

O assistente social e as relações trabalho-saúde: um estudo exploratório em unidade municipal de emergência do Rio de Janeiro/RJ

Social workers and the health-work relation: an exploratory study in a public emergency unit in Rio de Janeiro/RJ

Flávia Barbosa Pardini dos Santos*

Este artigo aborda os resultados de uma pesquisa, de caráter qualitativo e exploratório, com a qual se propôs a apreender as percepções dos assistentes sociais sobre as relações trabalho-saúde no setor de emergência do Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), analisando como se colocam para esses profissionais. Trata-se de pesquisa empírica, baseada na aplicação de questionários com onze assistentes sociais. Como resultados, estas profissionais apontam a identificação com a atividade desenvolvida; no entanto reconhecem o estresse encontrado em suas condições e relações de trabalho. Tal fato requer a reflexão sobre ações institucionais que contribuam para a saúde do trabalhador desse campo.

This article presents the results of a qualitative and exploratory research which aimed at apprehending social workers' perceptions on the health-work relations in the emergency room at the Lourenço Jorge Municipal Hospital (HMLJ) by analyzing how these relations are seen by these professionals. The empirical research was based on a questionnaire applied to eleven social workers. Results show that these professionals identify with their activity; however, they admit the stress brought up by their work conditions and relations. This fact demands a consideration of institutional actions that may contribute to the workers' health in this working scenario.

Palavras-chave: Trabalho do Assistente Social. Saúde dos Trabalhadores. Emergência Hospitalar

Key words: Social workers. Professional activities. Workers' health. Hospital Emergency Department

Introdução

De um ponto de vista mais amplo, em termos de organização e gestão do trabalho, percebemos a ênfase no contexto atual, de novas estratégias do capital não mais baseadas na coerção dos trabalhadores, mas na cooptação dos mesmos, fundamentada no discurso do chamamento à “participação” ou à “parceria” em programas de qualidade e produtividade. Tais estratégias têm, também, sua aproximação com a gerência dos serviços e o seu desempenho em diversas funções como trabalhador polivalente, porém com o mesmo salário. Essas estratégias, embora inicialmente implementadas nas organizações privadas, vêm posteriormente sendo levadas a efeito na esfera das organizações públicas e junto à prestação de serviços. O objetivo é assegurar a qualidade, ao mesmo tempo em que é aumentada a exploração da força de trabalho com a adesão dos trabalhadores à

* Assistente social da Prefeitura do Rio de Janeiro / RJ, especialista em Serviço Social e Saúde pela UERJ – Rio de Janeiro/RJ - Brasil

nova lógica do mercado, às metas de produtividade e de competitividade e a diferentes formas de “parceria”, como seus empregadores (IAMAMOTO, 1999).

Nenhuma sociedade sobrevive apenas à base de coerção, mas para sobreviver tem de criar consensos de classes, base para construir uma hegemonia na vida social. O assistente social é um dos profissionais que está nesse ‘mar de criação de consensos’. Por exemplo, uma de suas requisições clássicas – criar um comportamento produtivo da força de trabalho na empresa – hoje se atualiza no sentido de criar um consenso em torno dos programas de qualidade total, do alcance de metas de produtividade, da garantia de padrões de qualidade dos produtos. (IAMAMOTO, 1999, p.68).

Dessa forma, as novas exigências do mundo globalizado e as estratégias de gestão e organização do trabalho se estendem aos serviços e às organizações do Estado, repercutindo, também, no trabalho do assistente social. Novas requisições são apresentadas a esse profissional no seu cotidiano de trabalho, seguindo as estratégias e características do padrão de organização e gestão do trabalho atual, as quais vêm sendo desenvolvidas nas diferentes organizações públicas e privadas.

Assim, os desafios atuais, postos à profissão, são maiores, uma vez que a alteração das requisições profissionais ocorre, paralelamente, ao sucateamento das políticas públicas, aqui em especial a de Saúde, afetando diretamente o exercício profissional do assistente social, visto que é, também, muitas vezes, o operador terminal de políticas sociais (NETTO, 1994). Observamos que o sentimento de impotência, frente à complexidade de questões apresentadas nesse tipo de trabalho, bem como o aprofundamento da crise na Saúde Pública, são fatos que afetam o bem estar do assistente social, pois geram sofrimento, desgaste, dentre outros problemas, traduzidos ou não como patologias.

Entendemos que o processo de reestruturação produtiva, desencadeado no Brasil na década de 1990, não foi um acontecimento casual, mas factual, atendendo aos interesses do capital privado. Tal fato contribuiu para a elaboração de distintas estratégias, após a crise do capital iniciada na década de 1970, entre elas a constituição do projeto neoliberal.

Esse projeto, que foi absorvido pela política econômica brasileira atual, trata-se de corrente ideológico-política em oposição ao *Welfare State*, atribuindo a responsabilidade da crise do capitalismo ao poder dos sindicatos, aos movimentos de trabalhadores e, em especial, à intervenção do Estado na economia e no gasto com políticas públicas. Assim, essas mudanças político-econômicas ocorridas mundialmente e também no país, conseqüentemente, afetam o “mundo do trabalho” com novas exigências, próprias ao atual padrão de “acumulação flexível” (HARVEY, 1993): intensificação da exploração da força de trabalho associada à flexibilização; desregulamentação dos direitos trabalhistas; novas exigências e comportamento produtivo dos trabalhadores, e outras questões que incidem sobre o conjunto da sociedade, especialmente sobre o

modo como ela se reproduz. Tais mudanças incidem, também, sobre as profissões e seus sujeitos, apresentando novas demandas para os profissionais, que os afetam objetiva e subjetivamente (ANTUNES, 2008).

Diante dessa perspectiva, foi realizado o estudo sobre o processo de trabalho no qual o assistente social se insere no campo da Saúde, com recorte de análise em uma unidade pública de emergência, chamada Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), bem como as implicações dessa realidade específica para as relações trabalho-saúde dessa categoria profissional. Também se buscou identificar a percepção desse profissional acerca dessas diferentes questões apresentadas em seu cotidiano, procurando captar sua própria experiência, em termos de sua inserção no processo de trabalho em saúde.

A maior motivação para estudar o tema partiu da angústia por perceber a carência de produção acadêmica sobre essa questão que afeta o trabalho e a própria vida do assistente social. Considerando a inserção profissional naquele hospital, o Serviço Social, geralmente, tem como objeto de intervenção outros sujeitos e, muitas vezes, desconsidera as suas próprias condições de trabalho, bem como a sua subjetividade, que aí é requisitada.

Nesse sentido, o recorte adotado toma a “área de interesse” da Saúde do Trabalhador, e o objeto é recortado para a questão de como se dão as relações trabalho-saúde entre assistentes sociais em uma unidade de emergência, cujo ponto de partida foi motivado por “um quadro de preocupações teórico-práticas” que a própria inserção profissional fomentou. Isto é, “O real está sempre colocado como premissa [...]” (MINAYO, 2004, p.96-97), como adverte esta autora:

A clareza e a precisão nesse primeiro instante [de recorte do objeto] decorre de uma relação dialética entre o esforço de estabelecer marcos conceituais o mais possível amplos e abrangentes e de os articular à prática. Ou seja, de os vincular aos interesses e problemas que estão mobilizando a escolha do tema. (1998, p. 97).

O interesse nessa pesquisa partiu, portanto, da possibilidade de alcançarmos dados concretos que pudessem conduzir a compreensão dessa realidade, contribuindo para a propositura de ações que se traduzam em um trabalho saudável em conformidade com os princípios éticos da profissão e as perspectivas de humanização e promoção da saúde na atualidade.

Um Quadro de Referência Sobre o Conceito de Saúde do Trabalhador, do Trabalho do Assistente Social e sua Inserção no Processo de Trabalho em Saúde

Inicialmente, apresentamos aqui a discussão sobre as relações entre os processos saúde-doença e de trabalho, considerando o assistente social como trabalhador. Esta é, assim, a perspectiva teórico-metodológica, tendo em vista o campo da Saúde do

Trabalhador, que considera, justamente, essas categorias centrais para a abordagem das relações trabalho-saúde. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A reflexão sobre o tema da pesquisa tem como base a compreensão da profissão Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, instituída historicamente como atividade auxiliar para desempenhar o papel de intermediador entre os interesses dos trabalhadores e da classe dominante. Para os seus contratantes, o papel principal do assistente social é, portanto, o de legitimar os interesses dos trabalhadores junto à população.

