

SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA ANÁLISE SOBRE A  
PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL OPHIR  
LOYOLA EM BELÉM-PA



Maria Estrela Costa de Sousa  
Marcelo Santos Chaves

1299

[Saúde do trabalhador: uma análise sobre a prática do assistente social no Hospital Ophir Loyola em Belém-Pa](#)

Maria Estrela Costa de Sousa y Marcelo Santos Chaves



Editado por la Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso para eumed.net

**Derechos de autor protegidos.** Solo se permite la impresión y copia de este texto para uso personal y/o académico.

Este libro puede obtenerse gratis solamente desde  
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1299/index.htm>

Cualquier otra copia de este texto en Internet es ilegal.

***SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA ANÁLISE SOBRE A  
PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL OPHIR  
LOYOLA EM BELÉM-PA***

**MARIA ESTRELA COSTA DE SOUSA  
MARCELO SANTOS CHAVES**

**Belém-PA  
2008**

S719s Sousa, Maria Estrela Costa de & Chaves, Marcelo Santos

Saúde do Trabalhador: uma análise sobre a prática do Assistente Social no Hospital Ophir Loyola em Belém-PA.

80 p. : il. Color. ; 21x30 cm.

Inclui referências

ISBN xxx-xx-xxxx-xxx-x

1. Mundo do Trabalho. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Assistente Social.

I. Título.

CDD 360.361

## **DEDICATÓRIA**

Ao infinito Deus, que proporciona a vida;  
Aos meus pais, *in memoriam*,  
Frutuoso Cândido da Costa e  
Gerarda Severino da Costa;  
A minha família em geral.

MARIA ESTRELA COSTA DE SOUSA

## **AGRADECIMENTOS**

Ao grandioso Deus, por ter me concedido força e coragem para alcançar essa vitória; Aos queridos Nam, Solange e Dedé que estiveram presentes em todos os momentos dessa jornada; A estimada professora Maria José, orientadora, por contribuir para realização desse trabalho; A assistente social Zeluana Parente, supervisora de campo pela colaboração; Ao coordenador do DAME, Antônio Carlos Freitas e a coordenadora do ambulatório Sandra Alves, ambos pela cooperação nos dados da pesquisa; A todos os amigos que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho.

MARIA ESTRELA COSTA DE SOUSA

## **EPÍGRAFE**

*É através do trabalho que o indivíduo se constitui como sujeito, afirmando sua identidade e seu desejo de ser reconhecido socialmente.*

**Oliveira e Murofuse**

*A saúde do trabalhador constitui uma expressão concreta, privilegiada, da realidade sócio-econômica e política das relações de trabalho.*

**Lúcia Freire**

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho tem como finalidade discutir a temática saúde do trabalhador a partir da análise da prática das assistentes sociais no Hospital Ophir Loyola, e seus impactos tendo em vista as transformações do mundo do trabalho. Hoje, mediante o avanço tecnológico e as exigências do mercado é exigido cada vez mais do trabalhador, a ampliação de seus saberes, o que se torna um fator decisivo na capacidade do seu trabalho. A exigência do aprendizado de novas técnicas tem se mostrado como um dos fatores da angústia e da ansiedade destes profissionais, como se pôde observar ao se cotejar os dados da pesquisa e a discussão da saúde do trabalhador. A polivalência é uma das características analisadas na pesquisa de campo realizada no Hospital Ophir Loyola, particularmente, nas clínicas de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Abdominal, Urologia, Mastologia e Ginecologia, cujo objetivo deve-se à repercussão na saúde física, emocional e familiar das mesmas. Para isso buscou-se apreender como se dava o ritmo de trabalho, os atendimentos mensais do ambulatório e as demais atividades das profissionais. Com isso foi possível fazer uma análise dos resultados coletados, e a partir de então sugerir proposições.

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>9</b>
<b>PARTE I – A SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>12</b>
<b>1. SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>13</b>
1.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E DOENÇAS OCUPACIONAIS.....	19
1.3 AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO NO SISTEMA CAPITALISTA E O SERVIÇO SOCIAL.....	20
1.4 ÉTICA E TRABALHO NA GLOBALIZAÇÃO: NOVAS DEMANDAS AO SERVIÇO SOCIAL.....	22
<b>PARTE II – HOSPITAL OPHIR LOYOLA.....</b>	<b>27</b>
<b>2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA: RETROSPECTIVA HISTÓRICA.....</b>	<b>28</b>
2.1 FUNDAÇÃO DO INSTITUTO OPHIR LOYOLA.....	28
2.2 O HOSPITAL OPHIR LOYOLA NA ATUALIDADE.....	32
2.3 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA.....	34
2.4 O LOCAL E O OBJETO DA PESQUISA.....	36
2.5 TÉCNICAS UTILIZADAS NA PESQUISA.....	38
2.6 RESULTADOS DA PESQUISA.....	40
2.6.1 <b>Produção de atendimentos no ambulatório.....</b>	<b>40</b>
2.6.2 <b>Configuração dos usuários atendidos pelo o Serviço Social no HOL.....</b>	<b>42</b>
<b>PARTE III – OS IMPACTOS DO TRABALHO NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>48</b>
<b>3.O IMPACTO DO TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DAS ASSISTENTES SOCIAIS.....</b>	<b>49</b>
3.1 A VISÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS.....	55
3.2 PROPOSIÇÕES DAS ASSISTENTES SOCIAIS.....	57
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Demonstrativo das mudanças do HSE.....	30
Quadro 2- Especialidades e serviços do HOL.....	32
Tabela 1- Nº de atendimentos ambulatoriais do Serviço Social.....	40
Tabela 2- Relação do estado civil dos pacientes atendidos no 2º semestre de 2006 ao 1º semestre de 2007.....	42
Tabela 3- Relação das localidades dos pacientes.....	44
Tabela 4- Relação do gênero dos pacientes.....	46
Tabela 5- Média de idade dos pacientes internados.....	47
Tabela 6- Assistentes sociais do HOL.....	49
Tabela 7- Atendimentos no ambulatório.....	49
Tabela 8- Relação trabalho x saúde.....	51
Quadro 3- Concepções de saúde e trabalho.....	55
Quadro 4- Relação das proposições.....	57

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- 2º semestre de 2006.....	42
Gráfico 2- 1º semestre de 2007.....	42
Gráfico 3- 2º semestre de 2006.....	44
Gráfico 4- 1º semestre de 2007.....	44
Gráfico 5- Relação geral de atendimento por sexo.....	46

## LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica  
DAME – Divisão de Arquivo Médico e Estatístico  
DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
EPOL – Empresa Pública Ophir Loyola  
FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial  
HOL – Hospital Ophir Loyola;  
HSE – Hospital dos Servidores do Estado  
IOL – Instituto Ophir Loyola  
LER – Lesão por Esforço Repetitivo  
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
NAEE – Núcleo de Apoio ao Enfermo Egresso  
PAIR – Perda Auditiva Relacionada ao Trabalho  
SESMA – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TFD – Tratamento Fora de Domicílio

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

A sociedade atual vivencia o avanço tecnológico, a flexibilização do trabalho e as novas regras de organização do trabalho as quais trouxeram mudanças para as diferentes áreas profissionais. Nesse contexto, a precarização e a subalternização do trabalho são alguns dos efeitos da nova ordem do mercado mundializado. Nestes termos, a profissão do serviço social vem responder as novas demandas dos conflitos decorrentes dessa nova ordem mundial. Como afirma Yazbek (1998) à questão social se apregoa na insegurança do trabalho assalariado e na penalização do trabalhador. Assim, o trabalhador para se inserir no mercado de trabalho precisa buscar novas habilidades e qualificações para dar conta das funções e serviços nesse universo globalizado.

Em busca de apreender como os profissionais da assistência social vivenciam as mutações do trabalho e, ao mesmo tempo, como isto repercute na temática da saúde do trabalhador é que se realizou pesquisa de campo no Hospital Ophir Loyola, partindo da discussão sobre a relação saúde x trabalho. Diante dessa abordagem o presente trabalho de conclusão de curso foi elaborado em três capítulos. Para obter os dados necessários à discussão proposta recorreu-se às clínicas: Cabeça e Pescoço, Cirurgia Abdominal, Urologia, Mastologia e Ginecologia, as quais possibilitaram o cotejamento entre a discussão teórica e as informações selecionadas nas planilhas sobre os pacientes e nas entrevistas realizadas com os profissionais, as quais foram catalogadas e passaram a dar suporte às interpretações.

O primeiro capítulo faz referência à saúde do trabalhador, sendo tratado a priori os conceitos de saúde e de trabalho, posteriormente delineou-se uma síntese sobre a evolução histórica deste conceito na medicina do trabalho até o presente momento. Ainda nesse capítulo é mencionada a questão das doenças relacionadas ao trabalho e também à inserção do assistente social, nesse novo contexto da sociedade globalizada, perpassando pela formação da profissão e as mudanças ocorridas ao longo dos anos.

A maneira como o profissional está inserido nessa nova divisão do trabalho chega ser um desafio agir eticamente no seu fazer profissional. Isto é observado a partir dos serviços prestados aos usuários, principalmente quando

se fala em um contexto institucional em que é um espaço hierarquizado e burocrático que, muita das vezes, cinde as ações do profissional. Nesse espaço hierarquizado, muitas vezes, acaba impedindo que sejam desenvolvidas ações afirmativas em relação às diversas questões que emergem no processo de atendimento do profissional.

O segundo capítulo é descrito, também em caráter sintético, a história do Hospital Ophir Loyola desde a formação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará ao surgimento do Hospital dos Servidores do Estado. Trata-se dos acontecimentos que se considera mais relevantes para o crescimento e ampliação do mesmo; também apresenta alguns dados sobre o Hospital Ophir Loyola nos dias de hoje. É apresentado ainda o surgimento do serviço social e a sua inserção no hospital até os dias atuais. Sendo importante frisar que o assistente social foi e é um profissional muito importante na viabilização e dinamização dos serviços oferecidos no hospital. Apresenta ainda o resultado dos dados coletados de modo descritivo e a demonstração por meio de tabelas e gráficos para quantificar os atendimentos ambulatoriais das assistentes sociais, referenciando as cinco clínicas que serviram de referências para as análises sobre as variáveis: sexo, estado civil, regiões e média de idade dos pacientes.

Finalmente o terceiro capítulo traz reflexões sobre os impactos que a dinâmica do trabalho das assistentes sociais tem refletido na saúde das mesmas. Neste capítulo pode-se perceber o quanto às mesmas possui envolvimento no seu ambiente de trabalho, viabilizando consultas e internações, no sentido de garantir direitos. Com os dados das entrevistas às profissionais do serviço social que trabalham no hospital mostram, a partir dos dados, que elas têm consciência dos problemas decorrentes de suas atividades profissionais, bem como das mudanças decorrentes da relação profissional x usuário.

Assim, o levantamento de dados proporcionou apreender que através do trabalho o ser humano produz e satisfaz as suas necessidades, mas é preciso que o mesmo não venha ocasionar danos à saúde do profissional, tendo em vista que a relação entre saúde e trabalho necessita de harmonia o suficiente para a pessoa se sentir feliz no que desenvolve. O trabalho para além da jornada tornou-se como afirma Fonseca (2005) uma prática institucionalizada,

pois atende os interesses da pessoa que exerce tal atividade, para o servidor é um meio de ampliar seu ganho mensal e para o administrador constitui a redução de gastos com a ampliação do quadro funcional.

Diante dessa concepção, ao final da pesquisa pôde-se concluir que o trabalho tende a afetar a saúde do trabalhador de alguma forma, tendo em vista, que o mesmo ocasiona estresse, ansiedade etc., e que o mesmo não pode ser desvinculado de um contexto maior relacionado ao meio ambiente, a saúde e as relações pessoais. Com essa afirmação foi constatado que o atendimento ambulatorial das assistentes sociais é intenso, devido o número de pessoas atendidas e, ao mesmo tempo, aos problemas trazidos pelos usuários, o que vem ocasionar outras demandas para as profissionais do serviço social.

Foi ainda verificado que o número de internações nas clínicas é intenso e que esse processo demanda o trabalho do assistente social novas habilidades profissionais. Todas as atividades realizadas pelas profissionais, tanto no ambulatório quanto nas clínicas exigiam e exige doação de tempo, o que muitas vezes vai além da carga horária do profissional, enfatizando que isso acontece devido o interesse da profissional em realizar sua prática. Com a aplicação dos questionários obteve-se o perfil das profissionais e os dados funcionais das mesmas na instituição, a partir do qual foi possível fazer um quadro comparativo, através das entrevistas com as profissionais pode-se ainda confirmar as atividades desenvolvidas, ou seja, como o trabalho das assistentes sociais influencia na saúde das mesmas. Em suma, o trabalho é uma forma de subsistência, mas precisa ser realizado de maneira não agressiva para garantir qualidade de vida do trabalhador e para que o mesmo não se sinta infeliz.

***PARTE I***  
***A SAÚDE DO TRABALHADOR***

## **1. SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTO TEÓRICO-HISTÓRICO**

Para discutir saúde do trabalhador é preciso entender que a mesma tem relação direta com a saúde e também com as condições de trabalho. Nessa compreensão segundo Escorel (2006), a saúde é uma explicitação das condições de igualdade social na medida em que a mesma é determinada por um conjunto de direitos, é também a “(...) medida de existência em si, pois lida com a vida e com a morte – assim como outros direitos sociais, é um elemento potencialmente revolucionário e de consenso” (ESCOREL, 2006, p. 183).

De acordo com Buss (2000) proporcionar saúde significa não só evitar doenças e prolongar a vida, mas assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida da pessoa, a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos. Nesse sentido, a nova concepção de saúde implica uma visão afirmativa, que a identifica com o bem-estar e qualidade de vida do ser humano.

Também conforme o SUS em seu Artº 3º “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

É importante citar que, de acordo com a Constituição Federal de 1998 Artº 196 “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A saúde do trabalhador é abordada nesta pesquisa, implicando uma discussão sobre trabalho, saúde e os desdobramentos que o mesmo acarreta para a qualidade de vida do ser humano, uma vez que é no processo de trabalho que se pode desencadear doenças relacionadas ao mesmo, ou seja, há comportamentos, posturas e ritmos na execução de determinadas tarefas específicas às atividades laborais. Diante disso, compreende-se como trabalho “a mediação entre o homem e a natureza. Por meio do trabalho o homem transforma a si mesmo, porque nesta relação planeja, faz projetos, representa mentalmente os produtos que quer transformar” (ROCHA & FRITSCH, 2002, p.58).



Dessa forma “(...) o trabalho não é apenas um modo de produzir bens de subsistência, mas é igualmente um modo de reconhecimento mútuo” (KAUFMANN, 2002, p.32). Para Albornoz (2004) o trabalho constitui uma operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura. Diante disso é o homem em ação para sobreviver. Nessa perspectiva, para a realização de uma ação é preciso que o homem esteja bem fisicamente, assim, o processo de saúde estar ligado ao processo doença.

Nessa concepção é que a saúde do trabalhador, sendo um termo novo, emergiu no Brasil nos anos 80 como nova forma de apreender a relação trabalho-saúde. Dessa forma a saúde do trabalhador visa intervir:

(...) nos ambientes de trabalho e conseqüentemente de introduzir, na saúde pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no bojo das propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Configura-se um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais-particularmente do pensamento marxista – amplia a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. (Gómez e Costa 1997, p. 25)

Para entender a saúde do Trabalhador é importante referenciar a trajetória da Medicina do Trabalho, a qual estava centralizada na figura do médico e era orientada por uma teoria de unicausalidade, ou seja, para cada doença havia um agente etiológico.

