/institucional/historico>>. Acesso em 03/03/2016.

\_\_\_\_\_. **O drama de um hospital**. 29 Janeiro 2016. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/noticias/destaque/1067-o-drama-de-um-hospital-artigo-do-diretor-do-hucff-publicado-no-jornal-o-globo>>. Acesso em 20/02/2016.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social**. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/servico-social>>. Acesso em: 15 de Junho 2016.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 83-148.

LACAZ, F. A. C. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde**. Cad. Saúde Pública vol.23 nº.4. Rio de Janeiro, 2007.

LAGO, K. ; CODO, W. . **Fadiga & satisfação por compaixão: a dualidade**. In: Kennyston Costa Lago, Wanderley Codo. (org.). **Fadiga por Compaixão: O Sofrimento dos profissionais em Saúde**. Petrópolis: Rio de Janeiro, 2010, v. 1, p. 163-187.

LIMA, R. C. C., GIL, T.F.B.; OLIVEIRA, V. D.; ROMA, C. C. L.; SERRA, A. V. **Perfil dos Assistentes Sociais da UFRJ – Relatório de Pesquisa**. RJ: Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

MACHADO, M.H. **Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária.** In: LIMA, N.T. ET.al. (orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.272.

MANDEL, E. **A Crise do Capital; os fatos e sua interpretação marxista.** São Paulo: Ed. Ensaios, 1990.

MATOS, M. C.; BRAVO, M. I. S. **Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate.** In: MOTA, Ana Elisabete; BRAVO, M.I.S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (orgs) Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez / ABEPSS / OPAS/ OMS / Ministério da Saúde, 2009. p.197-217.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2014** -.Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps>>Acesso em: 20 de Abril de 2016.

\_\_\_\_\_. **Anuário Estatístico de acidentes do Trabalho 2012** – Disponível em:<<http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/estatistica-saude-e-seguranca-do-trabalhador/anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-aeat>>. Acesso em 20 de Abril de 2016.

\_\_\_\_\_.**TRANSTORNOS MENTAIS: Trabalho em escala, condições insalubres e recompensa insatisfatória podem ser causas.** 2012.Disponível em:<[http://www1.previdencia.gov.br/agprev/agprev\\_mostraNoticia.asp?Id=45575&ATVD=1&DN1=02/03/2012&H1=10:35&xBotao=0](http://www1.previdencia.gov.br/agprev/agprev_mostraNoticia.asp?Id=45575&ATVD=1&DN1=02/03/2012&H1=10:35&xBotao=0)>Acesso em 20 de Abril de 2016.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011, p.17.

NICACIO, E. **Entre o Universal e o Singular: o Usuário como Sujeito.** In: Políticas Sociais, Práticas & Sujeitos. Prismas da Atualidade. SCHEFFER, Graziela, CARIAGA, Maria Helena e BURGINSKI, Vanda Micheli (org). p.99-107.

PENA, P. G. L e GOMES, A. R. “**A exploração do corpo ao longo da história**” In: VASCONCELOS, L C. F. ; OLIVEIRA, M. H. B. de (orgs.). **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.  
SELIGMANN-SILVA, E.. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 367- 400.

STEPHAN-SOUSA, A. **O Acesso na dimensão da universalidade e exclusão: Um estudo das demandas dos usuários do Hospital Universitário HU/UFJF**. Universidade Federal de Juíz de Fora, Revista LIBERTAS, V 1, n.2, Ed. UFJF, Jul/Dez. 2001.

SAÚDE PLENA. 2014. **Especialistas alertam para relação entre o sofrimento no trabalho e o suicídio na França** <[http://sites.correioweb.com.br/app/50,114/2014/05/27/noticia\\_saudeplena,148807/especialistas-alertam-para-relacao-entre-o-sofrimento-no-trabalho-e-o-suicidio-na-franca.shtml](http://sites.correioweb.com.br/app/50,114/2014/05/27/noticia_saudeplena,148807/especialistas-alertam-para-relacao-entre-o-sofrimento-no-trabalho-e-o-suicidio-na-franca.shtml)> Acesso em: 09 de maio de 2015.