Poder-se-ia afirmar que o Serviço Social, como profissão inscrita na divisão social do trabalho, situa-se no processo de reprodução das relações sociais, fundamentalmente como uma atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora. (IAMAMOTO, 1991, p.94).

Apesar desse fato, a profissão de assistente social, acompanhando o movimento dialético da realidade, submeteu o próprio exercício profissional à análise, à luz da concepção marxista, principalmente a partir da década de 1980, o que propiciou, inclusive, a criação posterior de novo Código de Ética Profissional que demarcou a ruptura com o Serviço Social conservador até então vigente no cenário brasileiro. A nova conceituação do Serviço Social brasileiro pressupõe uma compreensão sobre a realidade social como intrinsecamente contraditória, campo de conflito e de possibilidades de realização tanto dos interesses da classe dominante, quanto da classe trabalhadora. Desta forma, quanto aos usuários dos serviços sociais, o entendimento é de que estes são sujeitos sociais de direitos, imbuídos de potencial transformador, dentre outras características relevantes. Assim, de acordo com Iamamoto, “é a existência e compreensão desse movimento contraditório que, inclusive, abre a possibilidade para o Assistente Social colocar-se a serviço de um projeto de classe alternativo àquele para o qual é chamado a intervir”. (1991, p.95).

Frente a esse jogo de forças, o assistente social, em conformidade com o seu Código de Ética Profissional (1993), possui a responsabilidade de exercer o seu papel aliado à defesa dos interesses e necessidades da “classe que vive do trabalho” (ANTUNES, 2008). Busca, portanto, contribuir para a superação do quadro de sujeição desta ao capital e sua consequente emancipação, com a distribuição da riqueza socialmente produzida. A concepção do Serviço Social como “uma especialização do trabalho, uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho coletivo em sociedade” (IAMAMOTO, 1999, p.22), reporta-nos ao entendimento de que as transformações ocorridas no mundo do trabalho afetam não só as demais especializações, como também a atividade do assistente social. Ainda que seja um “intelectual” (IAMAMOTO, 1991) mediador, esse profissional também é afetado pelas novas mudanças adensadas pelo capital, as quais dão forma a um novo padrão de organização e gestão do trabalho.

Posto isso, o desafio atual dessa categoria profissional encontra-se, ainda, no aprofundamento da análise sobre os processos de trabalho nos quais o Serviço Social se insere, compreendendo o assistente social como trabalhador e sujeito social em sua totalidade. A subjetividade dele deve, de igual forma, ser valorizada como objeto de estudo, visto que seu trabalho não se resume à venda “mecânica” de sua força de trabalho, mas entendendo que em toda sua atividade profissional se encontra subjacente uma visão de mundo, um posicionamento de classe, valores e representações sociais gestadas em um determinado tempo e contexto vividos. Isto é,

[...] tratar o Serviço Social como trabalho supõe privilegiar a produção e a reprodução da vida social, como determinantes na constituição da materialidade e da subjetividade das ‘classes que vivem do trabalho’, nos termos de Antunes. (ANTUNES, 1995, apud IAMAMOTO, 1999, p.25).

A autora ainda complementa essa discussão, sintetizando que é necessária a análise da profissão em sua totalidade, sob o risco de se obter uma visão unilateral da realidade:

[...] Em síntese, o Serviço Social é considerado como uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social uma manifestação de seu trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social. Esse rumo da análise recusa visões unilaterais, que apreendem dimensões isoladas da realidade, sejam elas de cunho economicista, politicista ou culturalista. A preocupação é afirmar a ótica da totalidade na apreensão da dinâmica da vida social, identificando como o Serviço Social se relaciona com as várias dimensões da vida social. (IAMAMOTO, 1999, p.27).

O entendimento do assistente social como trabalhador intelectual, porém assalariado, que vende sua força de trabalho especializada no mercado profissional (IAMAMOTO, 1999, p.172), insere-o, também, no campo das Políticas de Saúde, visto que se trata de uma categoria de profissional de saúde, legalmente reconhecida (conforme Resolução nº 287 de 08/10/1998 do Conselho Nacional de Saúde).

Desta forma, o assistente social, além de outros profissionais, é requisitado pelo Estado para executar as políticas públicas e sociais, e aqui, em particular, a de saúde, em sua relação com os usuários. De acordo com o documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento, gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p.41), sendo esses compreendidos como eixos que se complementam entre si, dentro da perspectiva da totalidade.

De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988), a saúde é produto de múltiplas determinações, inclusive do trabalho. E, de fato, a adoção do novo conceito

constitucional sobre saúde, em 1988, o qual supera o entendimento de saúde como “ausência de doenças”, fundamentado no modelo biomédico, constitui-se um marco na história das políticas de saúde no Brasil. Sua ampliação, reconhecida na Carta Magna do país, foi fruto da mobilização de diversos atores sociais, inclusive dos trabalhadores, os quais debateram a questão saúde e se articularam politicamente num amplo movimento da sociedade civil denominado movimento de “Reforma Sanitária” (BRAVO et al., 2004).

Os avanços alcançados com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública de saúde universal, que assegura legalmente o direito à saúde como “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), podem ser reconhecidos em diversos aspectos. Dentre os mesmos, cabe-nos citar a inserção do campo “Saúde do Trabalhador”, incorporado como um dos eixos de atuação do SUS.

De acordo com a Lei 8.080 de 19 de novembro de 1990, no parágrafo 3º do art. 6º, o termo “Saúde do Trabalhador” é compreendido da seguinte forma:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...]. (BRASIL, 1990).

Esta nova concepção, ampliada, que considera os determinantes da saúde dos trabalhadores, abrange a assistência e a proteção ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional, chamando-o à participação nos processos de pesquisa, avaliação e outros, no que concerne ao SUS e demais políticas de saúde.

A legislação supracitada afirma ainda que cabe às três esferas de governo (federal, estadual e municipal) a atribuição de exercer em seu âmbito administrativo a “elaboração de normas técnicas e estabelecimentos de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador” (BRASIL, 1990). Sendo assim, torna-se fundamental a constante análise da relação entre processo de trabalho, saúde e doença nos mais diversos campos, como condição para a apresentação de propostas e ações estratégicas que redundem em materialização da política de saúde já implementada no país.

Laurell e Noriega (1989, p.100) advertem que a nova concepção do processo saúde-doença reconhece que este se trata de um processo, acima de tudo, social. Esta consideração nos apresenta um dado novo, que é o entendimento do nexo biopsíquico como a “expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num momento determinado”. Os autores também complementam que essa compreensão tem, como “pedra angular”, o conhecimento sobre a historicidade dos processos biológicos e psíquicos humanos. Isto significa uma ruptura com os postulados médicos que desconsideram os aspectos históricos da biologia humana.

Esta assertiva conduz à problematização sobre as condições de trabalho, nas

quais se insere o trabalhador e a inter-relação entre as cargas em seus aspectos físicos, químicos, biológicos, psíquicos experimentados no seu processo de trabalho. Segundo Laurell e Noriega (1989, p.114), “é na interação entre as cargas dos diferentes grupos que se começa a vislumbrar plenamente a necessidade de analisá-las em seu conjunto e no marco da lógica global do processo de trabalho”.

Ainda de acordo com os autores, essas “cargas” se associam no ambiente de trabalho e provocam o desgaste do trabalhador. Isto é, devem ser consideradas em sua “interação dinâmica”:

Ao conceito de carga de trabalho tem-se que acrescentar outro – o de desgaste – para que se possa reconstruir no pensamento uma representação coerente da relação entre o processo de produção e o nexos biopsíquico de uma coletividade de trabalhadores, ou seja, da forma histórica específica de nela ocorrer o processo biológico e psíquico. Dessa forma, o conceito de ‘desgaste’ permite consignar as transformações negativas, originadas pela interação dinâmica das cargas, nos processos biopsíquicos humanos. O desgaste pode ser definido, então, como a perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.115).

A investigação sobre determinado processo de trabalho, sua organização, relações e condições de trabalho estabelecidas, permitirá a identificação e compreensão de cargas e desgaste, isto é, determinantes e condicionantes da Saúde do Trabalhador em sua singularidade. Nesse sentido, Laurell e Noriega (1989, p.118) afirmam que as análises dessas “[...] questões podem levar a modificações substanciais no padrão de desgaste que somente se tornam visíveis com estudos concretos”. Deve ser lembrado, contudo, que, para esses autores, o desgaste pode ou não se traduzir em uma patologia.