Segundo Mendes e Dias (1991), a medicina do Trabalho, enquanto especialidade médica surgiu na Inglaterra com a Revolução Industrial, período em que havia um grande contingente de mão-de-obra. Nessa época a força de trabalho humano foi inserida no processo acelerado e desumano de produção e o trabalhador se tornou apenas uma parcela da produção geral, perdendo o domínio sobre o produto final do seu trabalho. Esse processo industrial passou a exigir muito dos trabalhadores. Os mesmos tinham que se submeter a longas jornadas de trabalho, como é afirmado por Marx:

(...) processo de trabalho compreende aqui, além das 24 horas dos 6 dias úteis da semana, em grande parte dos casos também às 24 horas do domingo. Os trabalhadores são homens e mulheres, adultos e crianças de ambos os sexos. A idade das crianças e das pessoas jovens percorre todas as etapas intermediárias dos 8 anos (em alguns casos, dos 6) até os 18. Em alguns ramos, as meninas e as mulheres trabalhavam também à noite junto com o pessoal masculino. (Marx, 1988, p. 291)

Nessa situação o trabalho era determinado especificamente pela exploração da mão-de-obra, pois não se levava em consideração a saúde do trabalhador. Diante dessa realidade foi exigida uma intervenção para que houvesse mudança no processo de saúde dos trabalhadores, uma vez que, o trabalho desenvolvido era resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção.

Esse trabalho desumano resultante, com maior particularidade, da Revolução Industrial, a qual passou a estruturar a mão-de-obra como mais uma engrenagem da máquina, não proporcionando aos trabalhadores nenhum cuidado médico, esse, por sua vez, era propiciado por instituições filantrópicas. Assim, de acordo com Mendes e Dias (1991), a efetivação da Medicina do Trabalho deu início quando Robert Dernham, proprietário de uma fábrica, percebendo que aos seus trabalhadores não era garantido cuidado à saúde; os mesmos só eram amparados pelas instituições de filantropias ele procurou ajuda de seu médico, o Dr. Robert Baker, para que o mesmo indicasse de que maneira poderia solucionar tal problema. A proposta foi a seguinte: colocar um médico no interior da fábrica para que o mesmo servisse de intermediário entre o dono da fábrica e os operários. Esse médico teria a tarefa de visitar sala por sala do ambiente de trabalho para que fosse identificado o efeito do trabalho sobre as pessoas.

E assim ocorreu, Robert Dernham contratou o seu próprio médico para trabalhar em sua fábrica têxtil, surgindo então em 1830 o primeiro serviço de medicina do trabalho. As finalidades desses serviços era caracterizada por:

- Serviços que fossem dirigidos por pessoas de inteira confiança do proprietário e que a pessoa com essa função se dispusesse a defender o empresário;
- Esses serviços seriam centrados na pessoa do médico;
- A prevenção dos danos, proveniente do trabalho, à saúde do operário deveria ser de inteira responsabilidade do médico, assim como a ocorrência dos problemas de saúde do trabalhador.

A implantação desse tipo de serviço logo conquistou espaço no mundo, expandindo-se para outros países inclusive para os países periféricos, porém ao longo dos anos observaram-se a ineficiência da medicina do trabalho em

virtude dos problemas de saúde ocorridos pelo processo de trabalho e também da insatisfação dos trabalhadores por se sentirem objetos e não pessoas para os empregadores.

O contexto econômico e político da guerra e pós-guerra, segundo Mendes e Dias (1991) provocou a perda da vida de várias pessoas em detrimento dos acidentes de trabalho e das doenças ocasionadas no mesmo, com isso começou a preocupar os empregadores que necessitavam da mão-de-obra produtiva e também as companhias de seguro que sofriam com tantas indenizações decorrentes de incapacidade provocada pelo trabalho.

Também vale ressaltar que pelo fato da tecnologia industrial ter evoluído muito e de forma acelerada com os novos processos industriais, novos equipamentos, produtos químicos etc., diante desses desdobramentos e dos problemas ocasionados pelo processo de produção a medicina do trabalho se mostrou ineficiente para intervir.

Para solução do problema houve a ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, sendo assim utilizada para intervenção o instrumental oferecido por outras disciplinas. É nesse contexto que inicia a Saúde Ocupacional, caracterizada pela interdisciplinaridade, a mesma surge dentro das grandes empresas com organizações de equipes multiprofissionais, dando ênfase na higiene industrial e buscando intervir nos locais de trabalho objetivando assim controlar os riscos ambientais. Mas é necessário frisar que, mesmo diante de tantas perspectivas de mudança, esse modelo de saúde ocupacional desenvolvido para atender a necessidade de produção, não conseguiu atingir os objetivos propostos.

Os fatores que contribuíram para sua ineficiência segundo Mendes e Dias (1991), foram em virtude de:

- O modelo da Saúde Ocupacional se manter firmado no mesmo referencial da medicina do trabalho, baseado no mecanicismo;
- A proposta da interdisciplinaridade não se concretizava, mas as atividades realizadas se realizavam desarticuladas;

- A produção de conhecimento e tecnologia assim como as capacitações de recursos humanos não conseguia acompanhar o ritmo de transformação dos processos de trabalho;
- A Saúde Ocupacional era mantida no âmbito do trabalho e não no setor da saúde.

Ainda nesse modelo, predominava a concepção positivista de que a medicina teria ampla autonomia e estaria no mesmo nível que o econômico, o político e o educacional, mediante essa compreensão é afirmada a teoria da multicausalidade do processo saúde-doença, o qual era considerado o fator de risco do adoecer e morrer com o mesmo valor de agressão.

Porém, essa concepção teórica começa a ser questionada a partir da década de 60, assim como o intenso processo de discussões teóricas e de práticas alternativas, com isso irá surgir à teoria da determinação social do processo saúde-doença, em que coloca a centralidade no trabalho enquanto organizador da vida social o que contribui para aumentar as críticas à medicina do trabalho e a saúde ocupacional.

Nesse processo, as referidas críticas tornaram-se mais fortes em virtude do surgimento de programas de assistência aos trabalhadores, pois os mesmos contribuíam para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde e também instrumentalizava os trabalhadores para reivindicarem por melhores condições de saúde.

Dessa forma, os trabalhadores passavam a expressarem desconfiança nos procedimentos técnicos e éticos dos profissionais dos serviços da saúde ocupacional. Nesse momento a participação do trabalhador em questões de saúde torna-se expressivo e põe em xeque os procedimentos utilizados pela saúde ocupacional<sup>1</sup>.

Mediante essas questões e as modificações dos processos de trabalho tanto em nível macro e micro, com a terceirização da economia e a automação e informatização respectivamente, assim como as doenças relacionadas ao trabalho foram dando lugar o que hoje se chama de saúde do trabalhador, esta

---

<sup>1</sup> Esses procedimentos são referentes a exames médicos.

considerada como “(...) um novo campo em construção no espaço da saúde pública” (MENDES & DIAS, 1991, p. 347).

A saúde do trabalhador “compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares técnicas, sociais, humanas e interinstitucionais, desenvolvidos por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum” (GOMES & COSTA, 1997, p. 25).

Assim, de acordo com Gomes & Costa (1997) a saúde do trabalhador surge como uma nova forma de apreender a relação trabalho-saúde e como intervir nos ambientes de trabalho, a mesma também amplia a visão da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. A saúde do trabalhador é:

- No campo do conhecimento é uma construção que combina interesses em determinado momento histórico;
- No campo da investigação adota determinados métodos de análises;
- É uma área de intervenção que exige uma teorização dialética e uma interdisciplinaridade como algo intrínseca.

Segundo Freire (2000) a saúde do trabalhador manifesta-se no estado biopsíquico e se relaciona com as condições materiais e sócio-políticas presentes no processo e condições de trabalho e de vida do trabalhador.

Portanto, ela se esforça para entender e intervir no processo de trabalho em relação à saúde e a doença. É importante evidenciar que a saúde do trabalhador hoje é referenciada pela Lei nº 8.080 do Sistema único de Saúde, a qual compete executar através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção a saúde dos trabalhadores da mesma forma que à recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador submetida aos agravos decorrentes das condições do trabalho.

O SUS tem hoje essa competência em virtude da Constituição de 1998 ter retirado o assunto saúde do trabalhador do campo do Direito do Trabalho para inserir no campo do Direito Sanitário, essa mudança se deu em virtude da compreensão de que a saúde é um direito e não algo para ser negociado. Nessa compreensão a saúde do trabalhador deve ser pensada de forma séria,

pois hoje se vê cada vez mais doenças decorrentes do processo de trabalho e que podem gerar redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho ou mesmo levar à morte.

## *1.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E DOENÇAS OCUPACIONAIS*

As doenças ocupacionais são ocasionadas mediante exposição do trabalhador aos riscos da atividade que ele esteja desenvolvendo. A manifestação dessas doenças prejudica a produtividade do trabalhador e sua qualidade de vida, interferindo até mesmo na sua vida social. As doenças ocupacionais podem ser causadas por diferentes agentes, estes podem ser:

- Causadas por fatores Físicos (decorrentes de temperatura, ruídos e vibrações);
- Químicos (produtos utilizados nas industriais);
- Biológicos (Vírus, fungos e bactérias).

De acordo com Elizabeth Dias (2001) existem várias doenças relacionadas ao trabalho, são elas: doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias (tumores), doenças do sangue e dos órgãos, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e do comportamento, doenças do sistema nervoso, doenças dos olhos, doenças do ouvido, doenças do sistema circulatório, doenças do sistema respiratório, doenças do sistema digestivo, doenças de pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do sistema gênito-urinário e traumatismos, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. As doenças mais comuns são:

- Perda auditiva relacionada ao trabalho (PAIR);
- Doenças das vias aéreas;
- Intoxicações exógenas;
- LER E DORT - Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho;

→ Dermatoses Ocupacionais;

→ Asma Ocupacional;

→ Distúrbios químicos.

Essas formas de agravos à saúde do trabalhador têm ocorrido com intensidade mediante a introdução de novos processos de trabalho, pois a nova tecnologização e globalização veio acarretar mudanças na produção, organização e conseqüentemente na qualidade de vida do trabalhador.

### *1.3 AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO NO SISTEMA CAPITALISTA E O SERVIÇO SOCIAL*

De acordo com Oliveira (1998) as transformações que o sistema capitalista veio sofrendo nas últimas décadas trouxeram conseqüências tanto no processo de produção quanto no trabalho e nas suas estratégias de organização. Uma das conseqüências foi à globalização, fase da internacionalização da economia em nível mundial.

No contexto da globalização houve a revolução tecnológica cuja base é a pesquisa científica, as quais associadas à produção provocaram profundas alterações nas forças produtivas que possibilitou cada vez mais a produtividade do trabalho. Ainda segundo Oliveira (1998) o ponto de destaque deste processo produtivo foi a substituição da automação mecânica pela eletrônica. Na verdade, trata-se da inserção da tecnologia de informação como algo central no processo de valorização da produção no capitalismo contemporâneo. Assim, com o uso de computadores, do cabo de fibra ótica e da internet foi possível à melhoria de técnicas de produção, mas também de gestão no ambiente de trabalho. Com essas mudanças sucedeu o que Oliveira chamou de reestruturação do mercado de trabalho, representada pela robotização que veio substituir o trabalho humano.

Para compreender essas mudanças é preciso observar, de um lado, as alterações ocorridas no mercado de trabalho, seja pela redução do trabalho humano concreto, seja pela sua precarização. Oliveira (1998) afirma que a chamada produção flexível exige um trabalhador:

(...) polivalente, altamente qualificado, com grau mais alto de responsabilidade e de autonomia, recompensado em seu trabalho porque estimulado pela própria reestruturação do processo produtivo a desenvolver sua imaginação criativa anteriormente atrofiada por um sistema de produção que fazia dele um mero apertador de botões ou um parafusador (OLIVEIRA, 1998, p. 168).

O trabalhador polivalente, segundo Antunes (2006) caracteriza-se pelo uso cada vez mais de inovações tecnológicas como a robótica, a automação e a microeletrônica. Sob este mesmo paradigma ocorre mudança nas formas de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho mediante a “(...) expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado, que marca a sociedade no capitalismo avançado” (Idem, p.).

Enquanto que para Yamamoto (2004) esse trabalhador polivalente é aquele que é chamado a exercer diversas funções, no mesmo tempo de trabalho e com o mesmo salário.

Nesse sentido, busca-se incorporar a iniciativa e a criatividade do trabalhador ao processo de produção, assim como empregar cada vez mais a força de trabalho flexível, ou seja, aquela que pode alterar facilmente suas ações/atividades de acordo com o próprio movimento de valorização do capital, ou seja, que possa se adaptar até nos momentos mais difíceis do processo produtivo.

De acordo com Santos (2005) o aprendizado de novas técnicas integra-se à angústia e à ansiedade de ser um trabalhador polivalente e que esteja preparado para o pleno funcionamento da empresa a qual trabalha. Sob essa nova exigência ao trabalhador acentua a necessidade de uso das faculdades cognitiva e mental, pois há maior atenção na atividade desenvolvida, em que a mesma pode envolver números, cálculos, além de acessórios como teclados e monitores para facilitar a rapidez no resultado do trabalho.

Diante disso, Oliveira (1998) afirma que o trabalho foi e é até agora o elemento central no processo de automação, de integração social e também do caminho de ascensão social. Nessa perspectiva, o trabalho se coloca como fonte de satisfação das necessidades do homem. Assim, é na atividade laborativa que: “(...) o ser humano ultrapassa-se como ser puramente natural, adquire consciência, produz conhecimento, constrói socialmente e, tornando-se



membro de uma coletividade, dá origem à regulamentação da sua convivência social, ou seja, cria a moral” (FORTI, 2006, p. 46).

#### *1.4 ÉTICA E TRABALHO NA GLOBALIZAÇÃO: NOVAS DEMANDAS AO SERVIÇO SOCIAL.*

No exercício do trabalho é importante ser ético tanto no fazer profissional como nas relações interpessoais, no entanto Oliveira (1998) ressalta que os processos de racionalização do trabalho implementados hoje tendem a reduzir o fator humano da produção por considerar o mesmo um fator de instabilidade e perturbação. Esta solução afasta, em grande medida, a ética da problemática da produção. Outro fator também referenciado para a perda da dimensão ética é a destruição das formas de organização do trabalho.

O debate da concepção ética na ação humana em busca de suprir as necessidades básicas implica em reflexões da seguinte forma:

(...) como articular, a partir das tendências estruturais da nova configuração de um sistema econômico globalizado, um projeto de desenvolvimento que tenha como objetivo fundante a efetivação da dignidade e dos direitos elementares do ser humano (...). (OLIVEIRA, 1998, p.192).

Isto mostra a lógica excludente que se torna absolutizada, quando o mercado é considerado o mecanismo único de coordenação da economia moderna. Com a revolução tecnológica, mesmo com suas consequências, possibilitou a superação daquilo que marcou a sociedade do trabalho, a chamada acumulação de riqueza de modo individualizado, embora na contramão do processo haja cada vez mais socialização do processo de produção na contra face da concentração da riqueza produzida em diferentes territórios do planeta.

Com esse processo e sob as mazelas do sistema capitalista surge o Serviço Social como profissão vinculada a resolutibilidade da questão social. De acordo com Netto (2001), a profissionalização nessa área não é mera consequência da qualificação e de ações que, mediante a filantropia e o assistencialismo, dirigiam-se à questão social como afirma alguns estudiosos,

mas à profissão correspondente a determinadas estratégias do capital em um período específico, a era dos monopólios (*apud* FORTI, 2006, p.50).

Nesse sentido, para a compreensão dessa afirmação é importante entender a gênese e o percurso histórico do Serviço Social. No Brasil, em particular, a configuração dessa profissão é atravessada pelo debate sobre a ética, como elemento essencial ao tratamento da pobreza originada da exploração do trabalho e das riquezas naturais.

