

Lourenço, Edvânia; Goulart, Patrícia; Anunciação, Luis; Lacaz, Francisco Antonio de Castro
Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicosociais
Saúde e Sociedade, vol. 28, núm. 1, 2019, Janeiro-Março, pp. 154-168
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902019180675

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263852011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais

Working conditions of social workers in the health system and psychosocial repercussions

Edvânia Lourenço^a

 <https://orcid.org/0000-0002-8997-7592>
E-mail: edvaniaangela@hotmail.com

Patrícia Goulart^b

 <https://orcid.org/0000-0002-5080-9241>
E-mail: pmg.correio@gmail.com

Luis Anunciação^c

 <https://orcid.org/0000-0001-5303-5782>
E-mail: luisfca@ufrrj.br

Francisco Antonio de Castro Lacaz^d

 <https://orcid.org/0000-001-7621-3756>
E-mail: f.lacaz@unifesp.br

^aUniversidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Franca, SP, Brasil.

^bUniversidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil.

^cUniversidade Federal do Rio de Janeiro. Departamento de Psicometria. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^dUniversidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Este artigo discute aspectos das condições de trabalho e as repercussões psicossociais do trabalho de assistentes sociais (AS) que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa foi realizada a partir de investigação qual-quantitativa que envolveu tanto aplicação de questionários, em âmbito nacional, quanto a realização de entrevistas individuais e grupos focais com AS que atuam nos três níveis de complexidade do SUS. Nacionalmente, 295 AS responderam ao questionário, sendo 53,3% do estado de São Paulo. Os principais achados sugerem que as AS, apesar de em sua maioria serem concursadas e fazerem a jornada de 30 horas semanais, apresentam condições de trabalho inadequadas, pois 39% não têm salas para o atendimento individual e 30% informaram não ter privacidade para o trabalho. Do ponto de vista psicossocial, as escalas do questionário que avaliam as condições de trabalho e o bem-estar laboral evidenciaram que as(os) profissionais não estão em conflito com tais condições de trabalho, pois não foram reportados dados significativos quanto aos sentimentos de insegurança, impotência, frustração ou mal-estar. Há reconhecimento da utilidade do seu trabalho, percepção da precarização dos serviços e consequente queda na qualidade dos cuidados ofertados, o que, nas entrevistas, foi expressado como uma tensão frequente para o engajamento na garantia do direito à saúde. Assim, os altos índices de bem-estar constatados nas escalas podem ser vistos como dificuldades para o reconhecimento das condições precárias a que estão submetidas(as), ou como estratégias defensivas para o não enfrentamento dessas

Correspondência

Edvânia Lourenço
Av. Eufrásia Monteiro Petráglio, 900.
Franca, SP, Brasil. CEP 14409-160.

condições, aliado à dificuldade de se reconhecerem como trabalhadores(as) precarizados(as).

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Serviço Social; Sistema Único de Saúde; Gestão do Trabalho; Repercussões Psicossociais.

Abstract

This article discusses aspects of the work conditions and the psychosocial repercussions of social workers enrolled in the Brazilian National Health System (SUS). This research was performed through a qualitative-quantitative investigation involving both the nationwide application of questionnaires and individual interviews and focus groups with social workers employed in SUS' three levels of complexity. A total of 295 social workers answered the questionnaire in the country, 53,3% of which in the state of São Paulo. Main findings suggest that the social workers, despite most of them being public servers and working 30-hours a week, show inadequate working conditions, since 39% do not have rooms for individual care and 30% reported having no privacy at work. From a psychosocial perspective, the questionnaire scales that assess working conditions and well-being during work showed that the professionals feel conflicted with their working conditions since it did not report significant data on feelings of insecurity, impotence, frustration or discomfort. There is recognition of the usefulness of their work and they perceive the precarization of services and subsequent decrease in the quality of the services provided - which was expressed in the interviews as a constant tension towards their engagement in guaranteeing the right to health. Thus, the high levels of well-being observed in the scales can be seen as difficulties in recognizing the precarious conditions to which they are submitted or even as defensive strategies for the non-confrontation of these conditions, together with the inability to perceive their own situation as precarious.

Keywords: Worker's Health; Social Work; Unified Health System; Work Management; Psychosocial Repercussions.

Introdução

Quando se fala em desgaste da saúde e sofrimento vivenciados pelas(os) trabalhadoras(es), em decorrência do seu trabalho, deve-se ter em mente um panorama do cotidiano laboral, do modo como o trabalho é realizado, sob que proteção social e, ainda, qual realização pessoal e profissional tal trabalho possibilita (Lourenço, 2016b).

Assim, é paradoxal discutir questões do campo saúde do trabalhador (ST) (Lacaz, 2007) ante a desregulamentação das políticas sociais e trabalhistas, como as que estão sendo aprovadas e aplicadas no Brasil, nesse momento.

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que congela os gastos públicos na área social, por 20 anos (Rossi; Dweck, 2016; Vieira; Benevides, 2016). Em 2017, foram aprovadas a Lei nº 13.429, que permite a terceirização irrestrita do trabalho e da produção e a Lei nº 13.467, que promoveu profunda mudança na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Lourenço, 2018). Quanto à previdência social, além da intensa racionalização dos recursos, a partir de revisão dos benefícios tem ocorrido exclusão de grande parte dos beneficiários, ao lado de ser alvo do setor financeiro-bancário que destrói direitos previdenciários em prol do seguro individual pelos fundos de investimento do setor bancário (Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017), e também da ampla captura do fundo público pelo capital (Granemann, 2012).