Assim, em termos de relações trabalho-saúde, devem ser consideradas tanto as condições quanto a organização do trabalho. Cohn e Marsiglia, citando Dejours, ressaltam:

As condições de trabalho dizem respeito às condições físicas, químicas, biológicas do ambiente de trabalho – temperatura, vibrações, radiações, poeiras, ruídos, por exemplo – e repercutem sobre as condições físicas do trabalhador. A organização do trabalho diz respeito divisão técnica e social do trabalho – à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle por parte da empresa do ritmo e pausas de trabalho e padrão de sociabilidade interna – e repercute sobre a saúde mental do trabalhador, causando sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas. (DEJOURS apud COHN; MARSIGLIA, 1993, p. 71).

Se, de um lado, as condições de trabalho estão diretamente relacionadas ao ambiente e instrumentos físicos de trabalho, de outro, a organização do trabalho aponta

para como se dão as políticas de gestão e as relações de trabalho. Aspectos como a divisão sócio-técnica, a hierarquia, a autoridade e o controle, bem como a política de recursos humanos e a própria estrutura temporal do trabalho (jornada, sua extensão, qualidade e intensidade) estão relacionados, portanto, ao modo e dinâmica da organização do processo de trabalho. Se tanto as condições quanto a organização conformam o processo de trabalho, esses têm implicações sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores, em termos de desgaste e mesmo de adoecimento.

Se, por um lado, as condições de trabalho têm por alvo principalmente o corpo, a organização do trabalho, por outro lado, atua a nível do funcionamento psíquico. A divisão das tarefas e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de homens solicita sobretudo as relações entre pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança etc. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 126).

Frente a essas pontuações, algumas das questões levantadas anteriormente podem ser assim sintetizadas, considerando as diversas requisições do projeto privatista neoliberal que demandam ao assistente social na área da saúde atualmente: será que suas pressões institucionais e contornos políticos por um técnico do Serviço Social focado em ações pragmáticas, e, por vezes, que se contrapõem ao seu compromisso ético de consolidar o projeto de reforma sanitária, constituem elementos que contribuem para gerar o desgaste, e, por vezes, o adoecimento dos assistentes sociais? Isto é, não residiria no conflito entre o que é requisitado e o trabalho efetivamente realizado pelo assistente social, uma das principais questões destes como trabalhadores e que acabam por impactar como desgaste, também, em sua saúde?

Para Dejours, a insatisfação gerada pela realização de determinadas atividades de trabalho, nas quais o trabalhador não vislumbra possibilidade de realizá-las de acordo com sua própria concepção, e/ou quando ocorre antagonismo com o prescrito pela organização do trabalho, provoca sofrimento.

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada [...]. Quando um trabalhador usou de tudo de que dispunha de saber e poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física. [...] A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento. [...] Via de regra, quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo. Correlativamente, o sofrimento aumenta. (1992, p.52).

Considerando as implicações do trabalho, suas condições materiais e subjetivas para a saúde dos trabalhadores, torna-se imperativa a análise dessas implicações também para o assistente social. E, aqui, cabe destacar a necessidade em submeter este profissional do campo específico da saúde à pesquisa, como objeto de estudo. Para tanto, entendemos que sua subjetividade também deve ser analisada, já que seu ideário e seus valores fundamentam suas atividades práticas concretas (ANTUNES, 2008).

Dejours complementa essa reflexão, afirmando que:

Entra em consideração, no conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto, a produção como função social, econômica e política. Mesmo se o engajamento pessoal no objetivo social da produção não é possível, não há jamais neutralidade dos trabalhadores em relação ao que eles produzem. (1992, p.51).

Nesta direção, é importante destacar, aqui, que, ao acrescentar a dimensão de subjetividade, não devemos esquecer algumas advertências importantes. Por exemplo, é essencial lembrar a argumentação de Vasconcelos, quando observa que a adoção de algumas matrizes simplificadoras do marxismo (as quais apresentavam distorções acerca das obras do próprio Marx), no advento do movimento de reconceituação do Serviço Social, contribuiu para difundir, no seio da profissão, o recalçamento da temática subjetividade. Sob o temor de recorrer às análises individualistas e “psicologizantes” utilizadas no Serviço Social tradicional/conservador, foi difundida a negação dos aspectos da subjetividade, sem um estudo aprofundado sobre os elementos específicos do tema.

Em relação ao campo do trabalho, incluindo o trabalho do próprio Serviço Social, o recalçamento da temática da subjetividade determinou reducionismos significativos na análise das implicações psíquicas dos processos de trabalho. Questões relativas à saúde do corpo, como a do sofrimento físico e das reivindicações relativas aos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, foram assumidas pela literatura e pelas organizações de esquerda nacionais e internacionais nas últimas décadas, mas as questões relativas ao sofrimento psíquico dos trabalhadores foram até recentemente negligenciadas. (2002, p.205).

Desta forma, torna-se fundamental o debate sobre a questão, devido a sua importância para decodificação dos aspectos singulares do exercício profissional no campo da Saúde, considerando a necessária e própria compreensão do ser social em sua totalidade. Como observa Yamamoto, atualmente e no âmbito do Serviço Social, “o dilema metodológico é o de detectar as dimensões de universalidade, particularidade e singularidade na análise dos fenômenos presentes no contexto da prática profissional”. (1999, p.191).

Situando histórica e teoricamente os conceitos utilizados na pesquisa, convém explicitar, agora, brevemente, o termo “Saúde do Trabalhador”. De acordo com Mendes e Dias (1991), essa conceituação é reflexo de um processo histórico que buscou, na

Medicina, o cuidado com o tratamento e a manutenção da saúde dos trabalhadores, visto que as condições de trabalho eram extenuantes, ao ponto de comprometerem sua própria vida. Também Minayo-Gomez e Thedim-Costa demarcam o contexto da Revolução Industrial e os processos que se desenvolvem a partir de então e que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, destacando:

As jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, eram frequentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes. (1997, p.22).

No que se refere ao campo Saúde, até a década de 1970, mantinha-se a concepção positivista de que a Medicina estaria no mesmo patamar de outros subsistemas, como o econômico, o político, o educacional, com ampla autonomia e crença de que se poderia transformar a sociedade a partir de qualquer um desses setores. É essa concepção que dá base à teoria da multicausalidade do processo saúde-doença, “onde os fatores de risco do adoecer e morrer são considerados com o mesmo valor ou potencial de agressão ao homem, visto este como ‘hospedeiro’. A prática da saúde ocupacional assenta-se sobre esta concepção.” (MENDES; DIAS, 1991, p.345).

Apesar dessa teoria difundida e apropriada até mesmo pelo Estado, surgem críticas a essa concepção e denúncia de seus efeitos negativos, bem como do caráter ideológico das instituições médicas. Paralelamente, emergem programas alternativos de autocuidado em saúde, com assistência primária, uso da tecnologia simplificada e participação comunitária (MENDES; DIAS, 1991).

Nesse contexto de emergência e avanço das discussões que tratavam de questões relacionadas à saúde, surge a teoria da determinação social do processo saúde-doença, a qual, reconhecendo a centralidade do trabalho como organizador da vida social, põe em xeque as teorias até então utilizadas e que sustentavam as concepções da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional.

As críticas tornam-se mais contundentes, à medida que surgem, em nível da rede pública de serviços de saúde, programas de assistência aos trabalhadores, com ativa participação destes, e das suas organizações. Os programas contribuem para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde, questionam as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizam os trabalhadores nas suas reivindicações por melhores condições de saúde. (MENDES; DIAS, 1991, p.346).

Diante dessa nova compreensão, como fruto de intensa mobilização social, inclusive dos trabalhadores, é constituída, no país, a perspectiva da “Saúde do

Trabalhador”, propondo a superação e ruptura com as concepções anteriores. O campo Saúde do Trabalhador surge como um processo inacabado, que visa à apropriação, pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho e sua transformação conforme seus interesses e necessidades. “O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho.” (MENDES; DIAS, 1991, p.347).