Portanto, o Serviço Social no Brasil recebeu um caráter humanista advindo da Europa que possuía “formulações vinculada ao pensamento sociológico conservador em conexão com a doutrina social da Igreja Católica (...)”(FORTI, 2006, p. 54). Assim a profissão foi referenciada inicialmente por um posicionamento moralizador frente às expressões da questão social.

Porém, é importante ressaltar que ao longo dos anos no Brasil o Serviço Social se institucionalizou enquanto profissão, reconhecida na divisão social do trabalho. Isso se deu segundo lamamoto (2004) pela criação das grandes instituições assistenciais e autárquicas, especialmente na década de 40, em que o período foi marcado por um Estado corporativista e também por uma política favorável a industrialização<sup>2</sup>.

lamamoto (2004) afirma ainda que a estrutura corporativa no enquadramento das novas forças sociais da época exigia a articulação da repressão e da dinamização dos movimentos populares, uma vez que o Estado não permitia a mobilização e a organização do proletariado. Foi nesse contexto que surgiu as grandes instituições assistenciais. O Estado passou a intervir na regulamentação do mercado de trabalho e no controle da sociedade, através da política salarial e sindical.

Nesse período o Serviço Social ainda era embrionário, no que dizia respeito à intervenção social, pois a profissão estava muito ligada a ações em obras assistenciais, as quais lhe tinham dado origem. Todavia é com o surgimento das grandes instituições que o mercado de trabalho, para o Serviço

---

<sup>2</sup> Industrialização iniciada na década de 30.

Social, é ampliado. As ações de filantropia e caridade passam a se configurar como profissão e tornam-se uma atividade institucionalizada na medida em que são legitimadas pelo Estado. É a partir dessa imersão no Estado que o Serviço Social inicia uma trajetória de ruptura com o estreito quadro de sua origem.

Vale afirmar que, “a legitimação da profissão virá, também, do mandato institucional confiado ao assistente social, direta ou indiretamente, pelo o Estado. Amplia-se e solidifica-se, assim, a legitimação do Serviço Social pelo poder” (IAMAMOTO, 2004, p.93-94). Segundo essa autora a profissionalização do assistente social leva à constituição de uma categoria assalariada, tornando-se uma das engrenagens de execução das políticas sociais do Estado. Dessa forma, o assistente social dispõe de um suporte institucional e jurídico para se impor perante a demanda atendida. No exercício profissional o assistente social está vinculado:

(...) as organizações estatais, paraestatais ou privados, dedicam-se ao planejamento, operacionalização e viabilização dos serviços sociais à população. Exerce funções tanto de suporte à racionalização do funcionamento dessas entidades, como funções técnicas propriamente ditas. Do ponto de vista da demanda, o Assistente Social é chamado a constituir-se no agente intelectual de ‘linha de frente’ nas relações entre instituição e população, entre os serviços prestados e a solicitação desses mesmos serviços pelos interessados. (IAMAMOTO, 2004, p. 100)

Como afirma Forti (2006) é no decorrer do processo histórico-social e das condições que configuraram a realidade brasileira e mundial que a busca pela cientificidade torna-se um imperativo para a profissão teórica.

Diante dessa compreensão, na década de 1960, surgiu um movimento crítico denominado Movimento de Reconceituação que trouxe inúmeros questionamentos acerca da sociedade e da prática do assistente social. Com esse movimento passa a ser questionado a neutralidade da profissão e também a operacionalização dos programas de Desenvolvimento de Comunidade que existiam na época, os profissionais passam a priorizar discussões referentes à metodologia do instrumental e assim a ter uma visão crítica e politizada da realidade.

Nessa perspectiva, conforme afirma Iamamoto (*Op. Cit*) o assistente social é um trabalhador assalariado que, nos limites das instituições, possui a

possibilidade de materialização da relativa autonomia na execução do seu trabalho. Isso porque precisa articular suas ações com a demanda atendida mediante a burocratização institucional existente onde exerce a profissão.

Iamamoto (2004) ressalta ainda que o Serviço Social, enquanto profissão da divisão do trabalho não é sempre coberta nas suas dimensões e possibilidades pela prática profissional e que por isso não se deve reduzir o espaço institucional a uma prática burocratizada e tarefaira.

A autora entende que a concepção do novo espaço profissional não pode estar voltada ao trabalho nas brechas e nos enganos, mas que o novo está no apropriar-se teórica e praticamente, assim como das possibilidades reais efetivas apresentadas em conjunturas nacionais particulares. Segundo essa autora é um processo resultante das lutas dos movimentos sociais. Assim, ao apropriar-se dessas possibilidades traduziria em respostas profissionais criativas e críticas.

Mediante esse entendimento é que o assistente social precisa articular suas ações no contexto em que estiver inserido. Faleiros entende que a profissão do Serviço Social:

É um movimento de articulação de saberes, de luta por espaços e ao mesmo tempo é regulamentação e corporação. Esse ponto de vista incorpora tanto a visão regulamentadora de uma atividade, a partir da regulamentação do trabalho de um grupo de pessoas que atua numa área determinada, expressa em lei, relativo à presença de um saber ou conhecimento específico reconhecido e de um objeto disciplinar no contexto de divisão social do trabalho, historicamente em movimento nas relações políticas e econômicas. Não há profissão legítima sem reconhecimento legal (...) só existirá profissão reconhecida se existir conhecimento articulado e sistematizado dessa área e um poder capaz de fazê-lo valer socialmente por meio de legitimidade compartilhada ou conquistada. (FALEIROS, 2006, p. 35)

Faleiros (2006) também afirma que o pensar dialético das profissões sobre movimento, organização e saber necessita de uma análise concreta da realidade na qual possui uma pluralidade de dimensões da ação profissional com as organizações, na relação com os usuários e os demais segmentos. Sendo assim, para essa análise é preciso ter conhecimento da dimensão política existente, pois a mesma também está presente nos diferentes momentos da intervenção profissional, seja nos conflitos ou nas relações individuais e coletivos, assim como nas mais gerais.

Como existe uma pluralidade<sup>3</sup> de dimensões na intervenção profissional torna-se um desafio repensar novas relações profissionais mediante a correlação de forças presente em uma instituição, mas o importante é que não se perca a capacidade de crítica, de buscar a mudança, pois esse é o desafio mais importante e difícil. Assim, é imprescindível que o profissional qualificado saiba articular e dialogar com aqueles que fazem parte do seu contexto de atuação, utilizando-se da linguagem para realizar atividades importantes no seu ambiente de trabalho e em qualquer área onde esteja inserido, ou seja, nas “mais variadas expressões da questão cotidiana, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc.” (IAMAMOTO 2004, p.28)

Conforme Boutet (*apud* SILVA, 2002, p.61) a atividade de linguagem e a atividade de trabalho estão estreitamente ligadas, ambas transformam o meio social e permitem trocas e negociação entre os seres humanos.

A valorização da informação se deu segundo Silva (2002) devido à automação e informatização dos meios de produção onde o funcionalismo cotidiano e rotineiro nas diferentes organizações de trabalho baseia-se cada vez mais nas atividades simbólicas. Atualmente, “(...) fala-se cada vez mais de comunicação externa e interna, de intercompreensão, de participação; nesse contexto, o mal entendido, o não-dito, a interpretação inadequada, a retenção de informações influi nas relações de trabalho” (SILVA, 2002, p.61).

É por isso que em uma intervenção profissional é importante o falar; a forma de abordar e explicar precisam ser trabalhados para que o outro consiga receber a informação corretamente, por isso que Fanta (2002) descreve que em uma interação seja entre médico e paciente, professor e aluno ou entre profissionais podem ser apreendidas as formas linguísticas, as configurações apreendidas em uma fala podem ser correlacionadas as mais sutis situações. Com isso a ação do profissional precisa ser reflexiva, Para isso Guerra (2007) coloca que, é preciso que a intervenção seja reflexiva e eficaz articulando dinâmicas de conhecimentos, saberes e habilidades, valores e posturas. Para essa postura o profissional precisa ser engajado e comprometido.

---

<sup>3</sup> Segundo Faleiros (2006) essa pluralidade é articular ou regular recursos e problemas.

Mas não se pode ocultar a existência de diversos projetos no interior da profissão, as suas diferenças, divergências éticas, sociopolíticas e mesmo o grau de influência que as diferentes tendências exercem no conjunto da profissão porque cada uma delas possui uma forma de interpretar a natureza e o significado da profissão na divisão social e técnica do trabalho.

Os diferentes projetos mencionados por Guerra (idem) são projetos profissionais que se organizam em torno de um conjunto de conhecimentos teóricos e de conhecimento interventivos.

Para uma prática profissional que vai além do imediatismo é necessário que esse projeto profissional seja crítico as atividades do cotidiano, esse tipo de projeto propõe um conjunto de referências prático-instrumentais, ele traz também no seu interior:

(...) determinada forma de conceber as funções do Estado e o papel das políticas sociais, como a mediação necessária para impor limites ao processo de mercantilização da vida social, normativa as formas de estabelecer relações com o usuário dos serviços e das políticas sociais; de viabilizar direitos, de organizar e mobilizar a participação dos indivíduos, grupos e populações na vida das instituições, no planejamento e nas decisões institucionais (...). O resultado dessa postura permite que o assistente social estabeleça determinada relação com o Estado, cobrando sua intervenção direta, sistemática e contínua nas expressões da questão social, via políticas sociais públicas, consideradas como direito de cidadania, já que é conquista dos trabalhadores. (GUERRA, 2002, p. 21):

Considerando essa lógica, surge a necessidade de um profissional comprometido com a qualidade de seus serviços. O seu fazer profissional ao longo da sua origem sofreu mudanças nos serviços, principalmente na atualidade porque esses serviços têm sido incorporados à lógica da produção capitalista alterando as relações de trabalho, assim como as formas de sociabilidade. Nesse contexto, o exercício profissional também é incorporado às novas exigências do mundo burguês, exigindo-lhe competência, eficiência, dinâmica e versatilidade. Isso faz com que o mesmo interaja ainda mais com as novas tecnologias existentes para dar conta dos seus serviços. Essa nova dinamização do trabalho acarreta de alguma forma na saúde do trabalhador, diante dessa compreensão serão analisados os impactos do trabalho na saúde de algumas profissionais que atuam no Hospital Ophir Loyola.

***PARTE II***  
***HOSPITAL OPHIR LOYOLA***

## **2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA: RETROSPECTIVA HISTÓRICA**

### **2.1 FUNDAÇÃO DO INSTITUTO OPHIR LOYOLA**

A história do atual Hospital Ophir Loyola teve início em 06 de outubro de 1912 com a denominação Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará<sup>4</sup>, o qual tinha por finalidade auxiliar crianças desamparadas. O Instituto teve como fundadores, o pediatra Ophir Pinto de Loyola<sup>5</sup> (1886-1934), Nogueira de Farias e Raimundo Proença. Eles buscavam sensibilizar a sociedade paraense bem como recorriam à caridade pública e aos órgãos governamentais para doações para a entidade de caráter privado-filantrópica.

É importante salientar que o referido Instituto, no ano de 1919, foi reconhecido enquanto utilidade pública pelo Governo do Estado, através do Decreto Lei nº 3877 e, posteriormente, pelo Governo Federal, através do Decreto Lei nº 888 três décadas depois.

No ano de 1934, com a morte de Ophir Loyola, o Instituto passou a obter a designação Instituto de Assistência à Infância Ophir Loyola em homenagem ao seu fundador.

Este instituto foi ampliando suas atividades relacionadas à saúde em função das demandas, o que acarretou mudança quanto ao atendimento assistencial inicialmente implementado. Em consequência dessa ampliação foram criados vários departamentos, entre eles o Departamento de Câncer, que iniciou suas atividades em setembro de 1949<sup>6</sup>.

A metodologia de atendimentos baseava-se inicialmente na matrícula do usuário ao Departamento e, posteriormente esses eram encaminhados ao clínico para que fosse realizada a ficha médica geral, diagnosticado o problema de saúde, os pacientes eram direcionados as especialidades médicas. Como

---

<sup>4</sup> Inicialmente foi localizado na rua Lauro Sodré o que hoje chama-se Ó de Almeida, no centro de Belém. Posteriormente foi transferido para a Avenida Independência, atual Magalhães Barata onde ficaram concentradas todas as atividades do instituto.

<sup>5</sup> Natural do Estado do Maranhão, formado pela antiga escola de Medicina do Rio de Janeiro, Ophir Loyola foi uma pessoa que lutou para o crescimento do Instituto.

<sup>6</sup> É importante mencionar que a realização cirúrgica de câncer era realizada no prédio Eugênio Soares localizado na Av. Osvaldo Cruz (Praça da República).



parte dessa metodologia os pacientes eram encaminhados também ao Serviço Social e aos tratamentos complementares conforme recomendação médica.

O reconhecimento dos serviços de saúde ofertados gerou um crescimento em relação ao o espaço físico, pois o Departamento ocupava apenas duas salas da sede do Instituto. O que levou a uma cooperação deste com o Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará para que não fosse interrompido o atendimento e tratamento dos usuários, funcionando, portanto, em forma de rede. Isto levou a uma posterior articulação com o recém criado Hospital dos Servidores do Estado do Pará, criado pela Lei nº 2.114, em 29 de dezembro de 1960.

O funcionamento do Hospital dos Servidores deu início em 1º de março de 1961 utilizando as instalações<sup>7</sup> do Instituto Ophir Loyola, tendo inicialmente um total de 107 leitos e 174 funcionários: entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem etc. Com o seu funcionamento, ao longo dos anos, foi observado os limites do hospital, sendo necessário a ampliação e melhoria do mesmo. Este último, subordinado a SESMA dava assistência médica hospitalar a civis e militares e, facultativamente, as outras pessoas, conforme estabelecido pelo o Regimento Interno do mesmo.

A ampliação do hospital foi efetivada no Governo de Alacid Nunes, tendo em vista criar novas especialidades além de aumentar o nº de leitos.

O hospital passou por diversas mudanças ao longo dos anos conforme as informações do quadro seguinte.

---

<sup>7</sup> O Hospital dos Servidores desenvolvia suas atividades no espaço físico do Ophir Loyola mediante convênio firmado entre os dois em 16 de outubro de 1962 por um período de 30 anos. Foi através desse convênio que se incorporou troca de serviços entre os mesmos.

**Quadro 1: Demonstrativo das mudanças do HSE**

Anos	Acontecimentos
1962	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalação da enfermaria destinada à clínica Ortopédica e Traumatológica;</li> <li>• Instalação do Departamento de Medicina Interna.</li> </ul>
1964	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convênio entre o Governo, IOL e Prefeitura Municipal de Belém a qual passou a internar no HSE os funcionários municipais;</li> <li>• Instalação do pavilhão de Patologia;</li> <li>• Reforma da cozinha;</li> <li>• Aumento do nº de leitos.</li> </ul>
1965	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efetivação das internações dos funcionários municipais e seus dependentes.</li> </ul>
1967	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalação e início da atividade cardiovascular;</li> <li>• Inauguração do pavilhão com a inserção da bomba de cobalto e também um novo bloco de leitos;</li> <li>• Criação do centro de nefrologia;</li> <li>• Inauguração do CTI e ambulatório;</li> </ul>
1968	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação e novas instalações pediátricas;</li> <li>• Funcionamento dos três novos equipamentos de radiodiagnóstico.</li> </ul>
1969	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquisição da unidade de rim artificial;</li> <li>• Inauguração do serviço de arquivo médico e Estatístico e do serviço de radiologia.</li> </ul>
1970	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalação da unidade de rim alcançada no ano anterior;</li> <li>• Criação do Centro de nefrologia ligado a clínica médica;</li> <li>• Início da utilização do novo centro obstétrico;</li> <li>• Inauguração de duas incubadoras; Reforma na clínica cancerológica.</li> </ul>
1971	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doação do Governo japonês um completo equipamento de endoscopia.</li> <li>• Aquisição de uma completa bancada de manipulação de substâncias radioativas através da Superintendência do Departamento da Amazônia (SUDAM).</li> </ul>
1973	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção do novo setor de radiologia;</li> <li>• Previsões para edificação de novas dependências do Banco de Sangue.</li> </ul>
1977	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destacou-se o setor voltado para o campo do ensino e aperfeiçoamento médico;</li> <li>• Realização da I Jornada dos Médicos Residentes do HSE e II Jornada de Doutorandos da Faculdade Estadual de Medicina do Estado do Pará.</li> </ul>
1978	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O hospital enfrentava problemas financeiros e por isso não foi possível a construção da Unidade de Tratamento Intensivo, O Centro de Estudos e a residência dos respectivos componentes do sistema de médicos.</li> </ul>

Fonte: Elaboração dos autores com base em pesquisa documental no hospital, Nov/ 2007.