**ANEXOS**

## Anexo A – Regulamento da Previdência Social

### TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO

#### RELACIONADOS COM O TRABALHO (Grupo V da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I - Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	1. Manganês (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 2. Substâncias asfixiantes: CO, H <sub>2</sub> S, etc. (sequela) (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 3. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
II - Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	1. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
III - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 5. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 6. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 7. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 8. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
IV - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-): Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
V - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)



	<p>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</p> <p>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</p>
VI - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	<p>1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5)</p> <p>2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)</p>
VII - Episódios Depressivos (F32.-)	<p>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</p> <p>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</p> <p>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</p> <p>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro XIX)</p> <p>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</p>
VIII - Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1)	<p>1. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho : reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6)</p> <p>2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)</p>
IX - Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0)	<p>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</p> <p>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</p> <p>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</p> <p>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</p> <p>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</p> <p>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</p>
X - Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48.8)	<p>Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego (Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)</p>
XI - Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	<p>1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6)</p> <p>2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)</p>
XII - Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	<p>1. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)</p> <p>2. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)</p>

## Apêndice A - Questionário



### Universidade Federal do Rio de Janeiro Escola de Serviço Social

#### Processo de Trabalho e adoecimento dos Assistentes Sociais na alta complexidade: um estudo de caso num Hospital Universitário

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Andar/Posto: \_\_\_\_\_

#### I - IDENTIFICAÇÃO

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Cor: ( ) Preta ( ) Parda ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena

#### II - DADOS GERAIS

Setor: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Tempo em que trabalha nessa Instituição:

- ( ) até 1 ano
- ( ) 1-5 anos
- ( ) 5-10 anos
- ( ) 11-20 anos
- ( ) 20 anos em diante

Tempo em que trabalha nessa função:

- ( ) até 1 ano
- ( ) 1-5 anos
- ( ) 5-10 anos
- ( ) 11-20 anos
- ( ) 20 anos em diante

#### III –FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

1. Ano de formação da graduação: \_\_\_\_\_

2. Natureza da Universidade: ( ) Pública ( ) Privada

3. Atualmente participa de atividade de ensino, pesquisa e extensão?

- ( ) Sim ( ) Não

4. Possui pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)?

Sim  Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

5. Você considera que o avanço neoliberal vem impactando na sua atuação profissional?

Sim  Não

6. Você considera que a sua autonomia profissional é respeitada na instituição?

Sim  Não

7. Já participou ou participa de algum movimento sindical ou comissão de saúde?

Sim  Não

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

#### **IV- RELAÇÃO PROFISSIONAL / TRABALHO**

1. De um modo geral, como você se sente em relação ao seu trabalho?

Satisfeito

Insatisfeito

Outros: \_\_\_\_\_

#### **V- ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO**

1 - Vínculo empregatício de ingresso no HUCFF

Estatutário  Extra-quadro

Residente  CLT

Contrato

2 - Exerce cargo de chefia?  Sim  Não

3 - Trabalha por turnos?  Sim  Não

4 - Quantas horas semanais representam a sua jornada de trabalho?

12 horas  36 horas

20 horas  40 horas

24 horas  44 horas

30 horas  Mais de 44 horas

5 - Faz plantão em finais de semana e/ou feriados?

Sim  Não  Às vezes

6 - Faz hora extra depois do expediente, em finais de semana e/ou feriados?

Sim                       Não                       Às vezes

7 - Se respondeu afirmativamente a uma das duas últimas questões, recebe algum adicional pelas horas extras e/ou faz compensação pelo banco de horas?

Sim                       Não                       Às vezes

8 - Recebe adicional noturno?

Sim                       Não                       Às vezes

9- Trabalha em condições insalubres e/ou perigosas?

Sim                       Não

10- Em caso afirmativo, recebe adicional de insalubridade?

Sim                       Não

11- Qual a sua faixa de rendimento nessa instituição?