Nesse sentido, a concepção Saúde do Trabalhador rompe com a ideologia dominante conservadora, pois busca a compreensão dos fatores determinantes da saúde, bem como doença e morte dos trabalhadores em particular, reconhecendo o processo de trabalho e a subjetividade do trabalhador como elementos fundamentais nesse estudo.

[...] a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade.

No âmbito das relações saúde x trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais ‘saúdáveis’. (MENDES; DIAS, 1991, p.347).

Buscando contextualizar a experiência do conceito de saúde do trabalhador no Brasil, podemos citar que seu desenvolvimento se dará, principalmente, a partir da década de 1980, no período de transição democrática. A influência desse novo ideário pode ser percebida nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como na I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, as quais, atreladas a outros movimentos sociais, impulsionaram o reconhecimento legal do novo termo “saúde do trabalhador” na Constituição Federal e em legislações complementares do Sistema Único de Saúde (SUS).

A breve exposição histórica do trato das relações entre trabalho e saúde-doença até a adoção do conceito de Saúde do Trabalhador se fez necessária para exprimir a concepção adotada nesse estudo. O campo “Saúde do Trabalhador” é explorado, portanto, como processo ainda em construção, visto que muitos são os desafios que se apresentam à sua concretização. Infelizmente, apesar de seu reconhecimento legal, suas premissas são secundarizadas no âmbito das políticas públicas, com o custo para a saúde dos trabalhadores.

As relações trabalho-saúde na percepção dos assistentes sociais do HMLJ

Visando estabelecer um diálogo com a reflexão apresentada anteriormente, neste tópico apresentaremos os resultados da pesquisa de campo realizada com 11 (onze)

assistentes sociais, no ano de 2012. Para conhecer a percepção que se tem sobre o trabalho do assistente social e possíveis relações com a saúde, foram aplicados questionários com as assistentes sociais que atuam no HMLJ e com outras que atuaram na mesma unidade nos últimos 04 (quatro) anos. Entre elas, 07 (sete) ainda possuem vínculo com a unidade, 05 (cinco) já exerceram a profissão no HMLJ, porém atualmente não exercem mais (três atuam na Maternidade Leila Diniz - prédio anexo ao HMLJ -, uma se aposentou, enquanto a outra foi transferida para outra unidade municipal).

Trata-se de pesquisa social de campo com caráter qualitativo e exploratório que buscou apreender as percepções dos assistentes sociais sobre as relações trabalho-saúde no setor de emergência hospitalar do HMLJ, bem como conhecer e analisar como essas se dão para esses profissionais.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, conforme os preceitos éticos da profissão, e atendendo à orientação da Resolução 196/1996, do Ministério da Saúde (1996), que norteia os procedimentos éticos em “pesquisa envolvendo seres humanos” no país.

Conforme o combinado com as assistentes sociais participantes da pesquisa, seus nomes foram substituídos pelo nome de uma flor, a fim de que sua identidade fosse preservada na exposição dos resultados da pesquisa.

A opção pelo questionário composto de questões abertas e fechadas, ao invés de entrevista semi-estruturada, buscou proporcionar maior liberdade ao profissional assistente social, para manifestar e elaborar suas respostas às questões formuladas.

O questionário foi elaborado e dividido em dois eixos: o primeiro buscando identificar o perfil das assistentes sociais que atuam ou atuaram nos últimos 04 (quatro) anos no HMLJ. E, em relação ao segundo, objetivou-se investigar e caracterizar as peculiaridades do processo de trabalho em uma unidade de emergência hospitalar e sua relação com a inserção e saúde dos trabalhadores assistentes sociais, sob o olhar dos mesmos.

Desta forma, buscando estabelecer um quadro sobre o perfil das assistentes sociais participantes da pesquisa, podemos apresentar os dados a seguir, como resultados da pesquisa. Inicialmente, foi identificado que as assistentes sociais participantes são do sexo feminino, o que evidencia uma peculiaridade dessa profissão que em sua maioria ainda é composta por mulheres (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2005). O ano de formação das assistentes sociais variou entre 1978 e 2005, sendo que 04 (36,3%) assistentes sociais se formaram entre 1978 e 1989, 04 (36,3%) no período de 1990 a 1999 e 03 (27,2%) no período de 2001 a 2005.

A faixa etária das assistentes sociais é diversa, havendo assistentes sociais com 31 (trinta e um) anos e com 64 (sessenta e quatro) anos. Três (27,2%) possuem idade entre 31 a 37 anos; também 27,2% entre 41 e 50 anos e 05 (45,4%), apresentando maior frequência, entre 51 e 64 anos.

Nessa medida, verificamos correspondência entre a idade e o tempo de exercício profissional na função de assistente social, visto que 04 (36,3%) assistentes sociais

possuem entre 03 e 08 anos de experiência, 06 (54,5%) assistentes sociais entre 10 a 16 anos e uma com 20 anos de experiência.

Dentre as diferentes universidades existentes no estado, foram destacadas as seguintes, como instituições formadoras das assistentes sociais que atuam no HMLJ: 03 (27,2%) se formaram na Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, 03 (27,2%) na Universidade Gama Filho, 03 (27,2%) na Universidade Federal Fluminense – UFF e, representando 9,09%, com uma assistente social, na Universidade Veiga de Almeida e na Sociedade Unificada Augusto Mota – SUAM.

No que tange ao local de trabalho, atualmente 01 (9,09%) se encontra aposentada, outra atua no CREAS do município, 06 (54,5%) no HMLJ e 03 (27,2%) na Maternidade Leila Diniz.

A carga horária semanal de todas, no município, é de 40 (quarenta) horas semanais, e quanto a outro vínculo de trabalho, 03 (27,2%) o possuem.

Constatou-se, também, variedade entre o tempo de atuação no setor emergência do HMLJ, percebendo assistente social com 03 meses de experiência, até com 11 anos de atividade no mesmo setor. No entanto, apontamos duas faixas principais, em que 07 (63,6%) assistentes sociais possuem o tempo de atuação entre 03 meses e 05 anos, e 04 (36,3%) possuem a experiência de 06 a 11 anos.

Considerando o tema de nossa pesquisa, a segunda parte do questionário se voltou para as relações entre o trabalho, a experiência profissional e a saúde e, na exposição a seguir, foram identificados, em destaque, os aspectos mais centrais de nossa análise. Inicialmente se percebe, frente aos resultados, que a maioria das assistentes sociais participantes se identifica com o trabalho da emergência hospitalar.

Em síntese, procurando identificar os principais conflitos e limitações existentes no trabalho do Serviço Social junto à emergência do HMLJ, foi possível levantar as seguintes questões:

- Desconhecimento das atribuições e competências do assistente social por parte de outras categorias profissionais, as quais requisitam o Serviço Social com base em uma visão meramente assistencialista.
- Relações de poder e conflito oriundos da cultura institucional sobre a centralidade do médico em detrimento das demais categorias.
- Decisões institucionais verticalizadas e desrespeito profissional.
- Realização de mediação entre as demandas apresentadas pela população e as requisições da instituição, sendo esta última, muitas vezes, seletiva e excludente na prestação de serviços públicos.
- Dificuldade de acesso de recursos para o atendimento das demandas apresentadas pelos usuários, como também dificuldade de acesso do usuário aos serviços de saúde da instituição.
- Falta de interação entre as diferentes categorias profissionais existentes na unidade.

- Ausência de políticas públicas efetivas que atendam as demandas apresentadas pelos usuários.
- Ausência de uma interlocução entre as diversas políticas municipais para garantir o acesso dos usuários aos seus direitos sociais.
- Demandas institucionais e de outros profissionais equivocadas, pautadas na concepção do Serviço Social tradicional, em uma visão assistencialista da profissão.
- Redução do número de recursos materiais e humanos.
- Demanda de atendimento superior a capacidade de oferta.
- Precária manutenção das instalações físicas.
- Dificuldade de manter o familiar informado sobre a situação de saúde do usuário em atendimento (informação médica).

Indagadas sobre a satisfação ou descontentamento encontrado durante a atuação na emergência do HMLJ, 07 (63,6%) assistentes sociais afirmaram que encontram satisfação, 03 (27,2%) afirmaram que encontram tanto satisfação quanto descontentamento, e uma encontrou somente descontentamento.