Nos anos 90 o hospital deixa de priorizar o atendimento aos servidores e passa a fazer parte da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

A conquista do Sistema Único de Saúde foi uma luta de movimentos sociais pela saúde que se deu no Brasil na década de 70, a qual objetivava proposta de mudanças do Sistema de Saúde para que o mesmo oferecesse o acesso à saúde em nível universal, tendo em vista que havia uma dicotomia nos serviços oferecidos. Para Campos (2006) a saúde pública cuidava dos problemas coletivos como epidemias e a vigilância e regulamentação de aspectos da vida econômica e social que interessassem à coletividade, todavia a doença e o atendimento eram considerados assuntos de caráter privado. Nesse contexto, o Movimento Sanitário Brasileiro organizou-se a partir de setores de classe média, por militantes de várias profissões, e ainda por segmento de professores, alunos e pesquisadores. Esse movimento foi:

(...) um movimento que produziu uma interpretação dos problemas sanitários e gerou proposta para superá-los que ganharam influência muito além de suas fileiras. Em alguma medida, poderia também ser caracterizado com uma intelectualidade orgânica, no sentido definido por Antonio Gramsci, porque foi capaz de produzir um projeto político de saúde que ultrapassava seus interesses corporativos, contribuindo para a constituição de um bloco histórico que jogou papel fundamental na transformação do SUS em política oficial do Estado brasileiro (CAMPOS, 2006, p.139).

Assim, com a Constituição Federal em 1988 o SUS foi regulamentado pela Lei 8.080 de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, contribuindo para a alteração de toda a rede de saúde no estado do Brasil e do Pará.

## *2.2 O HOSPITAL OPHIR LOYOLA NA ATUALIDADE*

Hoje, o Hospital Ophir Loyola tem como missão prestar atendimento na prevenção, manutenção e recuperação da saúde às pessoas com patologias crônico-degenerativas em especial àquelas relativas à oncologia. O hospital é referência no tratamento oncológico da rede pública de saúde do Estado do

Pará, oferecendo serviços em pediatria, neurocirurgia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, radioterapia, quimioterapia entre outros. O mesmo é uma instituição de média e alta complexidade que disponibiliza 240 leitos, sendo que 213 estão funcionando normalmente e os demais estão em processo de reforma para o atendimento da demanda proveniente da zona urbana e rural e também de outros Estados.

**Quadro 2: Especialidades e serviços do HOL**

Abdômen	Mastologia	Endoscopia
Clínica Médica	Nefrologia	Diagnóstico por Imagem
Cabeça e Pescoço	Neuroclínica	Hemodinâmica
Clínica Cirúrgica	Neurocirurgia	Infectologia
Cirurgia Reparadora	Otorrinolaringologia	Laboratório de Análises Clínicas
CTI	Oftalmologia	Medicina nuclear
Cirurgia Cardíaca	Pediatria cirúrgica	Patologia
Cirurgia torácica	Pediatria Clínica	Pequenas cirurgias
Ginecologia	Tecidos Conectivos	Quimioterapia
Hematologia	Urologia	Radioterapia

Fonte: Elaboração dos autores com base na pesquisa documental na biblioteca do hospital, nov/2007.

Vale ressaltar que o Ophir Loyola dispõe ainda do serviço de urgência/emergência para os pacientes cadastrados no hospital, caso os mesmos tenham alguma intercorrência de saúde.

Atualmente a direção do hospital fica a cargo de Laura de Azevedo Rousset, tendo como diretor clínico e administrativo João de Deus e Helena Moscoso respectivamente. Porém, é importante frisar que, havendo o término do convênio firmado entre o Instituto Ophir Loyola e o Hospital dos Servidores em 1995, por definição do Governador Almir Gabriel foi realizado a fusão administrativa entre as duas instituições, através da criação de uma nova instituição, ou seja, a Empresa Pública Ophir Loyola - EPOL sob o Decreto Lei nº 5.945 de 02 de fevereiro de 1996. No entanto, a junção entre as duas instituições na prática ocorre somente no nome, pois internamente existem funcionários que são ligados ao Instituto Ophir Loyola-IOL e outros que são do

Hospital Servidor do Estado-HSE<sup>8</sup>, ou seja, a instituição não possui ainda um único Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica -CNPJ.

O hospital Ophir Loyola fez em outubro de 2007, 95 anos, para comemoração foi realizada uma programação especial para funcionários e público em geral em comemoração a data com o tema “UM GRANDE ABRAÇO AO OPHIR LOYOLA.”.

### 2.3 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA

O Serviço Social iniciou no Departamento de Câncer, na década de 50. Segundo Ribeiro (2004) isso se deu pela necessidade de um melhor acompanhamento com os doentes, conforme as especialidades médicas e manifestação dos problemas sociais. Nesse contexto, o assistente social tinha como atividade desempenhar auxílio aos pacientes que chegavam ao hospital. Em 1955, de forma sistematizada, o Departamento de Câncer contou com os trabalhos da aluna da Escola de Serviço Social do Pará Josefa Monteiro Brito<sup>9</sup>.

Para Brito (*apud* Ribeiro, 2004) a prática do Serviço Social era baseada nos métodos de: **Serviço Social de Caso, de Grupo e de Comunidade**. Quanto aos instrumentos de intervenção utilizavam a: entrevista social, relatório social, diagnóstico e tratamento social.

Ainda de acordo com Brito (*apud* Ribeiro, 2004) o Serviço Social também participava da chamada mesa redonda composta pela presença da equipe médica e a presença do paciente. Essa metodologia de trabalho interpessoal com a participação do paciente era essencial para a decisão do tratamento do mesmo.

O Serviço social passou a assumir várias atividades no Instituto em curto período de tempo, para que o mesmo conseguisse suprir a grande demanda contou com o apoio de Lucy Pedreira, assistente social do Hospital dos Servidores do Estado-HSE.

---

<sup>8</sup> Isso significa que os funcionários do IOL são seletistas e os do HSE são estatutários.

<sup>9</sup> Primeira estagiária a realizar de forma intensa as atividades no Departamento de Câncer. É importante frisar que assistente social no Instituto Ophir Loyola foi advindo da Escola de Serviço Social vinculada a Fundação Paulo Eleutério, que por sua vez doou a escola aos cuidados do Instituto.

Nesse contexto, já na década de 60, havia também o atendimento do Serviço Social<sup>1</sup> pelo Hospital dos Servidores do Estado-HSE, o qual realizava intervenções junto às clínicas. Posteriormente foi desenvolvido diversos programas, objetivando a qualidade de atendimento do paciente.

É importante esclarecer que havia o crescimento da demanda, proveniente do IOL, de pacientes portadores de patologias malignas, e do HSE, que atendia portadores de patologia benigna, diante disso, logo exigiu aumento do quantitativo de profissionais<sup>2</sup>, a partir de então, foi contratando mais assistentes sociais.

A atuação do Serviço Social desde então vem contribuindo para as ações do hospital, onde este tem sido campo de estágio para estudantes da Universidade Federal do Pará-UFPA e para a Universidade da Amazônia-UNAMA.

Hoje, a Divisão do Serviço Social é composta por 33 assistentes sociais<sup>3</sup>, sendo que duas foram recentemente contratadas e três atuam no Núcleo de Apoio ao Enfermo Egresso – NAEE do HOL. As assistentes sociais que atuam no hospital são servidoras do IOL e outras do HSE, com vínculos empregatícios diferenciados, ratificando assim, o que já foi mencionado quanto à divisão administrativa destes dois hospitais que estão unificados na ação, mas não administrativamente.

O Serviço Social está inserido em diversos espaços: ambulatório, triagem, central de leitos, radioterapia, quimioterapia, demanda espontânea e nas clínicas. A intervenção do profissional no hospital se dá de várias formas, entre as quais destacam-se: atendimento ambulatorial; convocação de pacientes para internação, encaminhamentos, entrevista social, evolução social no prontuário, intervenção junto aos médicos, programação cirúrgica, orientações aos pacientes e a familiares quanto às regras do hospital,

---

<sup>1</sup> A criação da Divisão do Serviço Social se deu com a criação do HSE a qual foi se organizando e solidificando ao logo dos anos, tanto que nos anos 80 já era referência no sentido de intervenção profissional.

<sup>2</sup> Para solução do problema a chefia do Serviço Social reuniu com a direção do HSE e IOL e foi então contratado o serviço da assistente social Terezinha Madeiros para atuar nos serviços de atendimento do Instituto Ophir Loyola. E assim, o Serviço Social foi ganhando espaço e reconhecimento como profissão.

<sup>3</sup> A nova chefia é chamada de Karla Rachel Nunes Abadessa.

orientação do Tratamento Fora de Domicílio – TFD, visitas às enfermarias, viabilização de casa de apoio e orientações de estagiários.

Diante disso, a atuação do Serviço Social é de fundamental importância para as atividades do hospital, uma vez que a grande demanda possui problemas de ordem não apenas físico, mas emocional e social.

#### *2.4 O LOCAL E OBJETO DA PESQUISA*

O contato com o local da pesquisa se deu no período do estágio supervisionado, iniciado em novembro de 2006 a dezembro de 2007, no hospital Ophir Loyola. Durante esse período foi possível compreender a dinâmica das ações das assistentes sociais na instituição. Mediante esse processo pode-se identificar o objeto de investigação, a partir do momento que foi observado a forma de trabalho realizado pelas assistentes sociais no ambulatório e nas clínicas, haja vista que a demanda se constitui grande para o atendimento.

Para entender melhor como o ritmo de trabalho repercutia na saúde das assistentes sociais devido à carga física e emocional foram realizadas observações dos atendimentos das profissionais, convocações de pacientes para internação, encaminhamentos realizados etc.

Vale mencionar que durante as observações na Clínica da Cabeça e Pescoço foi possível uma apreensão clara disso, pois houve participação direta no atendimento ambulatorial auxiliando a profissional, foi ainda realizada visitas nas enfermarias, entrevistas sociais com os pacientes, auxílio na viabilização de exames para o paciente, convocações para internações, seleção de Autorização de Internação Hospitalar – AIHs para autorização na Secretaria Municipal de Saúde – SESMA e observações nas reuniões de equipe<sup>4</sup> com médicos e assistente social, o que permitiu verificar a vivência da assistente social nas suas atividades.

Também foram obtidas conversas com as assistentes sociais durante o período de estágio, o que somou para a devida percepção do ritmo diário da mesma. Dessa forma, foi realizada investigação com as assistentes sociais de

---

<sup>4</sup> A reunião de equipe ocorre às quintas-feiras com a finalidade de avaliar os casos mais complexos e urgentes para a realização de cirurgias.

cinco clínicas: Cabeça e Pescoço, Cirurgia Abdominal, Ginecologia, Mastologia e Urologia.

Para a obtenção dos dados necessários à concretização da pesquisa foi preciso inicialmente se debruçar sobre as planilhas<sup>5</sup> referentes às internações e a produção ambulatorial, a partir das informações coletadas foi o momento da catalogação dos dados essenciais e posteriormente à enumeração dos eventos encontrados como: o atendimento ambulatorial das assistentes sociais mês a mês de julho de 2006 a junho de 2007, o estado civil dos pacientes, assim como o gênero e a procedência de origem dos pacientes que internam nas referidas clínicas.

Como descreve Setubal (2002) a pesquisa constitui um processo histórico que arquiteta conhecimento não ortodoxo, mas a mesma vem resultar da escolha e empenho do pesquisador no sentido de construir um conhecimento específico. No caso do Serviço Social, uma profissão que exige a intervenção direta do profissional, a pesquisa foi, por algum tempo, deixada de lado. Como a pesquisa não reduz a realidade em conhecimento, uma vez que ela continua sendo realidade mesmo depois da sua problematização, o conhecimento desta realidade passou a ser uma necessidade para a própria sobrevivência profissional.

A pesquisa não representa só uma situação problematizada, que precisa para sua explicação, ou mesmo ser apoiada em um referencial teórico, em instrumentos, em recursos técnico-operacionais e mediações, mais do que isso ela representa e é a própria mediação no processo que objetiva a relação entre o pesquisador e seu objeto. Esse movimento desenvolvido pelo sujeito ao construir o objeto não é verificado através de mediações valorativas de uma categoria sobre a outra, contudo mediante modalidades intermediadas por situações exógenas e endógenas.

Nessa perspectiva, com o desenvolvimento da pesquisa fazem-se novas descobertas e questionamentos, a partir da “(...) criação, questionando a situação vigente, sugere, pede, força o surgimento de alternativas”. (DEMO, 2003, p.34). É por isso que esse autor coloca a vantagem da dialética, por

---

<sup>5</sup> As planilhas com os dados da pesquisa foram adquiridas na coordenação da Divisão de Arquivo Médico- DAME, porém na mesma não continha as variáveis renda e escolaridade dos pacientes para complementar a pesquisa.



questionar não somente o método, mas a própria realidade, uma vez que a ideologia não aparece apenas no sujeito, mas também na realidade social por ser ela histórica e prática. Se expressa como diálogo inteligente, assim como, integra o cotidiano; dessa forma pesquisar é: “(...) sempre dialogar no sentido específico de produzir conhecimento do outro para si, e de si para o outro (...)” (Idem, p.39). Ela também é o 1º princípio da ciência. Logo, pesquisar é descobrir e construir conhecimento para a sociedade.

## 2.5 TÉCNICAS UTILIZADAS NA PESQUISA

A pesquisa utilizada no hospital foi do tipo quanti-qualitativa, tendo como finalidade obter os dados necessários à concretização do estudo que, segundo Minayo (1994), refere-se a um conjunto de dados quantitativos e qualitativos; esse tipo de pesquisa não se opõe a realidade, ao contrário se complementa, haja vista que interage dinamicamente, eliminando qualquer dicotomia. A abordagem dialética se propõe a conhecer o externo ao sujeito quanto às representações sociais que se traduzem no mundo dos significados. Com isso “a dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos” (MINAYO, 1994, p. 24-25).

Com base nessa concepção foi realizado todo o processo de levantamento de dados e informações durante o 2º semestre de 2006 e 1º semestre de 2007. As técnicas utilizadas foram baseadas em formulários, entrevistas e levantamento documental; estes deram o suporte necessário para o conhecimento do objeto estudado.

O formulário aplicado foi elaborado contendo duas partes: dados pessoais e dados funcionais, sendo ainda composto de perguntas semi-abertas, com direcionamento para as informações que se almejava obter.

A entrevista aplicada foi de natureza individual e semi-estruturada para que fosse possível apreender as informações mais específicas. Assim:

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos

relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. (NETO, 1994, p.57)

Para Chizzotti (2005), a entrevista constitui-se a partir da relação entre dois interlocutores, ou seja, o pesquisador e o pesquisado, cujo objetivo é a elucidação de um assunto. Assim, considerando a importância dessa técnica, a entrevista foi gravada com as assistentes sociais de cinco clínicas existentes no hospital Ophir Loyola para enriquecer o conteúdo obtido através do formulário.