De 1 a 2 salários mínimos

De 2 a 4 salários mínimos

De 4 a 7 salários mínimos

De 8 a 10 salários mínimos

Mais de 10 salários mínimos

12 - Você tem outro emprego?

Sim     Não

Se sim, qual a área de atuação? \_\_\_\_\_

13 - Se respondeu afirmativamente à última questão, qual o seu rendimento total?

De 1 a 2 salários mínimos

De 2 a 4 salários mínimos

De 4 a 7 salários mínimos

De 8 a 10 salários mínimos

Mais de 10 salários mínimos

14 - Qual é a sua renda familiar?

De 1 a 2 salários mínimos

De 2 a 4 salários mínimos

De 4 a 7 salários mínimos

De 8 a 10 salários mínimos

Mais de 10 salários mínimos

## VI- PROCESSO DE TRABALHO E ADOECIMENTO

1- Você identifica no seu trabalho algum fator que possa prejudicar sua saúde?

Sim  Não

Se sim, quais destes?

Ritmo de trabalho intenso

Demandas excessivas

Cobrança de produtividade

Jornadas prolongadas de trabalho

Trabalho noturno

Horas extras com frequência

Falta de políticas e diretrizes da instituição (falta de recursos, autonomia, perspectivas, etc.

Falta de recursos para efetivação das políticas públicas

Precarização das condições de trabalho

Conflitos Interpessoais

Tensão emocional

Outros: \_\_\_\_\_

## VII -DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO

1. A atividade que você desenvolve provoca algum tipo de desgaste e/ou adoecimento/sofrimento?

Sim  Não  Não sei

2. Você tem ou já teve algum(s) problema(s) de saúde relacionado ao trabalho?

Sim  Não  Não sei

Se sim, exemplifique: \_\_\_\_\_

3. Quais os fatores que causaram estes problemas de saúde?

\_\_\_\_\_

4. Já esteve afastado do seu ambiente de trabalho por algum desses problemas de saúde?

Sim  Não

5. Você já utilizou o Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho (SESSAT) no HUCFF?

Sim  Não

Se sim, como você os avalia? \_\_\_\_\_

## VIII – AVALIAÇÃO

1. O que mais você gostaria de acrescentar, que não tenha sido previsto neste questionário?

\_\_\_\_\_

## Apêndice B – Roteiro de Entrevistas



### Universidade Federal do Rio de Janeiro Escola de Serviço Social

#### **Processo de Trabalho e adoecimento dos Assistentes Sociais na alta complexidade: um estudo de caso num Hospital Universitário.**

#### **Proposta de Roteiro de entrevista com Assistentes Sociais**

- 1) O que é trabalho para você?
- 2) Para você como é trabalhar no hospital de alta complexidade?
- 3) Como você avalia as suas condições de trabalho? O que mais lhe desagrada (carga horária, demanda excessiva, falta de recursos, etc)?
- 4) Você identifica nexos causais entre trabalho e adoecimento?
- 5) Você considera que o profissional de Serviço Social é valorizado nessa instituição? Como você avaliaria a sua autonomia profissional?
- 6) Você tem compreensão das suas atribuições profissionais? Você identifica demandas que não são atribuições do Assistente Social? Como você lida com isso?
- 7) Como é a relação da equipe do Serviço Social nessa instituição? Comente sobre as relações interpessoais, hierárquicas e de poder.
- 8) Na sua opinião, quais os fatores que desgastam ou fortalecem sua disposição e sua saúde no seu processo de trabalho?
- 9) Como é trabalhar com o sofrimento do outro? Você se considera preparado? O que você faz para lidar com isso (terapia, desenvolve mecanismo de defesa, como “não se envolver”, etc)?
- 10) Diante da precarização das condições de trabalho e falta de recursos presente nos Hospitais Universitários e a tentativa de entrada da EBSEH nesses espaços como proposta do governo para solução desses problemas. Qual a sua opinião? Isso te traz alguma preocupação?