Os principais elementos citados que geram satisfação são:

- O favorecimento do usuário nas intervenções, a despeito das pressões institucionais, sustentadas por uma prática voltada para seus direitos;
- A possibilidade de atuar em direção à garantia dos direitos sociais dos usuários;
- A possibilidade de desenvolver uma prática profissional crítica e criativa, alcançando, conseqüentemente, crescimento profissional.

Já em relação aos fatores que geraram descontentamento, tem-se:

1. Precariedade de recursos humanos e materiais.
2. Não reconhecimento do efetivo papel do assistente social por parte das demais categorias profissionais que atuam no setor emergência.
3. Sucateamento dos serviços públicos de saúde, inclusive os do HMLJ.
4. Pressões institucionais por respostas rápidas para as expressões da questão social apresentadas pelos usuários.
5. Ausência de recursos para o atendimento às necessidades apresentadas pelos usuários.

Das 11 assistentes sociais colaboradoras, apenas 02 (18,1%) afirmaram não se identificar com o trabalho desenvolvido na emergência. Por outro lado, foi registrado, por algumas assistentes sociais, que a dinâmica imediatista, pontual, que mantém contato direto com os usuários e seus familiares, é fonte de prazer. Somado a isso, a possibilidade de

facilitar o acesso da população aos direitos sociais, os quais, muitas vezes, são viabilizados por meio das informações, orientações e encaminhamentos alcançados junto aos assistentes sociais, produz realização profissional e conseqüente satisfação.

Diante dessa assertiva, cabe resgatar uma das principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social no campo Saúde, conforme as orientações Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e respectivos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS's): “[...] democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuárias [...]” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.25).

Nessa medida, percebe-se que a conexão entre as referências profissionais de intervenção no setor Saúde e o que se realiza no cotidiano do trabalho no espaço hospitalar redundante, também, em satisfação.

Ao serem questionadas sobre as requisições da instituição e de outras categorias profissionais ao Serviço Social no cotidiano do trabalho na emergência, foram levantadas as seguintes demandas, consideradas como principais:

- Requisição tanto da instituição quanto de outras categorias profissionais do assistente social como mediador de conflitos entre instituição e usuário, bem como entre médico e paciente. Nesse entendimento, 07 (63,6%) assistentes sociais elucidaram essa resposta.
- Requisição para realizar atividades burocráticas, as quais não se configuram com atribuições do Serviço Social. Sob essa perspectiva, 02 (18,1%) assistentes sociais apresentaram essa afirmação.
- Requisições diversificadas que variam entre o que é ou não pertinente. Nesse ponto, cabe informar que 04 (36,3%) assistentes sociais registraram essa concepção.
- Requisições equivocadas, denotando a compreensão de que o Serviço Social tem a resposta para todos os problemas apresentados na instituição. Sob esse olhar, 02 (18,1%) assistentes sociais apresentaram essa resposta.
- Requisição de controle do usuário. Essa concepção foi apresentada por uma assistente social (9,09%).

Percebe-se, também, no cotidiano do trabalho do assistente social na unidade hospitalar, o resgate da intermediação do assistente social sob novo prisma que dê funcionalidade aos interesses atuais que se expressam na conformação das políticas sociais, junto aos usuários desse campo.

No que se refere às decisões institucionais, se estas são definidas coletivamente, com a participação do Serviço Social e/ou usuários ou não, todas as assistentes sociais afirmaram que as decisões institucionais são verticalizadas, ou seja, definidas pela direção ou instância superior, sendo repassadas ao Serviço Social para execução. Não há valorização da direção sobre a participação e ação propositiva do Serviço Social no que

tange aos protocolos e à rotina institucional.

Seguindo essa reflexão, uma assistente social acrescentou que as convocações para a participação da chefia do Serviço Social, nas reuniões da direção, são mais voltadas para a ciência sobre o que já foi estabelecido pela gestão. Isto é, vem ao nível da chefia. Há uma maior participação na gestão, porém sendo convocados para adotarem o que foi prescrito nos níveis superiores, ao invés de difundirem um espaço democrático que favoreça a real participação das diversas categorias nas decisões institucionais.

Sobre essa assertiva, torna-se possível supor que todos os diretores das unidades hospitalares públicas do município sejam médicos. Percebe-se o privilegiamento dessa categoria em detrimento das demais na dinâmica institucional do campo saúde, tal como aponta Pires (1998, p. 101):

O trabalho assistencial em saúde é majoritariamente institucionalizado, realizado no espaço ambulatorial ou hospitalar, e resulta de um trabalho coletivo no qual o médico é o elemento central, que detém o controle do processo assistencial e delega atividades a outros profissionais de saúde.

No tocante à relação com as demais categorias profissionais, todas manifestaram a falta da interação entre estas na organização do processo de trabalho em saúde no setor de emergência hospitalar. Na há partilhas entre as diversas categorias profissionais em termos de uma ação interprofissional e, quiçá, interdisciplinar.

De acordo com os depoimentos das assistentes sociais participantes da pesquisa, deflagram-se, no processo de trabalho desenvolvido no setor emergência, além da segmentação das categorias profissionais, distorções em termos de limitações e/ou ausência de entendimento sobre o papel do Serviço Social na instituição.

No que se refere às mudanças contemporâneas ocorridas no “mundo do trabalho”, as assistentes sociais identificaram, na sua própria inserção no processo de trabalho em saúde, algumas estratégias gerenciais que correspondem ao atual padrão de gestão e organização. Embora todas as informantes e a instituição sob estudo sejam do setor público, observa-se que as imposições do mercado também se refletem no cotidiano do HMLJ, alterando as requisições institucionais ao trabalhador assistente social. Nessa medida, foram levantadas as seguintes expressões dessas mudanças na atualidade: polivalência, multifuncionalidade, produtividade, informatização do trabalho ou de parcelas deste, ênfase no trabalho em equipe, redução da autonomia do trabalhador e exigências comportamentais nas relações de trabalho.

De acordo com essa compreensão, Yamamoto (1999) afirma que, nesse contexto de globalização da produção e dos mercados, o trabalhador, inclusive o assistente social, é requisitado a desempenhar diversas funções, objetivando-se o lucro do empregador, sob o legado de novas formas de gestão da força de trabalho.

Surge, neste contexto, o trabalhador polivalente, aquele que é

chamado a exercer várias funções, no mesmo tempo de trabalho e com o mesmo salário, como consequência do enxugamento do quadro de pessoal das empresas. O trabalhador deixa de ser um trabalhador ‘especializado’- e também o assistente social - sendo solicitado a exercer múltiplas tarefas, até então não necessariamente envolvidas em suas tradicionais atribuições. (IAMAMOTO, 1999, p.32).

O contexto econômico atual de “mundialização” do capital, cujo desenvolvimento está atrelado ao investimento especulativo no mercado de ações (IAMAMOTO, 2007), amplia-se na medida em que são internacionalizados novos serviços que se traduzem em maior espoliação da força de trabalho e consequente aumento do lucro. Assim, o mercado financeiro, em acordo com os ditames internacionais,

[...] impõe mecanismos de ampliação da taxa de exploração via: políticas de gestão; ‘enxugamento de mão-de-obra’; intensificação do trabalho e aumento da jornada sem correspondente aumento dos salários; estímulo à competição entre os trabalhadores em um contexto recessivo, que dificulta a organização sindical; chamamentos à participação para garantia das metas empresariais; ampliação das relações de trabalho não formalizadas ou ‘clandestinas’, com ampla regressão dos direitos; entre outros mecanismos, como os aperfeiçoamentos técnicos e a incorporação da ciência e da tecnologia no ciclo da produção no sentido lato (produção, circulação, troca e consumo). (IAMAMOTO, 2007, 114).

Nessa medida, os dados da pesquisa apresentados anteriormente apontam que as repercussões desse movimento neoliberal, em que são consubstanciadas reais perdas no que se refere aos direitos dos trabalhadores, podem ser percebidas nas diversas políticas setoriais, inclusive na Saúde. De maneira sutil, como algo natural, os processos de “mundialização” do capital alcançam os diferentes espaços sócio-ocupacionais, atingindo também os trabalhadores assistentes sociais.

Entendendo que há uma correlação de forças no espaço institucional, as assistentes sociais informaram o grau de autonomia para desenvolver seu trabalho conforme os princípios ético-políticos da profissão. Desta forma, 07 (63,6%) assistentes sociais entendem que o grau de autonomia para o exercício de suas funções no cotidiano de trabalho, no HMLJ, é regular, estando esta, muitas vezes, condicionada às regras estabelecidas pelo gestor da unidade. Esta autonomia, no entanto, tem sido gradativamente conquistada pelas assistentes sociais na instituição.