Nessa perspectiva, Martinelli (1999) afirma que é complicado pensar que a metodologia qualitativa não pressupõe instrumentos, tendo em vista que a pesquisa qualitativa pode pressupor de alguma medida a quantitativa. Ela também conclui que três considerações são importantes para uma pesquisa qualitativa: o seu caráter inovador, porque busca a apreensão de significados; a sua dimensão política e a sua complementaridade por ser uma construção coletiva.

É por isso que, em uma pesquisa social, conforme mostra Baptista (1999), os componentes de uma dada situação estão inter-relacionados e influenciados reciprocamente e que o pesquisador junto com o pesquisado estão em interação, isto é, em um processo multidirecionado no qual existe larga influência entre o sujeito e o objeto.

Mediante essa análise, para subsidiar o formulário e a entrevista também foi realizado um levantamento documental a partir de prontuários utilizados para os atendimentos das assistentes sociais. Essas informações foram coletadas em dois setores do hospital, a saber: Divisão de Arquivo Médico e Estatístico-DAME e na Coordenadoria do Ambulatório. É importante salientar que outros setores contribuíram também para obtenção das informações como: Divisão de Serviço Social e Biblioteca. Em suma, toda a investigação exigiu cuidado, atenção e paciência para que fosse apreendido o que realmente se aspirava.

## 2.6 RESULTADO DA PESQUISA

### 2.6.1 Produção de atendimentos no ambulatório

**Tabela 1: Nº de atendimentos ambulatoriais do serviço social**

Clínicas	2006	2007	Varição %
Cabeça e Pescoço	634	688	8,52
Cirurgia abdominal	386	451	16,84
Urologia	553	516	-6,69
Ginecologia/ Mastologia	450	487	8,22
<b>Total</b>	<b>2.023</b>	<b>2.142</b>	<b>5,88</b>

Fonte: Elaboração dos autores com base em documentos obtidos na Administração Ambulatorial, out/2007.

Mediante os dados apresentados na tabela 1 observa-se a variação em percentagem entre os anos de 2006 e 2007 do número de atendimentos nas referidas clínicas; no ano de 2007 apenas a clínica da Urologia diminuiu o número de atendimento em relação ao ano anterior; nas demais clínicas o atendimento aumentou, no entanto, se faz necessário explicar que esses valores correspondem apenas aos atendimentos registrados nas Fichas de Atendimento Ambulatorial – FAA<sup>6</sup>. Isso significa dizer que, esse número seria bem maior se fosse considerado todos os atendimentos de fato realizados semanalmente pelas assistentes sociais.

Todas as profissionais responsáveis pelas clínicas descritas acima realizam atendimentos a mais daqueles que constam na programação do dia, ou seja, esses atendimentos são realizados não só no ambulatório, mas na Divisão de Serviço Social e até mesmo nos corredores do hospital. Esse número de usuários atendidos fora do dia proposto não é contabilizado na estatística do ambulatório, os que são registrados são apenas os atendimentos de pacientes com fichas de FAAs. O que se torna negativo para a produção

<sup>6</sup> As FAAs são fichas de registros de cada paciente atendido no ambulatório, as quais posteriormente serão enviadas para a coordenação do ambulatório.

das assistentes sociais, haja vista que uma parte significativa do trabalho desenvolvido por elas não é registrada na estatística do hospital.

Vale ressaltar que durante o atendimento ambulatorial as assistentes sociais registram esse atendimento no livro de anotações pelas como forma de controle do seu trabalho, o que é um indício da preocupação e o compromisso dessas profissionais com o público beneficiário dos serviços do hospital.

A sobrecarga de trabalho realizado pelas profissionais no ambulatório se constitui devido à demanda de pessoas exorbitante que chega ao hospital Ophir Loyola para serem contempladas pelo os serviços do mesmo.

Assim, devido o ritmo de atendimento do assistente social o trabalho vem refletir na própria saúde desse profissional como se observou nos relatos das entrevistadas realizadas, o qual se mostrará mais adiante.

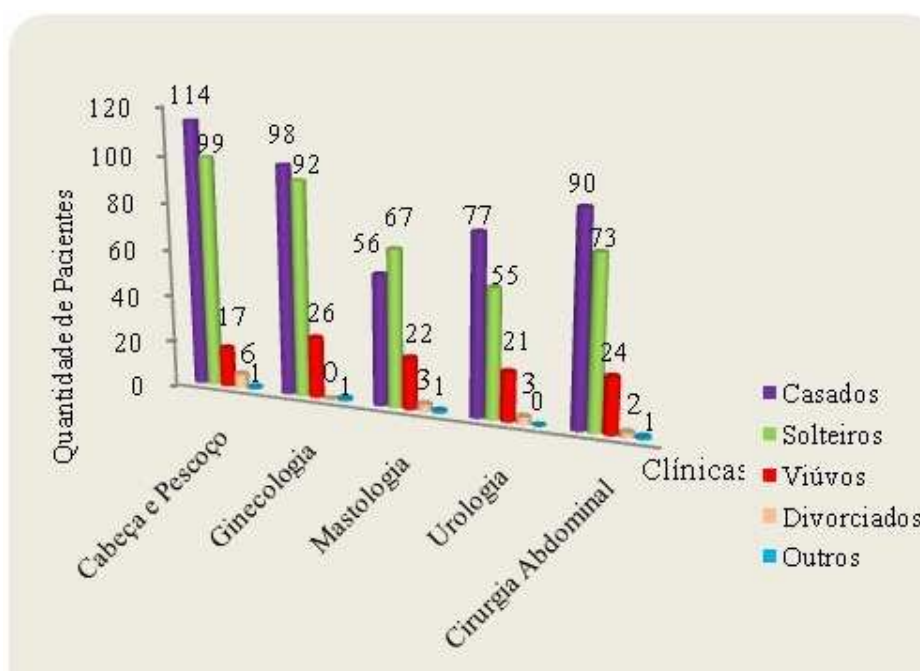
## 2.6.2 Configuração dos usuários atendidos pelo o Serviço Social no HOL

**Tabela 2: Relação do estado civil dos pacientes atendidos  
2º semestre de 2006 a 1º semestre de 2007**

Estado Civil X Clínicas	Cabeça e Pescoço			Cirurgia Abdominal			Urologia			Mastologia			Ginecologia		
	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007	%
<b>Casados</b>	114	96	-15,8	90	74	-17,8	77	100	29,87	56	99	76,79	98	94	-4,08
<b>Solteiros</b>	99	83	-16,16	73	81	10,96	55	55	0	67	54	-19,4	92	144	56,52
<b>Viúvos</b>	17	32	88,23	24	20	-16,67	21	23	9,52	22	26	18,18	26	34	30,77
<b>Divorciados</b>	06	03	-50	02	03	50	03	02	-33,33	03	04	33,33	-	03	300
<b>Outros</b>	01	-	-100	01	-	-100	-	-	0	01	-	-100	01	-	-100
<b>Total</b>	214	214	0	190	178	-6,32	156	180	15,38	149	183	22,82	217	275	26,73

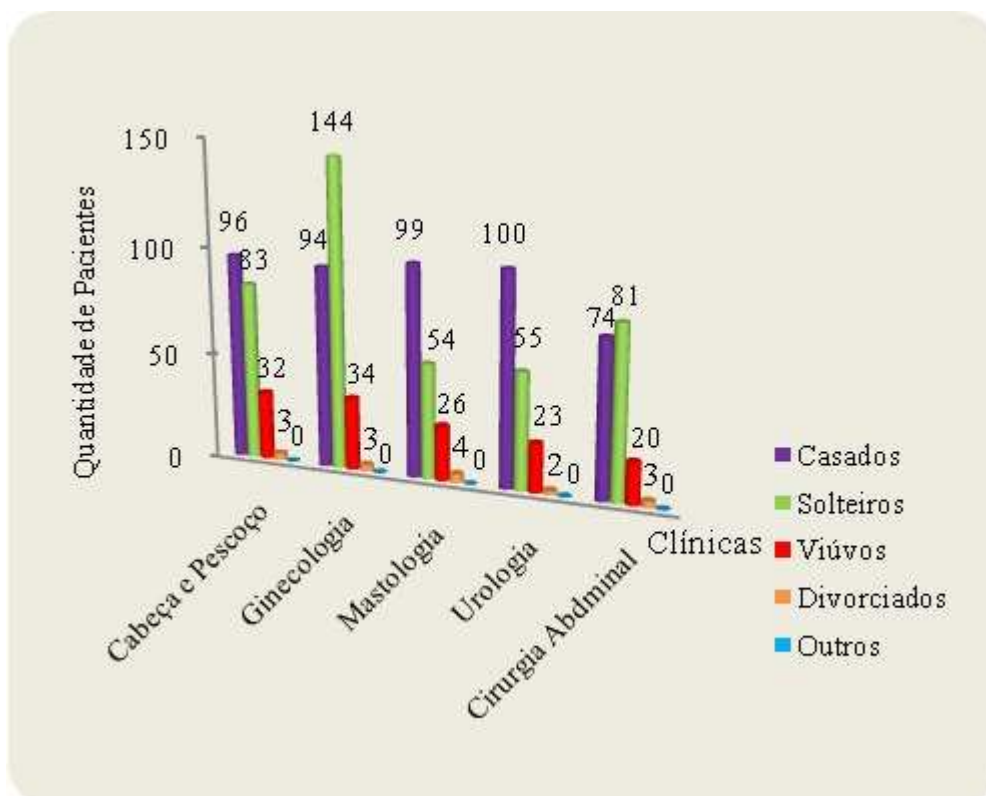
Fonte: Elaboração dos autores com base nos dados obtidos junto a Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out/2007.

**Gráfico 1 – Quantidade de pacientes  
Estado Civil x Clínica: 2º semestre de 2006**



Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados obtidos na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out/2007.

**Gráfico 2 - Quantidade de pacientes  
Estado Civil x Clínica: 1º semestre de 2007**



Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados obtidos na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out/2007.

De acordo com os dados da tabela 2 pode-se constatar a variação do estado civil dos pacientes entre os anos de 2006 e 2007, considerando todas as clínicas pode-se observar que houve um declínio no 2º semestre 2007 de 15,8% na variação dos casados e 16,16% dos solteiros atendidos na clínica da Cabeça e Pescoço; na clínica de Cirurgia Abdominal houve um declínio de 17,8% dos casados e um acréscimo de 10,96% dos solteiros, na Urologia esse aumento foi de 29,87% dos casados, enquanto que os solteiros atendidos se mantiveram estáveis, já na clínica da Mastologia esse aumento se deu de 76,79% do número de casados, enquanto que na Ginecologia o aumento foi com os solteiros, de 56,52%.

No gráfico 1, referente ao segundo semestre de 2006, nota-se que na maioria das clínicas o maior número de pessoas atendidas foi de pessoas casadas, enquanto que no gráfico 2, referente ao 1º semestre de 2007, o número de pessoas solteiras atendidas foi mais expressivo na clínica da Ginecologia.

Diante do exposto, comprova-se que o trabalho nas clínicas de Cabeça e Pescoço e Ginecologia no geral tiveram uma demanda maior, comprovando que as atividades nessas clínicas são realmente intensas, não desconsiderando as demais. Neste caso, as assistentes sociais atuam de modo a corresponder o número de pessoas que buscam as clínicas hospitalares, como se expressam nos gráficos. Entretanto, muitas são as que ainda aguardam vez para internação, haja vista que a demanda oncológica é ampla e proveniente não apenas do Estado do Pará, mais também de outros Estados do Brasil.

Além do estado civil foi também catalogado o gênero, a procedência e a média de idade dos pacientes atendidos nas cinco clínicas do hospital Ophir Loyola, como se verá nas tabelas seguintes. No entanto, é preciso salientar que durante a investigação não foi possível apreender as variáveis escolaridade e renda porque as mesmas não estavam inseridas na planilha do número de internações, existente no DAME. Também existe o fato de que nem todas as clínicas apreendem esses dados, como exemplo, a clínica da Ginecologia e a de Mastologia. Segundo a assistente social responsável por essas clínicas a rotatividade e o ritmo nas clínicas é muito grande, não permitindo uma coleta contínua desse tipo de dado.

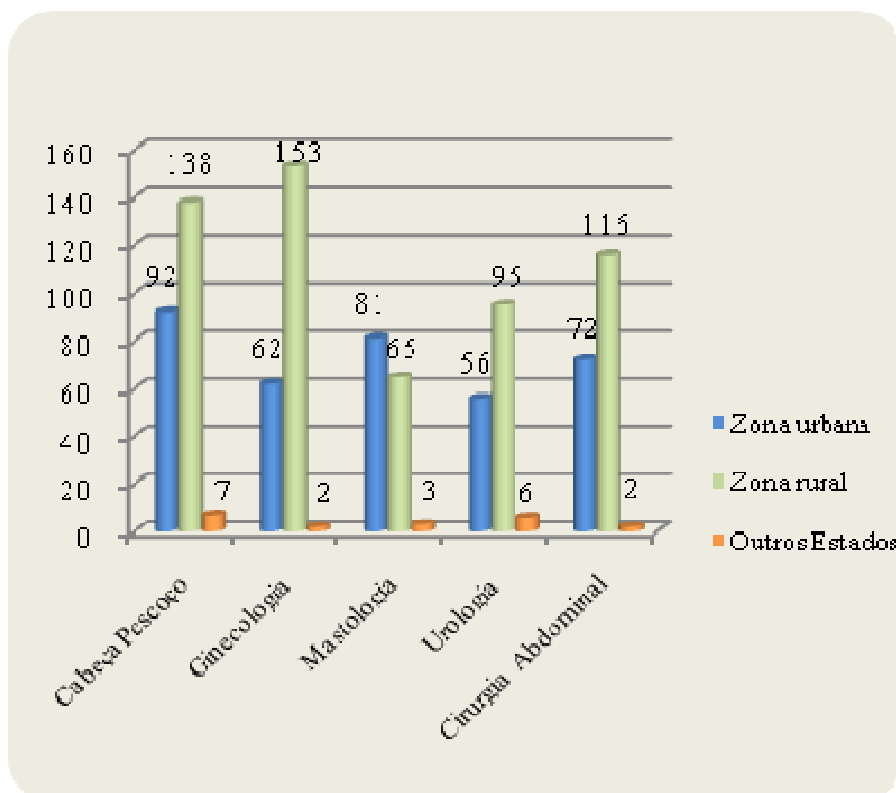
**Tabela 3: Relação das localidades dos pacientes**

Regiões x Clínicas	Cabeça e Pescoço			Cirurgia Abdominal			Urologia			Mastologia			Ginecologia		
	Anos	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007
Zona urbana	92	75	-18,5	72	72	0	56	70	25	81	82	1,23	62	70	12,90
Zona rural	138	130	-5,8	116	102	-12,7	95	108	13,68	65	97	49,23	153	199	30,07
Outros Estados	07	09	28,57	02	04	100	06	02	-66,7	03	04	33,33	02	10	400
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>214</b>	<b>-9,7</b>	<b>190</b>	<b>178</b>	<b>-6,31</b>	<b>157</b>	<b>180</b>	<b>14,65</b>	<b>149</b>	<b>183</b>	<b>22,82</b>	<b>217</b>	<b>279</b>	<b>28,57</b>

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados obtidos na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out, 2007.