Ainda nesse ponto, 02 (18,1%) assistentes sociais concebem muita autonomia no processo de trabalho na emergência do HMLJ, as quais também afirmam que esse processo é permeado de embates políticos entre a instituição e demais categorias profissionais. E, ainda, 01 (9,09%) assistente social considerou que há pouca autonomia no trabalho, estando este atrelado às requisições institucionais.

Tais considerações nos remetem à concepção defendida por Iamamoto (1999).

Para ela, o assistente social possui “relativa autonomia” para desempenhar suas funções no âmbito dos processos e relações de trabalho. Isso porque, ao vender sua força de trabalho no mercado, em troca de um salário, embora sua atividade seja especializada, não dispõe de todos os meios, recursos, condições para dar materialidade ao seu trabalho. Desta forma,

Durante a jornada de trabalho, a ação criadora do assistente social deve submeter-se a exigências impostas por quem comprou o direito de utilizá-la durante um certo período de tempo conforme as políticas, diretrizes, objetivos e recursos da instituição empregadora. É no limite dessas condições que se materializa a autonomia do profissional na condução de suas ações. O assistente social preserva uma relativa independência na definição de prioridades e das formas de execução de seu trabalho [...]. (IAMAMOTO, 1999, 97).

Por outro lado, cabe relevo a concepção de uma assistente social que compreende que a autonomia alcançada no espaço institucional não é algo dado, mas sim conquistado no cotidiano do processo de trabalho.

Sob esse aspecto, Faleiros (1997) argumenta que se encontram subjacentes aos processos de correlação de forças institucionais (em que a instituição também requisita ao assistente social o controle sobre a população), as “brechas”. Essas se traduzem nas oportunidades apresentadas ao assistente social, nesse mesmo espaço de intervenção, podendo direcionar os recursos institucionais a favor dos usuários. Tal fato requer a clareza e competência teórica, política e técnica do profissional a fim de potencializar as ferramentas disponíveis no seu cotidiano de trabalho.

O desafio do profissional consiste justamente na reorientação de seu cotidiano de acordo com a correlação de forças existente, para facilitar o acesso da população ao saber sobre elas mesmas, aos recursos disponíveis e ao poder de decisão. (FALEIROS, 1997, p.55).

Para todos os sujeitos da pesquisa, há relação entre o processo de trabalho desenvolvido no setor emergência e o processo saúde-doença dos profissionais de saúde. Considera-se para alguns, inclusive, a percepção clara sobre o rebatimento direto das implicações dessa atividade na saúde dos trabalhadores desse campo.

Tendo como base os relatos de três assistentes sociais (27,2%), o contato direto do profissional de saúde com recorrentes situações de violência, doença e miséria, bem como o ritmo de trabalho que exige respostas rápidas para as questões suscitadas e a precariedade de recursos, são aspectos da atividade desenvolvida na emergência hospitalar que tornam frágeis esses profissionais, que ficam vulneráveis a problemas de saúde. Nesse aspecto, foi elucidado por todas as assistentes sociais que o exercício profissional, em uma unidade hospitalar de emergência, compromete tanto a saúde

física, quanto a mental dos trabalhadores desse campo.

Essa correlação entre os processos de trabalho na emergência e de saúde-doença dos profissionais desse campo, no entanto, não se especifica para o assistente social, conforme o entendimento da maioria das assistentes sociais. Assim, 07 (63,6%) assistentes sociais afirmaram que as implicações da atividade, nesse setor, como também o adoecimento proveniente desse trabalho não se especifica para o Serviço Social, enquanto apenas 03 (27,2%) acreditam no contrário. Isto mostra que as assistentes sociais que participaram da pesquisa entendem que as cargas e riscos, e o consequente desgaste, são comuns aos profissionais de saúde. Esse desgaste, provocado pela atuação na emergência hospitalar, manifesta-se através de diversas doenças físicas e mentais. Nessa medida, foram elucidadas pelas assistentes sociais, as seguintes: estresse, fadiga, síndrome do pânico, depressão, ansiedade, irritabilidade, sensibilidade emocional, cefaleia, insônia, hipertensão, doenças psicossomáticas.

Esses apontamentos vão ao encontro das colocações de Wunsch Filho (2004), o qual afirma que os transtornos mentais podem possuir estreita relação com o trabalho e maior expressão nos próximos anos, em função da globalização da economia e consequentes mudanças nos espaços de trabalho. Tal fato demanda a vigilância e a pesquisa constante que apresentem subsídios para intervenções eficazes que signifiquem mais qualidade de vida e saúde para esses trabalhadores.

Vale dizer que o estresse foi apontado por 06 (54,5%) assistentes sociais como a principal questão de saúde gerada pelo desgaste encontrado no setor emergência. Para a maioria das assistentes sociais (07 - 63,6%), fica clara a influência negativa do trabalho, na emergência, para a saúde dos trabalhadores desse campo. As demais, no entanto, apesar de não responderem diretamente, reconhecem os efeitos negativos desse ambiente de trabalho no processo saúde-doença dos trabalhadores da área.

Tais dados entram em consonância com o que afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com esse órgão, atualmente, cerca de 30% dos trabalhadores sofrem de transtornos mentais menores, enquanto 10% sofrem de transtornos mentais graves. E, ainda, segundo dados da Previdência Social no Brasil, em 2002, 15.029 pessoas foram afastadas definitivamente do trabalho por transtornos mentais, sendo o transtorno mental mais prevalente a depressão, seguido por transtornos relacionados ao estresse, transtornos esquizotípicos e adição a álcool e drogas (DANILA et al., 2012).

Dentre os aspectos do trabalho considerados positivos e negativos, cabe destacar os seguintes:

Negativos: risco de adquirir doenças infectocontagiosas; exposição; falta de suporte da política de Saúde do Trabalhador; percepção do acirramento da questão social deflagrada em uma unidade pública de emergência; relação conflituosa com outras categorias profissionais e alguns usuários; falta de perspectivas; desgaste profissional; estresse no trabalho; péssimas condições de trabalho; ausência de recursos materiais e humanos; ausência de um trabalho

interdisciplinar; limites e barreiras institucionais no processo de garantia de direitos; desrespeito ao trabalho do assistente social; cobranças indevidas.

Positivos: realização do trabalho junto ao usuário e sua família e sentimento do dever cumprido; trabalho em equipe; realização profissional em trabalhar com setor que se identifica; possibilidade de facilitar o acesso dos usuários aos direitos sociais.

Os riscos e desgastes percebidos pelas assistentes sociais no cotidiano do trabalho na emergência são diversos. Foram levantados, no entanto, os principais:

Excesso de demandas (01 – 9,09%); elevada carga horária de trabalho (04– 36,3%); cobrança de produtividade (04– 36,3%); número reduzido de assistentes sociais na equipe (02– 18,1%); risco de adoecimento físico e mental em virtude do processo de trabalho na emergência (08 – 72,7%); risco de contrair doenças infectocontagiosas e de contaminação por acidente biológico, expondo também seus familiares (07 – 63,6%); salário defasado (01 - 9,09%); precárias condições de trabalho (01 - 9,09%).

No que tange aos riscos de saúde provenientes do trabalho, cabe destacar que, em virtude do próprio sucateamento por que passa as políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, as unidades públicas de emergência como o HMLJ, essas instituições permanecem superlotadas. Nesse sentido, os setores de isolamento, onde devem permanecer os portadores de doenças infectocontagiosas, são poucos e não dão conta da demanda apresentada no hospital.

Após ocupação dos espaços de isolamento existentes na unidade, os demais doentes permanecem nos corredores ou em outros setores da instituição, junto a usuários internados que realizam tratamento clínico, expondo-os, também, à contaminação pelo contágio de doenças como tuberculose, meningite, escabiose e outras comuns neste espaço. Além do risco apresentado aos usuários dos serviços, os trabalhadores das unidades de emergência também ficam em situação extremamente vulnerável frente à possibilidade de contágio dessas mesmas doenças.

No tocante ao descaso e ausência de políticas públicas de proteção e promoção à saúde do servidor público no município, cabe relevo os sérios riscos e impactos do trabalho em uma unidade de emergência na saúde do trabalhador desse campo. Nessa medida, as assistentes sociais colaboradoras percebem, no cotidiano de trabalho no setor emergência, diversos riscos relacionados ao desgaste pelo excesso de requisições impostas a esta categoria profissional, além da exposição a riscos, como o de contrair doenças infectocontagiosas.

De acordo com o relato de 04 (36,3%) assistentes sociais, não foram afetadas significativamente por problemas de saúde oriundos das relações de trabalho, porém possuem colegas que já foram acometidas por doenças infectocontagiosas ou por cargas física e/ou mental que possuem nexos com o trabalho. Tal fato, além de fragilizar ainda mais o próprio trabalhador assistente social, agrava ainda mais as condições de trabalho

da equipe do Serviço Social, visto que, em algumas circunstâncias, a questão de saúde gera incapacidade para o trabalho.

Quanto à indagação sobre afastamento por acidente de trabalho ou algum tipo de doença ocupacional, 03 (27,2%) assistentes sociais apresentaram resposta positiva. Os problemas de saúde que possuem relação com o trabalho e demandaram afastamento das atividades laborativas foram os seguintes: tendinite de Quervern (a doença foi provocada por excesso de escrita no trabalho), depressão (em virtude de conflitos no trabalho), estresse ocupacional (em virtude de exigências comportamentais e excesso de demandas).

Cabe ressaltar, ainda nesse item, que 03 (27,2%) assistentes sociais, ao serem indagadas sobre a necessidade de afastamento do trabalho por alguma doença ocupacional, utilizaram termos como “até o momento, não”, “não, até o presente momento” e “ainda não”, dado que chamou nossa atenção. Percebe-se, nesses relatos, que para essas assistentes sociais, que não foram afetadas acentuadamente por questões de saúde inerentes ao trabalho, há a possibilidade de vivenciarem tal circunstância, dadas as precárias condições e riscos provenientes do trabalho.

Dentre as 11 (onze) assistentes sociais participantes da pesquisa, apenas 01 (uma) afirmou ter recebido informações no que tange a política “Saúde do Trabalhador”, através de um seminário realizado em seu local de trabalho. No entanto, nenhuma até o momento recebeu apoio ou orientação no que diz respeito à Política de Saúde do Trabalhador, seja nos níveis municipal, estadual e/ou nacional, embora sejam reconhecidos seus avanços legais e a responsabilidade do Estado no enfrentamento da questão.

Considerando a importância de sua experiência no setor de emergência hospitalar, solicitamos, ao final do questionário, às assistentes sociais que apresentassem sugestões de mudanças no cotidiano de trabalho que pudessem gerar satisfação e influir positivamente na saúde dos trabalhadores assistentes sociais. Assim, foram apresentadas as seguintes propostas:

- Dentre as participantes, 05 (45,4%) assistentes sociais apontaram que o acatamento da lei de redução da carga horária semanal para 30 (trinta) horas, pelo município do Rio de Janeiro, corresponde a um importante elemento que pode influir positivamente na saúde dos trabalhadores assistentes sociais.
- Na sequência, 03 (27,2%) sugeriram a criação de uma comissão de “Saúde do Trabalhador” para discutir e orientar os funcionários quanto a questões de saúde e doença relacionadas ao trabalho.
- A proposta de melhoria das condições de trabalho foi apresentada por 02 (18,1%) assistentes sociais.
- Outras 02 (18,1%) apontaram o aumento salarial.
- Capacitação constante, com fomento à participação em cursos e seminários sobre o tema “Saúde do Trabalhador”, foi um item levantado por 03 (27,2%) assistentes sociais.

- A formação de uma equipe que desse suporte social e psicológico aos trabalhadores do campo saúde foi a proposta de 02 (18,1%) assistentes sociais.
- Reposições de profissionais que ao longo do tempo foram transferidos ou se aposentaram foi outra necessidade apontada por 02 (18,1%) assistentes sociais.
- Realização de reuniões periódicas, com gestor da unidade e com as demais categorias, objetivando socializar informações sobre o trabalho do Serviço Social nas emergências, como forma de fortalecimento da prática do assistente social, foi a sugestão de 01 (9,09%) assistente social.

Considerações finais

Longe da pretensão de esgotar o tema, o presente estudo procurou decifrar a realidade vivida pelas trabalhadoras assistentes sociais na emergência do HMLJ, identificando os principais pontos de tensão e fatores que implicam negativamente na saúde deste profissional. A partir das questões apresentadas, buscou-se alcançar subsídios e propostas que correspondam a espaços mais saudáveis de trabalho, que favoreçam o debate entre os profissionais do campo, e que possam estimular e sensibilizar os gestores no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador.

Já que o trabalho é uma atividade essencial na vida do homem, meio pelo qual se reproduz provendo suas necessidades vitais, importa decodificar como se dá a apreensão desta atividade pelo trabalhador e suas implicações na saúde do mesmo. Assim, todo esforço foi despendido para desvelar as relações entre trabalho, saúde e doença, sob o olhar das assistentes sociais participantes da pesquisa, sendo esse momento valorizado como espaço de reflexão destas sobre o nexos entre sua própria saúde e prática profissional.

A observação sobre o processo de trabalho em saúde e a inserção do Serviço Social na instituição, aqui especificamente estudada na emergência hospitalar, ratifica a concepção de que o trabalho ocupa parte significativa do tempo do trabalhador, atravessando todos os âmbitos da vida humana. Ele pode gerar tanto prazer e bem-estar, quanto angústia e sofrimento, a depender de diversos fatores determinantes como condições de trabalho.

O agravamento das precárias condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, em sua diversidade de espaços, pode ser identificado ainda na denúncia de que, atualmente, considera-se que dois milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado dos acidentes de trabalho e de doenças ou lesões relacionadas ao trabalho. Além disso, 160 milhões de novos casos de doenças que possuem nexos causal com o trabalho ocorrem a cada ano. Somase, ainda a essa questão, o fato de 8% do ônus global causado por doenças provenientes da depressão estar atualmente relacionado aos riscos ocupacionais (OMS, 2010).

Frente a esses agravos da saúde, urgem estudos voltados para a avaliação de riscos no ambiente de trabalho que levem em conta tanto os danos físicos, quanto os aspectos psicossociais. São necessárias ações que tragam à cena as situações que provocam o

adoecimento do trabalhador, as quais, muitas vezes, são veladas e encontram-se dispersas no cotidiano do exercício profissional.

Retomando a questão que foi objeto de estudo, observamos, no decorrer da pesquisa, que, ao longo dos anos, houve certo distanciamento do Serviço Social no que tange a temática “Saúde do Trabalhador”. Percebe-se, na atualidade, a carência de produção acadêmica dessa profissão no que diz respeito a essa política, sobretudo no que concerne a análise sobre a própria saúde do trabalhador assistente social. Tal dado aponta a necessidade de novos estudos que deem voz a esse trabalhador, respeitando sua singularidade, sua subjetividade, enfim, sua própria saúde.

É importante, no momento, o debruçar sobre a relação entre trabalho, saúde e doença que acomete diversos trabalhadores, inclusive assistentes sociais. Temos também essa responsabilidade enquanto profissionais comprometidos eticamente com a defesa dos direitos sociais e humanos da população. Assim, urge, ainda, a construção de estratégias que desvele as péssimas condições de trabalho, bem como o excesso de requisições oriundas dos serviços que se traduzem em adoecimento para os seus executores, reconhecendo o assistente social também como sujeito trabalhador.

Vale dizer que o assistente social, via de regra, tem como objeto de estudo e intervenção outros sujeitos, desconsiderando as próprias condições de trabalho e saúde, bem como sua subjetividade que aí é requisitada. Essa lacuna, no entanto, tende a acentuar a fragilidade desse profissional em seu campo de atuação, visto que as reflexões e o debate sobre o assunto são essenciais para a formulação de proposições transformadoras que correspondam à saúde do trabalhador.

Tendo por base o estudo realizado, pode-se ter como amostragem o relato das assistentes sociais colaboradoras da pesquisa, pois, do universo de 11 assistentes sociais, 03 informaram (27,2 %) afastamento das atividades laborativas para tratamento de saúde em virtude de doenças relacionados ao trabalho.