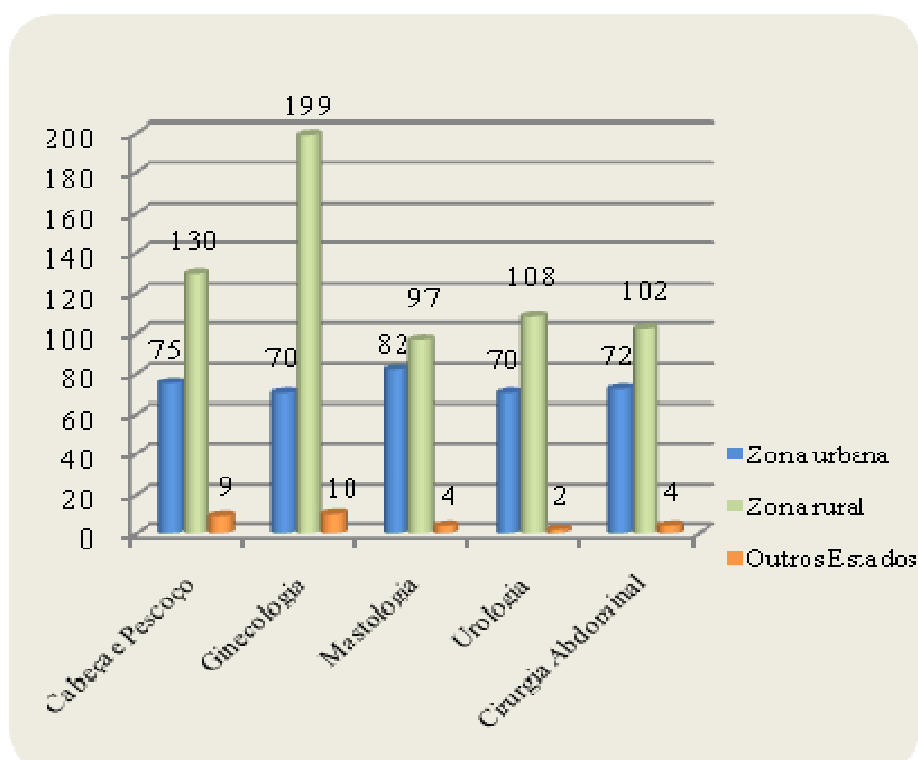
**Gráfico 3 – Quantidade de pacientes  
Regiões x Clínicas: 2º semestre de 2006**





Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados obtidos na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out/2007.

**Gráfico 4 – Quantidade de pacientes Estado Civil x Clínica: 1º semestre de 2007**



Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados obtidos na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out/2007.

As informações contidas na tabela 3 refere-se ao atendimento das clínicas com relação aos pacientes oriundos da zona urbana ou rural, entre os dois anos analisados observa-se a variação de atendimentos. As clínicas que houveram aumento da demanda proveniente da zona rural no 1º semestre de 2007 foram: Urologia com 13,68%, Mastologia com 49,23% e Ginecologia com 30,07%. As clínicas da Cabeça e Pescoço e Cirurgia Abdominal houve um declínio de 5,8% e 12,7% respectivamente em relação ao ano anterior.

Observando os gráficos 3 e 4 referentes aos anos de 2006 e 2007 verifica-se que a demanda mais expressiva de pacientes foi proveniente da zona rural, sendo que o 1º semestre de 2007 esse número aumentou ainda mais principalmente na clínica de Ginecologia.

É importante destacar que na clínica da Mastologia houve um diferencial dos pacientes atendidos, pois no 2º semestre de 2006 o número de mulheres atendidas foi maior da zona urbana enquanto que em 2007 esse número se concentrou na zona rural.

Além do grande contingente populacional do Estado do Pará o Hospital Ophir Loyola oferece serviços a uma demanda proveniente de outros Estados. Isso contribui para o aumento de pessoas que esperam atendimento e internação para a realização de cirurgias.

Esses outros Estados representados nos gráficos correspondem a: Amapá, Maranhão, Acre, Roraima e Distrito Federal, sendo que os Estados de Amapá e Maranhão são os que lideram o 1º lugar nas clínicas da Cabeça e Pescoço e Ginecologia.

Diante disso percebe-se que o trabalho desenvolvido nas referidas clínicas é essencial, pois objetiva atendimento aos pacientes. As assistentes sociais que trabalham nessas clínicas são profissionais comprometidas com o que fazem e estão presentes em todo o andamento da internação do paciente, isto é, desde o momento da convocação até a alta do mesmo. É o assistente social, em conjunto com os médicos, que selecionam as AIHs para ser encaminhada a Secretaria de Saúde, as quais serão autorizadas para a realização da cirurgia.

Após essa autorização inicia a fase da convocação ao paciente, quando ele não é da capital essa convocação é realizada com antecedência para que

o mesmo chegue a tempo para internação. Durante esse período o assistente social viabiliza o leito e os exames do pacientes que não estão em dia, após a internação o profissional o acompanha até que receba alta hospitalar.

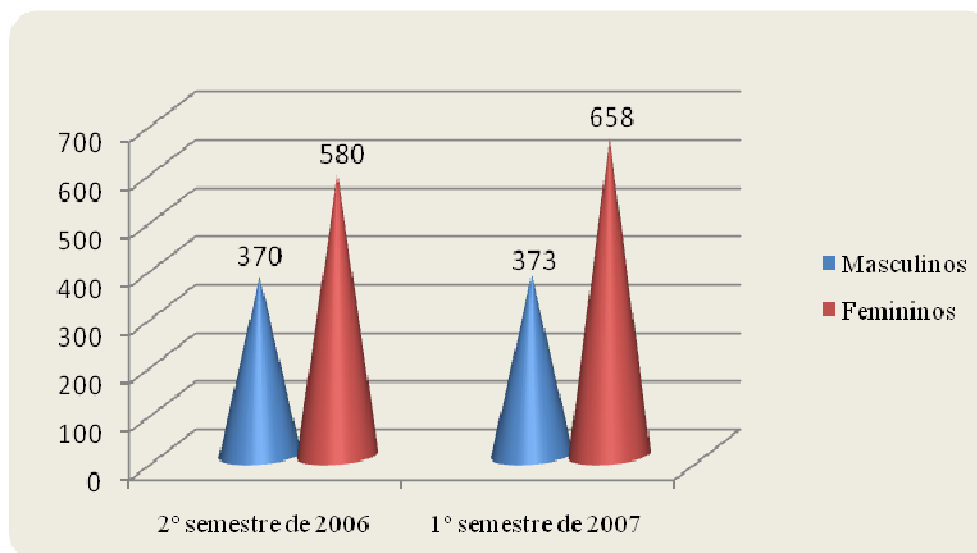
É por isso que o profissional deve buscar sempre informação, como afirma Bravo e Santos (2006). O trabalho do assistente social na saúde deve ter como ponto principal a busca criativa de incorporação de conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e também ao projeto ético-político do serviço social.

**Tabela 4: Relação do gênero dos pacientes.**

Sexo X Clínicas	Cabeça e Pescoço			Cirurgia Abdominal			Urologia			Mastologia			Ginecologia		
	Anos	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007	%	2006	2007
<b>Masculinos</b>	140	128	-8,57	102	98	-3,92	127	147	15,74	01	-	-100	-		-
<b>Femininos</b>	97	86	-11,3	88	80	-9,09	30	33	10	148	183	23,65	217	276	27,19
<b>Total</b>	237	214	-9,7	190	178	-6,32	157	180	14,65	149	183	22,82	217	276	27,19

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados obtidos na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out, 2007.

**Gráfico 5: Relação geral de atendimentos por sexo**



Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados obtidos na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out/2007

A tabela 4 faz referência ao número de atendimentos realizado por cada clínica, referente ao sexo dos usuários, contata-se que a variação entre o 2º semestre de 2006 e o 1º semestre de 2007 dos atendimentos de pessoas do sexo masculino nas clínicas da Cabeça e Pescoço e Cirurgia e Abdominal diminuiu, apenas a clínica da Urologia esse número aumentou com variação de 15,74%.

Quanto aos atendimentos de pessoas do sexo feminino, a variação entre os dois anos nas clínicas Cabeça e Pescoço e Cirurgia Abdominal diminuíram de 11,3% e 9,09% respectivamente enquanto que a clínica da Urologia aumentou 10%.

Observando as informações do gráfico 5 percebe-se que os atendimentos relacionados ao sexo feminino foram significativos nos dois anos, sendo que em 2007 esse quantitativo sofreu uma variação de aumento de 13,44% em relação ao 2º semestre de 2006.

Em suma, esse total descrito no gráfico é a somatória de atendimento das cinco clínicas onde se realizou a pesquisa. É importante referenciar ainda a média de idade dos pacientes internados em cada clínica no ano de 2006 e 2007, para isso será realizado um comparativo entre os dois anos de acordo com a tabela abaixo.

**Tabela 5: Média de idade dos pacientes internados**

<b>Clínicas</b>	<b>2º semestre de 2006</b>	<b>1º semestre de 2007</b>
<b>Cabeça e Pescoço</b>	51,97	53,00
<b>Urologia</b>	58,87	58,80
<b>Cirurgia Abdominal</b>	53,45	50,36
<b>Mastologia</b>	49,22	51,99
<b>Ginecologia</b>	49,61	47,76

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados obtidos na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico –DAME, out/2007.

A média de idade descrita por clínica varia de um ano em relação ao outro, mas diante das informações da tabela, faz-se necessário explicar que nas clínicas também existem internações de pessoas mais jovens, o que torna algo preocupante, uma vez que, a saúde é o bem estimável que uma pessoa possa ter. Assim, os atendimentos realizados pelas assistentes sociais aos usuários têm buscado cumprir uma prática viabilizadora de direitos. Elas buscam atender princípios sócio-institucionais.

Para um profissional comprometido com os interesses históricos da classe trabalhadora, diante das consequências da exploração do trabalho, que se concretiza nas diferentes expressões da questão social, coloca-se à exigência de um compromisso radical com autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais (...) (VASCONCELOS et al, 2006, p.55).

Sobre esse entendimento é que se reconhece o esforço do profissional que ultrapassa o limite de atendimentos diários para estar solucionando os diversos problemas que possam surgir.

***PARTE III***  
***OS IMPACTOS DO TRABALHO NA SAÚDE DO***  
***TRABALHADOR***

### 3. O IMPACTO DO TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DAS ASSISTENTES SOCIAIS.

De acordo com os dados levantados nos formulários aplicados em outubro de 2007 obtiveram-se as seguintes informações descritas nas tabelas abaixo:

**Tabela 6: Assistentes Sociais do HOL\***

Profissionais	Estado civil	Tempo de formação profissional	Período de atuação no HOL	Especialização
A	Casada	30 anos	24 anos	Não
B	Solteira	4 anos	4 anos	Saúde pública e auditoria
C	Casada	25 anos	15 anos	Saúde pública
D	Casada	3 anos	3 anos	Saúde

\* Responsáveis pelas clínicas de Mastologia, Ginecologia, Cirurgia Abdominal, Urologia e Cabeça e Pescoço.

Fonte: Elaboração dos autores com base no formulário aplicado às Assistentes Sociais.

**Tabela 7: atendimentos no ambulatório.**

Clínicas X Atendimentos	Ritmo de atendimento	Nº de Atendimento semanal	Nº de atendimento mensal	Atendimentos fora da programação**	Intervalo de descanso
Urologia	Intenso	2 vezes	200	10 a 15 por dia	Não
Cabeça e Pescoço	Intenso	2 vezes	270	20 por dia	Não
Mastologia/Ginecologia	Intenso	2 vezes	96	15 semanais	Não
Cirurgia Abdominal	Intenso	2 vezes	96	8 por dia	Sim

\*\* Os atendimentos realizados fora da programação não são quantificados na estatística da coordenadoria do ambulatório, como já fora explicado anteriormente.

Fonte: Elaboração dos autores com base no formulário aplicado às Assistentes Sociais.

O atendimento das assistentes sociais no ambulatório se dá duas vezes na semana conforme os dados da tabela 7, no entanto essas atividades nos demais dias são diferentes, como afirmaram as assistentes sociais durante a entrevista.

(...) o que você faz na clínica é fazer visita, você programa junto com o médico uma alta do paciente, porque muitas vezes o paciente é do interior, mesmo que ele tenha que ficar aqui, tem que ser uma alta programada por causa do transporte, do retorno, do medicamento

que ele vai usar, porque não é importante só o paciente estar de alta e pronto, ir para casa, não é bem assim; porque o paciente tem que ter toda uma orientação do retorno, da importância do medicamento para dá continuidade do tratamento porque se não esse paciente retorna para o hospital para a triagem para ser atendido porque ele não fez o curativo adequado (A, nov/2007).

Realizar visitas, primeiro eu passo uma visita cedo, as 6:15 a 6:20, meu horário é de 7:00h as 13:00, passo visita, sozinha primeiro, converso com os pacientes, vou extrair vou analisar o que está acontecendo se tem algum entrave se não tem, se tem algum problema de ordem social, algum problema de ordem multiprofissional ou de cunho familiar ou até mesmo algum entrave burocrático que esteja impedindo a realização do atendimento cirúrgico que é um dos fatores (...) em seguida eu aguardo o profissional que vai passar visita no espaço que é o médico, o residente, passo com eles, com a psicóloga, o fisioterapeuta, dividimos as questões, conversamos sobre os pacientes (...) Contribuir no processo de agilizar nos avisos do bloco cirúrgico, formalizar a documentação do paciente pra que não tenha nenhum problema com a cirurgia. Quando eu falo contribuir, não sou eu que faço os avisos do bloco cirúrgico, mas eu tenho que contribuir na questão da organização, se estão atrasados se não estão os exames, conversar com os outros profissionais que operaram os pacientes anteriormente, se estão em serviço de alta se não estão, Contribuir na dinamização e otimização nas internações dos pacientes, realizo ambulatório (...) Entrevista social, selecionar as AIHs, selecionar algo que seja necessário para integração social quanto à priorização de leitos... Para internar com apoio clínico com caráter 5 com o médico, conversar com outros profissionais da rede (...) para questões de certidão, uma carteira profissional, uma identidade, consulta no hospital de clínica, é, contribuir no processo de formalização do TFD, não que eu vá fazer, mas articular todo o processo pra que efetive o TFD do paciente (B, nov/2007).

Vou começar pela clínica, na clínica a gente faz admissão, primeiro a gente começa com a programação cirúrgica depois a gente faz a visita diária com a equipe médica orientando quanto ao TFD, encaminhamento para a nutrição, quanto benefícios, encaminhamento para o bloco cirúrgico, também tem o ambulatório onde a gente faz a orientação quanto a cirurgia, viabilização daqueles casos a gente procura sentar com a equipe e discutir a urgência e emergência dos casos, esse aí é o que seria do serviço social mais claro, que a gente faz muito, vai mais além do que deveria mais a gente faz tudo em prol do paciente (D, nov, 2007).

Atendimento ambulatorial com o objetivo de programar cirurgias, atendimento em clínica dando suporte médico social, psicossocial aos pacientes etc. (C, nov/2007).

Diante das colocações das profissionais observa-se que a gama de atividades no hospital são diversas: seja no aspecto de orientações, encaminhamentos, viabilizações de leitos etc. O trabalho desenvolvido exige tempo, dinamismo e percepção na resolução de problemas, haja vista que a demanda tem sido grande.



De acordo com as afirmações das assistentes sociais as atividades vão mais além, mas o objetivo é garantir o direito do cidadão, assegurar o acesso à saúde, já que a mesma não se constitui favor e sim direito. Na Constituição Federal de 1988 na seção II Art. 196 é assegurada a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, sendo garantida através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, todas as ações que extrapolam o limite de atendimento dos pacientes é realizada pensando nos mesmos que muitas vezes se encontram fragilizados com a doença, com essa atitude a carga de trabalho aumenta suscitando assim de alguma forma lesão a saúde.

**Tabela 8: Relação trabalho x saúde.**

Profissionais	O trabalho afeta a sua saúde	Aspecto físico	Emocional	Familiar	Cansaço	Preocupação	Ansiedade
A	Sim	Não	Sim	Não	Às vezes	Às vezes	Às vezes
B	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
C	Não	-	-	Não	Sim	Sim	Sim
D	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaboração dos autores com base no formulário aplicado às Assistentes Sociais.