Tal situação reafirma o entendimento de que a organização contemporânea do trabalho e o atual desenvolvimento do processo de globalização da economia têm rebatimentos diretos na saúde do trabalhador. O conjunto de medidas neoliberais, em que prevalecem os interesses do capital em detrimento dos trabalhadores, pode ser percebido nos diversos setores políticos, principalmente na saúde. Percebe-se, no cotidiano do trabalho nas unidades públicas de saúde, como exemplo, a tentativa do poder público em transformar a saúde em mercadoria, em negócio rentável, a despeito dos interesses e necessidades da população.

Esse quadro, no entanto, não passa a largo para a saúde dos trabalhadores do campo saúde. Estes veem a própria saúde afetada com excesso de demandas, número reduzido de profissionais, requisições para o atendimento a diversos tipos de problemas existentes na unidade, exigência de produtividade, polivalência, dentre outras questões, como as péssimas condições de trabalho; todos esses são fatores que também determinam a saúde dos trabalhadores, inclusive do assistente social.

No que tange ao processo de trabalho em Serviço Social no HMLJ, percebemos que, além da superespecialização do trabalho, visando aumentar a espoliação do trabalhador, há a sobrecarga de trabalho, a sobreposição de tarefas e outras questões que provocam desgaste e insatisfação no trabalho. As decisões são tomadas de forma horizontal pela equipe gestora que é quase totalmente composta por médicos. Tal fato possui profunda conexão com a influência taylorista/fordista no ambiente hospitalar.

A estrutura organizacional dos hospitais segue ainda nos dias de hoje as diretrizes estabelecidas por organogramas clássicos, as estruturas hierarquizadas verticais, fragmentação das responsabilidades, formalização das relações, pautando-se nas lógicas de autoridade legal, herdadas da concepção burocrática. (MATOS; PIRES, 2006, p. 512).

Nessa medida, as assistentes sociais são contratadas pela prefeitura do RJ para atender às necessidades institucionais do município, sendo lotadas em unidades como o HMLJ. No entanto, como parte do próprio movimento contraditório da realidade, esse espaço também se torna meio de construção da cidadania, na medida em que socializamos informações sobre os direitos sociais, sobre a rotina institucional e sobre os caminhos de superação do modelo econômico atual.

Mas apesar da influência da gerência taylorista na organização do trabalho assistencial em saúde, realizado no espaço institucional, a expropriação do saber e do controle do processo de trabalho se dão de forma parcial. Os médicos interferem no trabalho dos demais profissionais de saúde, tornando-os dependentes, em maior ou menor grau, das decisões médicas e detêm o controle do processo assistencial em si. Mas as regras de funcionamento das instituições e o arcabouço legislativo relativo à organização dos serviços de saúde, ao exercício de cada profissão e aos direitos trabalhistas, delimitam regras para a prática assistencial em saúde. Essas regras dependem da correlação de forças vigente, para fazer valer determinados princípios e direitos. (PIRES, 1998, p. 87).

O assistente social possui papel privilegiado no espaço hospitalar, visto que mantém acesso direto e contato constante com a população usuária dos serviços. O desenvolvimento de trabalho educativo que busque a difusão da consciência sanitária, vinculado à socialização de informações sobre direitos sociais e espaços políticos de participação e mobilização popular é, portanto, uma necessidade constante. Essas intervenções são essenciais para a construção de uma nova dinâmica hospitalar em que os interesses e necessidades dos trabalhadores, e aqui falamos a respeito do trabalhador profissional de saúde e trabalhador usuário dos serviços, não seja mais secundarizada no processo das relações institucionais.

Sob esse aspecto, cabe também elucidar as colocações de Pires (1998). Para ele, após

a Segunda Guerra e até a década de 1980, paulatinamente, ampliou-se a complexidade dos hospitais e aumentaram as especializações dos serviços e unidades de saúde. Assim, na medida em que essa superespecialização aprofunda o conhecimento específico, fragmenta e limita o conhecimento sobre o homem, dificultando a compreensão desse ser social em sua totalidade, “desconsiderando-o como determinante e determinado por relações afetivas, experiência de vida e como parte de uma totalidade social.” (PIRES, 1998, p.101)

Nesse sentido, a busca por uma ação profissional interdisciplinar na instituição torna-se imperativa para o alcance da atenção integral aos usuários dos serviços de saúde e superação do perverso sistema neoliberal que vigora no país. Cabe ressaltar que entendemos a interdisciplinaridade não como a sobreposição de saberes, mas como a integração e complementaridade destes, a fim de buscar a compreensão sobre a totalidade humana. De acordo com Melo e Almeida (2000, p.22), este é um desafio que está posto ao Serviço Social:

Quando consideramos que o projeto ético-político profissional envolve uma série de componentes distintos cuja articulação é complexa e temporalmente dispendiosa, exigindo recursos político-organizativos, processos de debate e elaboração, investigações teórico-práticas (NETTO, 1999), entendemos que os investimentos interdisciplinares precisam e devem estar orientados nesta direção, pois um dos empenhos de sua efetivação reclama, justamente, a partilha com outros segmentos profissionais e com os movimentos sociais.

Entendemos que a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como dos pressupostos fundamentais da política Saúde do Trabalhador, na atualidade, tem como condição a articulação entre as diversas categorias profissionais, entidades de representação e participação popular, de defesa de direitos sociais e humanos e segmentos de mobilização social. Percebemos que a formação de um movimento unificado em prol de um SUS de qualidade, que atenda aos interesses e necessidades da classe que vive do trabalho (ANTUNES, 2008), é o caminho para a construção de novas estratégias que se traduzam em espaços de trabalho mais saudáveis, que assegurem o respeito à subjetividade desse trabalhador, rompendo o fosso entre o seu direito legal e seu cotidiano de trabalho.

A interlocução entre as diversas políticas setoriais públicas é essencial para a construção da intersetorialidade e consequente efetividade dessas políticas; também é condição para a garantia dos direitos mais elementares dos trabalhadores, ressaltando-se, aí, o direito à vida e à saúde. Acreditamos que o reconhecimento da necessidade de atenção integral à saúde do trabalhador somente alcançará efetivo êxito, na promoção de sua interface com as demais políticas públicas.

Nesse sentido, acreditamos que se torna imperativa, no cotidiano do trabalho do Serviço Social do HMLJ, a busca incessante de construção de espaços democráticos (bem como a defesa dos já existentes), que superem o modelo vigente de administração e gerenciamento

hospitalar que, como já se viu, não ocorre de forma autônoma ao modelo político econômico que vigora no país. Para tanto, torna-se necessária a articulação com os movimentos das demais categorias profissionais e com a população usuária dos serviços. Consideramos que, assim, além do fortalecimento da mobilização dos trabalhadores, propostas que deem um novo direcionamento para a organização do trabalho em saúde serão alcançadas.

Referências

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 08 de abr. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

COHN, Amélia; MARSIGLIA, Regina G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA et al. (Orgs.). *Isto é trabalho de gente?* Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo, Vozes, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde*. Brasília, DF: CFESS, 2010.

_____. Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional. 2005. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Orgs.) *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. Brasília, ABEPSS/OPAS, 2006.

DANILA, Arthur, NOVAES, Barbara; CASELLA, Caio; PILOTO, Bruna; ZANON, Bruno; RICCI, Bruno. *Saúde Mental no Trabalho*. [Notas de aula] Disponível em: <http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/iof_80_Sa%C3%BAdede_Mental_no_Trabalho.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

DEJOURS, Cristhoffer. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.

_____; ABDOUCHELI, E. Itinerário da psicodinâmica do trabalho. In: _____; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Editora Atlas; 1994.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Saber profissional e poder institucional*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

- FILHO, Victor Wünsch. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. *Revista brasileira de medicina do trabalho*, Belo Horizonte, v.2, n.2, p. 103-117, abr./jun. 2004.
- HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1993.
- IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 8ª ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 1991.
- _____. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1999.
- _____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007.
- LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, p. 508-514, jul./set. 2006.
- MELO, Ana Inês Simões Cardoso; ALMEIDA, Glaucia Elaine Silva de. Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional. In: *Capacitação em Serviço Social e política social*. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.
- MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.5, 1991.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, Supl.2, p. 21-32, 1997.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- NETO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. [Trad. Serviço Social da Indústria]. Brasília: SESI/DN, 2010.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2002.

Artigo recebido em: 15 jul. 2013

Aceito para publicação em: 30 ago. 2013