Na tabela acima informa como se dá o ritmo dos atendimentos ambulatoriais realizado nas clínicas do Hospital Ophir Loyola pode-se observar que a maioria das assistentes sociais afirma que o trabalho afeta a saúde de alguma forma, seja no aspecto físico ou emocional. Vale salientar que a assistente social C disse que o trabalho não afeta a sua saúde, no entanto, fala do cansaço, da ansiedade e da preocupação, levando-nos a constatar, com isso, que a mesma parece não se dar conta que o ritmo de seu próprio trabalho e os problemas apresentados pelos usuários reflete na sua saúde. Quanto ao aspecto físico foi relatado o seguinte:

(...) o profissional tem que utilizar muito a voz que é um elemento muito importante de comunicação, devido isso esse ritmo diário afeta a parte física, a garganta (...) algumas clínicas o volume de trabalho são mais intenso que as outras, não discriminando o trabalho de ninguém e nem a forma de trabalhar também; em alguns momentos eu me vejo com rouquidão, não contínua, mas uma rouquidão (...) Essa rouquidão, esse cansaço é proveniente do nosso atendimento, nosso atendimento é muito grande, nossa demanda é reprimida,

então a gente atende muitas vezes mais do que devia por uma questão não só profissional, mas por uma questão também de humanidade; a maioria é do interior e tem consulta marcada então a gente fica preocupada porque sabe a dificuldade do paciente, de acesso, então acaba atendendo mais do que comporta, a média de atendimento das assistentes sociais que trabalham nas clínicas de maiores demandas não é menor do que 20, 25, 29; fica nessa faixa, o dia que esse atendimento é menor é 17 (...) (B, nov/2007).

Tem dias que eu vou comer às 10h da noite, eu tomo café da manhã e janto, tem dias que eu não como nada, eu peguei uma gastrite, H. Pilory, 3 cruzeiros, mas não adianta porque eu não consigo ter uma dieta, eu tomo café a hora que dá, canso de não almoçar, eu estranho o dia que eu almoço, porque nos dias de ambulatório eu fico até 2h ou 3h da tarde e, nos dias normais, fico para separar guias, a tarde é mais calmo para se separar alguma coisa; têm os ambulatórios que os médicos me chamam para ver um caso grave e aí a gente vai ficando, vai deixando de se alimentar, aí quando sente alguma coisa corre para o médico (...) Depois que eu entrei no serviço social não posso gripar que eu fico afônica, eu nunca tive isso, mas depois que entrei, eu gripei um pouquinho perco a voz, mas mesmo assim eu venho trabalhar (...) (D, nov/2007).

As profissionais B e D demonstraram realmente que na clínica onde desenvolvem suas atividades têm refletido na sua saúde. No entanto, é importante frisar que as mesmas afirmaram, durante a entrevista, que realizam o seu fazer profissional com prazer e se sentem felizes enquanto profissional da saúde.

A assistente social B afirmou que mesmo diante de tantas ações a realizar e tantos entraves impostos pela burocratização, não considera um fator impeditivo para intervir. Diante dessa compreensão, pode-se afirmar, segundo Rocha e Fritsch (2002), que o trabalho é processo de transformação e faz parte do cerne do ser humano, haja vista que as pessoas produzem o que são.

Rocha e Fritsch (Idem) afirmam ainda que o bem-estar físico e psicológico do trabalhador reflete no seu desempenho profissional. Por isso é importante a qualidade de vida no trabalho, visto que essa se relaciona diretamente com as possibilidades concretas no trabalho do profissional a ser compreendido como sujeitos humanos integrais e integradores.

Nesse sentido, é necessário perceber de que forma o profissional está se envolvendo nas ações de trabalho a ponto de deixar que o mesmo venha afetar sua saúde. De acordo com Santos (2005) a nova forma de organização de trabalho faz o trabalhador buscar integrar-se cada vez mais à lógica do mercado, a fim de ir além do seu limite para atender as demandas, ficando

assim sujeito aos impactos e mudanças na própria saúde. Nessa perspectiva, conforme afirmaram as assistentes sociais no relato abaixo o emocional também é algo que é/ou pode ser afetado pelo o ritmo de trabalho.

Com certeza o emocional, porque é muito difícil você vê um garoto de 16 anos perdendo um membro que para o homem é essencial e você tem que dizer para ele que a partir daquele momento à vida sexual ativa (...) acabou. Essa é a parte do serviço social, porque o médico diz que ele vai fazer amputação do pênis; só que muitas das vezes o paciente não sabe que essa amputação será total. Ele acha que o médico vai tirar um pedacinho e que dali ele terá uma vida normal (...). Na verdade isso é muito angustiante (...). O paciente de hérnia de próstata é [diagnóstico] benigno, mas que a demanda é reprimida e que não pode, de imediato, dizer que ele vai se internar; você dá mais ou menos um prazo de 90 dias para que ele volte, para saber se já existe uma perspectiva de cirurgia. Então, tudo isso angustia muito; ainda mais na clínica de urologia que possui oito leitos (...). Você tem uma fila de pacientes de 82 anos, de 90 anos, de 92 anos, de 89 anos. E, eu tenho pacientes de 40 anos [ela se refere às condicionalidades], mas tem o Estatuto do Idoso que o ampara, assim, eu preciso interná-lo com urgência, mas por outro lado é um paciente que já viveu bem e eu tenho um de 40 anos, mais o que vou fazer? Então é muito angustiante, têm noites que eu não consigo dormir porque deito e fico pensando no que vou dizer amanhã para o paciente que vai me ligar, com certeza, para saber porque que não se internou (...). Tenho problemas de insônia, depois que eu entrei no serviço social eu nunca mais pude dizer dormi uma noite inteira de sono, mas eu não reclamo porque eu amo o que faço (D, nov/2007).

(...) têm alguns momentos, alguns casos que me deixam muita ansiosa, como se apresenta a situação do paciente, a situação social e clínica do paciente, eu fico preocupada, ansiosa, até certo ponto fico nervosa, preocupada porque quero resolver logo a situação, para que o paciente consiga chegar até ao leito (...). O paciente chega aqui estressado desconta na gente, porque está a meses fazendo exames e eram exames que não precisam ser feitos aqui; era para ele trazer, para adiantar o processo, paciente com baixo nível de instrução; aí, conclusão, nossa demanda é altamente reprimida; são encharcadas, aí estressa também a gente (...). A equipe que eu trabalho é de 6 profissionais [se refere aos médicos], que me geram 30 guias por semana, mais ou menos nessa faixa e eu tenho 14 leitos para trabalhar; veja isso quanto vai no mês; eu tenho uma demanda de mais de 800 pacientes na fila com diagnósticos fechados, com situações diferenciadas, eu sei disso, tanto benigno quanto maligno, isso não tem como não te preocupar, não tem como não interferir (B, nov/2007).

O que eu quero é resolver a situação, eu não me acho ansiosa eu posso está naquele momento para resolver determinada situação (...). A responsabilidade do profissional para resolver aquela situação, a responsabilidade nossa é muito grande (...) (A, nov/2007).

A ansiedade e a preocupação que as profissionais relataram, sobre o trabalho diário, é produto de uma ação profissional cuja habilidade exige o

compromisso com a garantia do atendimento, pois isto faz parte de sua formação profissional.

Para Santos (2005), o impacto desse tipo de ação na saúde do trabalhador tem gerado problemas de sofrimento na atualidade. A saúde desse profissional frente às modificações vivenciadas na composição do trabalho só poderá ser realmente discutida associando-a a suas relações sociais.

Durante a investigação foi constatado que a maioria das assistentes sociais procura não deixar que o trabalho interfira em suas vidas familiares, porém não é uma tarefa fácil. Segundo uma das assistentes sociais às vezes não tem como evitar.

Às vezes a gente está em um lugar de lazer e o telefone toca; é um problema do trabalho, e eu tenho que me ausentar para resolver, porque eu não consigo ouvir o telefone tocar e não atender. Com os colegas também, às vezes a gente está em uma reuniãozinha à tarde, o telefone toca sou eu falando com o médico, com a assistente social, com a colega que me liga, para perguntar alguma coisa e que a gente não deixa de resolver (D, nov/2007).

O processo de trabalho do assistente social exige muito do profissional e não se constitui tarefa fácil, pois demanda interesse, responsabilidade e amor pelo que se faz. “Eu gosto muito do que faço, eu não fiz serviço social por fazer, eu fiz serviço social por paixão, eu acho que a diferença do profissional para o profissional está aí, do gostar de fazer.” (D, nov/2007).

Quando a assistente social se refere sobre a diferença entre profissionais engendra compreender aqueles profissionais comprometidos com o que fazem e aqueles não comprometidos, pois quando o mesmo se envolve realmente no fazer profissional procura efetivar seus deveres descritos no código de ética, tendo o mesmo como direcionador de sua prática.

Sabe-se que o código de ética do assistente social traz deveres para o profissional em relação àqueles a que lhes é destinado os serviços, e esses deveres perpassam em contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; garantia de informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas; democratização das informações e o acesso aos programas disponíveis à participação do usuário; devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários com o intuito de que os mesmos possam usá-las para os seus devidos interesses e contribuir para a criação de

mecanismos que venham desburocratizar os serviços ofertados, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados.

Essa prática compromissada baseada no código de ética busca fazer diferenciações ultrapassando o mero fazer por fazer, é por essa razão que o conhecimento teórico precisa estar entrelaçado à prática. Assim:

Faz então necessário ao profissional que, pela via do conhecimento teórico, da escolha consciente por valores universais, da direção política que atribui a sua prática, bem como de uma postura renovada e qualificada, transcenda a mera cotidianidade para alcançar o patamar do exercício crítico, competente e comprometido. Pra tanto, os projetos profissionais críticos se constituem na mediação privilegiada do exercício profissional competente e comprometido. (GUERRA, 2007, p. 10)

É no dia a dia do trabalho que o compromisso e os deveres se efetivam, ganhando vida quando são concretizadas as ações relacionais e de serviços. Agora, é certo que essa prática de trabalho se dá com muito esforço, pois segundo Nicolau (2004) mobiliza a totalidade do indivíduo com sua história e experiência que é apropriado na formação.

Apreender esse trabalho no espaço sócio-ocupacional em vinculação com a práxis social denota captar os determinantes que interferem em diferentes espaços do exercício da profissão. Como coloca Nicolau (2004) no fazer profissional é preciso levar em conta o contexto material do surgimento da profissão e sua evolução; a diversidade teórica, política e ética que articula a profissão; o debate sobre o saber fazer em diferentes espaços e tempos e os interesses que define o profissional em termos de formação acadêmica.

Nessa compreensão, a assistente social D afirmou durante sua entrevista sentir cansaço e preocupação no trabalho, com tantas situações que a mesma necessita viabilizar e o interesse em conseguir melhorar o seu desempenho profissional. Diante disso, quando essa prática é canalizada com empenho não tem como não influenciar de alguma forma na saúde.

### 3.1 A VISÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS

**Quadro 3: Concepções de saúde e trabalho**

Profissionais	Saúde	Trabalho
<b>A</b>	“Saúde é o bem-estar da pessoa, é quando a pessoa está, com o bem-estar ela estar preparada tanto psicologicamente como fisicamente para enfrentar as atividades para desenvolver suas atividades mediante a sociedade.”	“É um esforço físico e mental do indivíduo.”
<b>B</b>	“Bem estar geral, necessidade de ser feliz, saúde não é só uma questão física, saúde é fundamental sim englobando qualidade de vida, amor ao próximo, direito de ir e vir, você sorrir, ter direito de decidir, as pessoas se agarram a saúde a uma questão muito física eu acho que é muito mais amplo.”	“Uma atividade laboratorial onde eu possa fazer o meu fazer.”
<b>C</b>	“Saúde estar relacionada ao bem estar físico, mental e emocional.”	“É o conjunto de atividades onde o ser humano desenvolve suas atividades e habilidades profissionais emocionais e físicas.”
<b>D</b>	“É o bem estar físico e mental do ser humano, porque se ele estiver bem físico e mentalmente ele estar bem de saúde”.	“É uma atividade que pode ser remunerada ou não, mas que eu entendo que qualquer trabalho remunerado ou não, braçal ou não, ele deve ser feito com muita dedicação. Dizer que o trabalho dignifica o homem é uma frase muito coloquial, mas eu acho que o trabalho ele faz com que o ser humano se sinta útil, se sinta necessário.”

Fonte: Elaboração dos autores com base na pesquisa de campo/entrevista, nov/2007.

Pode-se observar que as assistentes sociais descreveram que a saúde possui relação com o bem estar físico e emocional do ser humano. Isso significa que não dá para dissociar um do outro como se fossem aspectos totalmente separados. A partir dessa noção de saúde integral é importante frisar que a mesma deva ser cuidada para que não agrida o desempenho das atividades de trabalho e a vida pessoal da pessoa, mas isso só é possível

quando se pode articular o bem estar no trabalho. Mas como fazer? De que forma melhorar o ambiente de trabalho e o fazer profissional sem que o mesmo afete a saúde? A saúde física e mental sente reflexo em detrimento do profissional querer resolver as mais variadas situações existentes nas novas determinações do serviço social.

Foi apreendido durante a investigação que a prática profissional das devidas assistentes sociais procura se voltar também para as legislações que referenciam o exercício profissional as quais vinculam à garantia de direitos do pacientes, como: O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, O Estatuto do Idoso, a Lei Orgânica da Saúde – LOS e a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Com essa prática preocupada em garantir a efetivação dessas leis torna-se um desafio e por isso é articulado e viabilizado formas de resolução, é o desenvolver habilidades como descreve a assistente social C.

Desenvolver habilidades não é aleatório, pois no cotidiano as situações não se apresentam exatamente do mesmo modo. Para Guerra (2007), o cotidiano só pode ser enfrentado pela apreensão das determinações objetivas e subjetivas que se apresentam na realidade da intervenção do profissional.

Assim, os trabalhos das assistentes sociais entrevistadas buscam realizarem uma prática que tenha consciência dos limites institucionais. Portanto, o trabalho com resultados deve ser a resposta da prática do profissional orientada por princípios éticos-políticos.

### 3.2 PROPOSIÇÕES DAS ASSISTENTES SOCIAIS

**Quadro 4: Relação das proposições.**

Profissionais	Propostas
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do número de leitos e diminuição da demanda, mesmo tendo consciência que isso não depende diretamente da mesma;</li> <li>• Realização de curso direcionado ao conhecimento de oncologia para o profissional;</li> <li>• Construção de um espaço físico adequado, ou seja, uma sala específica nas clínicas, para o atendimento do paciente em particular, haja vista que a existente no local é uma sala multiprofissional.</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformulação na atenção básica e na média complexidade, quanto à orientação e a prevenção;</li> <li>• Melhorar as formas de acesso a todos os benefícios que o paciente tem direito.</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferta de cursos para os profissionais;</li> <li>• Redução do número de atendimento diário, ou seja, tentar seguir o estabelecido em ambulatório;</li> <li>• Reuniões semanais com a equipe para discussões de casos.</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de leitos, pois com isso a rotatividade seria maior e a profissional poderia estar dando uma resposta melhor para o usuário do hospital;</li> <li>• Criação de momentos de lazer para os profissionais do hospital com o intuito de maior integração entre os mesmos e revigoração do trabalhador.</li> </ul>

Fonte: Elaboração dos autores com base na pesquisa de campo/entrevista, nov/2007.

As propostas do quadro 4 foram colocadas pelas assistentes sociais no momento das entrevistas, cada uma sugeriu o que poderia melhorar em relação ao atendimento, aos usuários e a formação profissional das mesmas. Essa necessidade de mudança se faz necessário em qualquer espaço de trabalho na medida em que, as formas que estão sendo implementadas não estejam mais satisfazendo as necessidades do sujeito envolvido.

Com base nisso é relevante citar a fala da assistente social quando diz que para melhorar é preciso: “uma reformulação não só na atenção básica como na média complexidade, de orientação e de prevenção (...)” esse patamar descrito pela profissional é algo de ordem macro que envolve políticas sociais para mudança no ordenamento do modo de atendimento nas unidades básicas de saúde. Pois, é através delas o ponto de chegada do paciente.



Ao chegar na unidade de saúde o paciente deveria ser orientado e encaminhado adequadamente já com os devidos exames básicos realizados para que, ao chegar em um hospital de média e alta complexidade fosse rápida a viabilização dos procedimentos de internações, no entanto, não é comum acontecer isso. Para que haja mudança nesse aspecto é preciso políticas sociais voltadas para esse aspecto, mas isso muitas vezes para se efetivar faz-se necessário a mobilização e luta da sociedade.

Também foi proposta, pelas assistentes sociais, a criação de salas para atendimento reservado, diminuição no atendimento diário e ao aumento do número de leitos para que possa melhorar o atendimento. Este, por sua vez, é algo que embarga na questão de recursos financeiros, porém segundo uma das assistentes sociais existe uma proposta no hospital Ophir Loyola para ampliação dos leitos da mastologia e ginecologia.

Outra proposta foi a participação em palestras e cursos de formação voltados para o profissional, seria assim uma forma de capacitação e incentivo para o mesmo, uma vez que é fundamental que o mesmo esteja se reciclando.

Por fim, houve também a sugestão de lazer direcionado para os profissionais no seguinte aspecto:

Eu acho que a instituição deveria montar uma estratégia de lazer que não fosse todo mundo de uma vez, mas que pegasse dois setores totalmente contrários, tipo: lavanderia e o pessoal da direção e levasse para um lazer onde as pessoas se integrassem e conversassem (...) fosse lá para rir, jogar bola se divertir. Uma vez por mês se isso acontecesse o funcionário sairia revigorado, ele iria se sentir importante porque o funcionário precisa se sentir importante (D, nov, 2007).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante das mudanças na sociedade, no campo da organização do trabalho como já fora comentado anteriormente faz-se necessário pensar seriamente o campo da saúde do trabalhador, tendo em vista que o trabalho tem que somar para o crescimento da vida do indivíduo e não degradá-lo. Como afirma Oliveira & Vasconcellos (1992) a discussão da política de saúde do trabalhador deve compreender a extensão da política de saúde, com todas as suas interfaces e todos os seus aspectos de determinação estrutural e conjuntural. Não basta identificar empecilhos e propor superações técnicas, o compromisso deve conter o paradigma do direito à vida.

Nessa compreensão toda a investigação realizada trouxe o entendimento do quanto esse campo é importante e deve ser discutido nos conselhos, organizações e instituições. Com o processo da pesquisa pode-se perceber o envolvimento das profissionais em solucionar os problemas, mas não se contatou medidas de incentivo e distração voltada para o mesmo, não existe momento de relaxamento e integração entre eles no sentido de haver um espaço, destinado para esse fim, inclusive foi até uma proposta de uma das assistentes sociais.

Algumas observações são pertinentes considerar durante esse processo da pesquisa como: a falta de mais participação do psicólogo atuando junto com o assistente social na resolução dos problemas existentes nas clínicas, haja vista que os pacientes chegam ao hospital muitas vezes fragilizado, amedrontados e com baixa estima devido o seu problema de saúde, em detrimento disso, se houvesse uma integração maior do psicólogo haveria melhoria nesse aspecto; a falta de organização do atendimento no ambulatório no sentido aspecto, organizar as fichas do número de pessoas a mais que são atendidas para que seja contabilizado na produção mensal das assistentes sociais, haja vista que se torna injusto uma sobrecarga de atendimento gerando prejuízos a saúde do profissional e não se tenha registro desse atendimento . É inclusive uma questão que deve ser analisada em reunião com a divisão do Serviço Social e a coordenadoria do ambulatório para avaliar propostas de solução.

Também é importante que mais reuniões da divisão de serviço social sejam realizadas não apenas para adotar medidas de mudanças, mas para avaliação das mesmas para saber se estão sendo positivas ou se precisam ser modificadas. Essa é uma construção de saber, de integrar aquilo que é mais necessário e urgente.

Nicolau (2004) considera que a pluralidade de saberes se faz necessária, tanto quanto associar, na sua análise, a conexão entre saber e poder, seja no espaço de formação ou no fazer da prática profissional. Refletir sobre a prática é um ato importante para relacionar o conhecimento de formação e o adquirido no cotidiano institucional com suas exigências e limites.

Outro ponto relevante observado na pesquisa diz respeito às informações contidas nas planilhas do DAME referente ao número de internações nas diversas clínicas do hospital. Nas cinco clínicas que foram realizadas a investigação foi observado que não continha a escolaridade e renda familiar do paciente, e isso é algo imprescindível para uma análise social. Ressalta-se que esses dados são coletados através das entrevistas sociais realizada pela assistente social, a qual fica anexada no prontuário do paciente, porém essas informações não foram encontradas descritas no relatório de internações para estatística.

Observou-se ainda que o prontuário do paciente depois de arquivado no DAME não contém essa ficha social com os dados socioeconômicos, sendo então necessário realizá-la novamente caso o paciente retorne ao hospital depois de um determinado tempo. No entanto, ainda que seja necessário aplicar novamente a ficha social são importantes os dados anteriores para se fazer um comparativo entre as informações caso haja necessidade, por isso sugere-se que essas informações sejam inseridas na estatística do DAME.

Finalmente, é preciso medidas institucionais necessárias para a qualidade de vida no trabalho, objetivando a saúde do profissional. O conceito de qualidade de vida no trabalho segundo Rocha e Fritsch (2002) baseia-se em qualidade com abrangência nos aspectos do trabalho, família, ambiente e grupo social, pois se sabe que a mesma não se restringe apenas ao trabalho. Por isso é importante que se tenham programas voltados para essa área, haja

vista que os programas de qualidade de vida estão se tornando parte da cultura organizacional.

Em suma, diante do exposto, acredita-se que se pode melhorar. Assim, é necessário pensar a saúde do trabalhador a partir da reestruturação produtiva e da gestão do trabalho, como consta na disposição para querer concretizá-las. Oliveira & Vasconcellos (1992) afirmam que a possibilidade de executar uma política eficiente está relacionada à formação de quadros não apenas tecnicamente competentes, mas comprometidos também com a questão ideológica.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. Desafios do Projeto Profissional de ruptura com o conservadorismo. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 28, nº 91, setembro 2007.

ALBORNOZ, Suzana. **O trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2004. Coleção primeiros passos.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 11ª ed. – São Paulo: Cortez, Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed.- São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Caderno & Saúde Coletiva. Volume: 5, nº 01, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>? Acesso em: 18 de out. de 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. In: **Serviço Social e sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 26, nº 87, especial 2006.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. 7ª Região-RJ. Código de Ética Profissional. In: **Assistente Social: ética e direitos: coletânea de Leis e Resoluções**. 4ª ed. Rio de Janeiro, junho, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: MOTA, Ana Elizabete (org.) **A nova fábrica de consensos**. 2ª ed.-São Paulo: Cortez, 2000.

CLT Saraiva acadêmica e constituição federal. **Constituição Federal de 1988**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

DEMO, Pedro. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DIAS, Elizabeth. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://www.cremes.org.br/library/modelos/publicações/pdf/doenças\\_trabalhador.pdf](http://www.cremes.org.br/library/modelos/publicações/pdf/doenças_trabalhador.pdf). Acesso em: 19 de nov. de 2007.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.) 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política: saúde e segurança do trabalhador**. São Paulo, Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. **Saber profissional e poder institucional**. 4ª ed- São Paulo: Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. O Serviço Social no mundo contemporâneo. In: **Serviço Social, política social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERG, 2006.

FONSECA, Lígia. Condições de trabalho e adoecimento na guarda municipal de Santos (SP): 1992-2003. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 26, nº 82, 2005.

FORTI, Valéria L. Ética e serviço social: formalismo, intenção ou ação? In: **Serviço Social, política social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERG, 2006.

FREIRE, Lúcia Maria de Barros, O Serviço Social e a saúde do trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas. In: MOTA, Ana Elizabete (org.) **A nova fábrica de consensos**. 2ª ed.-São Paulo: Cortez, 2000.

GUERRA, Iolanda, O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 28, nº 91, setembro 2007.

HOLANDA, Maria Norma Alcântara Brandão de, O trabalho em sentido ontológico para Marx e Lukács: algumas considerações sobre trabalho e serviço social. In: **Serviço Social e sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 23, nº 69, março. 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 7ª ed. – São Paulo: Cortez, 2004.

KAUFMANN, Josef Nicolas. Turbulências no mundo do trabalho. Quais são as perspectivas? In: **Serviço Social e sociedade.** São Paulo: Cortez, ano 23, nº 69, março. 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras editora, 1999.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política.** 12ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Bertrand Brasil S.A, 1988.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Rev. Saúde pública, São Paulo, volume 25, nº 5, p.341-9,1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 20 de set. de 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. In: **Serviço Social e sociedade.** São Paulo: Cortez, ano 26, nº 87, especial 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22ª Ed- Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume13, nº2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>? Acesso em: 28 de set. de 2007.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. O Serviço Social frente ao neoliberalismo. Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. In: **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, ano 18, nº 53, março 1997.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberto e criação. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22ª Ed- Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1994.

NETTO, João Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 6ª ed- São Paulo, Cortez, 2002.

NICOLAU, Maria Célia Correia. Formação e fazer profissional do assistente social: trabalho e representações sociais. In: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, ano 25, nº 79, setembro 2004.

OLIVEIRA, Beatriz Gonçalves de; MUROFUSE, Neide Tiemi. **Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho.** Rev. latino-

enfermagem Ribeirão Preto, volume 9, nº 01 p.109-115- janeiro 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 10 de out. de 2007.

OLIVEIRA, Ednéia Alves de. O atual estágio de acumulação capitalista: destruição criativa ou criação destrutiva? In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 26, nº 82, 2005.

OLIVEIRA, Manfredo Araújo de. A nova problemática do trabalho e a ética. In: **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1998.

ORTIZ, Fátima Grave. Trabalho, desemprego e Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 23, nº 69, março 2002.

RIBEIRO, Edna Marta da Silva. **História do Serviço Social no Hospital Ophir Loyola**. 2004, folhas - Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Pará: Belém, 2004.

ROCHA, Cleonice Silveira da; FRITSCH, Rosângela. Qualidade de vida no trabalho e ergonomia: conceitos e práticas. In: **Serviço Social e sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 23, nº 69, março. 2002.

SANTOS, Marta Alves. A Reestruturação produtiva e seus impactos na saúde do trabalhador. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez ,ano 26, nº 82, 2005.

SECRETARIA EXECUTIVA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA. Hospital Ophir Loyola. Relatório, anos 1967, 1968, 1969, 1970, 1971.

SETUBAL, Aglair Alencar. **Pesquisa em serviço Social: utopia e realidade**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, Maria Valéria Costa. A produção do conhecimento no Serviço Social e sua relação com os princípios éticos. In: **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, ano 25, nº 77, março 2004.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira; NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: **Saúde e Serviço Social**. 2ª Ed.- São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3ª ed. – São Paulo: Cortez, 2006.



VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. **Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas**. Cadernos de pesquisas em administração. São Paulo: volume 08, nº 01, março 2001.

VIEIRA, Evaldo Amaro. As políticas sociais e os direitos sociais no Brasil: avanços e retrocessos. In: **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, ano 18, nº 53, março 1997.

YAZBEK, Maria Carmelita. Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social. In: **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, ano 19, nº 56, março 1998.

Outras fontes:

<http://www.sindipetro.org.br/saude/saudetrab.htm>.

<http://www.meusalarario.uol.com.br/main/saude/saude/pricdoencas>.

[http://www.sstmpe.fundacentro.gov.br/anexo/cartilha\\_sesi%20sebrae\\_2005%20dicas\\_sst.pdf](http://www.sstmpe.fundacentro.gov.br/anexo/cartilha_sesi%20sebrae_2005%20dicas_sst.pdf).

## ***ANEXOS***

**ANEXO 1:** Corredor das enfermarias das clínicas:  
Ginecologia, Mastologia, Urologia e Cabeça e Pescoço.



Foto dos autores, dez/2007.

**ANEXO 2:** Sala da equipe multiprofissional.



Foto dos autores, dez/2007.

**ANEXO 3: Enfermaria da clínica de Urologia.**

Foto dos autores, dez/2007.

**ANEXO 4: Enfermaria da clínica de Ginecologia**

Foto dos autores, dez/2007.

## ***APÊNDICES***

## Apêndice A – Modelo de Formulário Aplicado

### Formulário

#### 1) Dados pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( )

Cor: branca ( ) parda ( ) amarela ( ) preta ( )

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: Solteiro (a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado (a) ( )

Viúvo (a) ( ) Outros \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

#### 2) Dados funcionais

Quantos anos você trabalha no hospital Ophir Loyola?

1 ano ( ) 3 anos ( ) 5 anos ( )

10 anos ( ) 15 anos ( ) outros \_\_\_\_\_

Qual o setor? \_\_\_\_\_

Lotação \_\_\_\_\_

As atividades na clínica são:

Intensa ( ) Normal ( ) Regular ( )

O atendimento ambulatorial é:

( ) diário ( ) duas vezes na semana

( ) uma vez na semana ( ) três vezes na semana

Qual o número de atendimentos no ambulatório e fora do dia proposto?

R: \_\_\_\_\_

Você acha que o nº de atendimentos seria menor se houvesse atendimento vespertino nas clínicas?

Sim ( ) não ( ) Por

quê? \_\_\_\_\_

Considera o espaço físico de atendimento adequado para o desenvolvimento das suas atividades?

Sim ( ) não ( ) Por quê?

\_\_\_\_\_

O que poderia mudar?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Possui autonomia para exercer suas atividades?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

Na sua atividade de trabalho possui intervalo de descanso?

( ) sim / quantos minutos? \_\_\_\_\_

( ) não Por que?

Você acha que sua atividade de trabalho tem afetado sua saúde de alguma maneira?

( ) sim

( ) não

Em que aspecto?

Físico ( ) pessoal ( ) emocional ( ) familiar ( ) todos ( )

Explique:

Sua atividade de trabalho ocasiona preocupação e ansiedade?

Sim ( ) não ( )

Sente cansaço físico decorrente do ritmo de atendimentos?

Sim ( ) não ( )

Diante de tantas atividades consegue ter boa relação com o usuário?

Sim ( ) não ( )

Considera essa relação:

Excelente ( ) Boa ( ) regular ( ) ruim ( )

Como é sua relação com a equipe de trabalho?

Excelente ( ) Boa ( ) regular ( ) ruim ( )

Você é reconhecido profissionalmente pelos os usuários e pela equipe de trabalho?

Sim ( )

Não ( ) Por quê?

De que maneira o suas atividades laborais pode melhorar na realização dos atendimentos?

R:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Apêndice B – Modelo de Roteiro de Entrevista***Roteiro de entrevista**

Instituição:
Nome:

- 1) Você é assistente social a quanto tempo?
  - 1.1) Gosta da profissão que exerce?
- 2) Como você se vê enquanto profissional da saúde?
- 3) Já atuou profissionalmente em outra área?
- 4) O que você entende por trabalho? Explique:
- 5) Descreva e comente suas atividades no hospital.
- 6) Você acha que o ritmo de trabalho no hospital tem refletido na sua saúde física, emocional e familiar? De que forma?
- 7) Já adquiriu alguma doença decorrente disso?
- 8) Vai ao médico regularmente?
- 9) O que você compreende por saúde?
- 10) Costuma levar os problemas do trabalho para casa?
- 11) Possui hábitos de lazer? Quais?
- 12) Que sugestão você considera pertinente para que seu trabalho não interfira na sua saúde física e social?
- 13) Quais propostas você sugere para a melhoria do seu exercício profissional e para o atendimento dos usuários?