As transformações em curso, isto é, a desregulamentação do trabalho e dos direitos sociais, são, na realidade, fruto da dinâmica do capital que, diante das suas crises, busca restaurar as taxas de acumulação. No caso brasileiro, o papel desempenhado pela elite nacional associado à manutenção da heteronomia econômica, de um histórico apartamento das massas da vida política e acesso à riqueza socialmente produzida, mantém profunda desigualdade no país (Georges, 2017), o que se agrava pela intensa crise política e institucional.

Nesse quadro, o trabalho profissional como assistente social (AS), enquanto uma das profissões que compõem o perfil de trabalhadores(as) dos serviços da seguridade social, situa-se entre a restrição e o atendimento às necessidades postas pelas manifestações da crise do capital e da questão

social, as quais se tornaram mais acirradas, num contexto de restrição do acesso a essas políticas, garantidas em lei, mas, na realidade, quase sempre inexistentes. A dualidade: aumento da demanda e diminuição orçamentária dos serviços públicos, pode gerar a intensificação do trabalho e dificultar que as ações logrem êxito. Assim, no caso aqui relatado, AS que atuam na saúde podem enfrentar profundo desgaste biopsíquico ante a precarização dos serviços e o contato constante com demandas sensíveis que traduzem histórias de vida de crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, imersos em contextos de desemprego, subemprego, violências, doenças, drogadição etc. que exigem dos(as) profissionais respostas capazes de encontrar possíveis alternativas de ação, que garantam não apenas o direito às políticas sociais, mas o enfrentamento daqueles problemas.

As assistentes sociais formaram a sua identidade profissional fundamentados na concepção de que proteção social era um direito vinculado à ideia de justiça social e profundamente integrado à própria ideia da justiça como valor maior, ao qual deveria estar direcionado seu trabalho. Dentro desta perspectiva, podemos entender o esvaziamento subjetivo vivenciado no *burnout* que agora se dissemina no interior das redes institucionais em que atuam estes profissionais, considerando que surgiram ameaças e ataques à preservação do sentido de seu trabalho. (Seligmann-Silva, 2011, p. 523-524)

O compromisso profissional com o trabalho bem-feito e com a satisfação das necessidades demandadas no cotidiano de trabalho corresponde, dentre outros, ao potencial para a realização profissional. Porém, quando sobressaem os limites para efetivar esse compromisso, sobretudo num ambiente de forte pressão direta e indireta tanto das pessoas que esperam por uma resposta às suas necessidades, em geral, postas como urgentes, quanto das instituições que têm seguido a lógica da negação dos direitos e imputado maior seletividade ao acesso, podem acarretar sobrecarga emocional dos(as) profissionais, materializando-se em desgaste da sua saúde (Raichelis, 2011). O(a) AS vê-se diante

da realidade sofrida de muitos dos(as) usuários(as) que buscam acessar algum direito, nem sempre disponível, cristalizando momentos de tensão. Além disso, esses profissionais estão submersos em condições objetivas de trabalho que podem dificultar e, até impedir, a realização do trabalho com qualidade.

Assim, a pergunta é: essa tensão, entre a efetivação do direito ou sua negação, é um constrangimento profissional que favorece o desgaste psicológico e físico das(os) AS que atuam na área da saúde?

Considerando esse panorama, no presente texto, busca-se conhecer as condições e organização de trabalho de AS que atuam no SUS, bem como as repercussões psicossociais do seu trabalho. É fruto de projeto de pesquisa que objetiva compreender as condições de trabalho e saúde de AS que atuam nos serviços de seguridade social no Brasil, que abrange as áreas de assistência social, previdência social e saúde, que envolve grupos de pesquisadores de universidades públicas das regiões Sudeste, Sul e Norte. Aqui serão focados dados de AS da área da saúde, que atuam no SUS, coletados no período de 2014 a 2016. Ademais, os aspectos aqui discutidos foram fruto das atividades de pós-doutorado desenvolvido no período de 2015-2017, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sob a supervisão do Prof. Dr. Francisco Lacaz, docente desse programa, sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da Unifesp e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), conforme processo nº 445443/2015-4.

Método

A pesquisa aqui exposta tem abordagem mista, contando com técnicas tradicionalmente vistas como quantitativas e qualitativas, em que se considerou as respostas dadas a um questionário psicométricamente adequado, bem como o conjunto de informações obtidas por entrevistas individuais e grupos focais (GF).

O questionário foi respondido tanto em sistema on-line (disponibilizado no site de uma universidade pública) quanto de forma impressa (durante eventos

da categoria de AS). Como critérios de inclusão para participação estavam a condição de ser AS e estar na ativa em serviços da seguridade social.

Entre 2014 a 2016, 758 participantes responderam aos questionários, considerando as três áreas que compõem a seguridade social brasileira. Desse total, 295 eram vinculados ao SUS. O questionário coletou dados sociodemográficos: as condições, a organização e gestão do trabalho, assim como a atividade profissional e as relações trabalho-saúde e o bem-estar social, que incluiu indicadores psicossociais associados ao trabalho. Em relação a tais indicadores, o questionário contém uma escala de Ajuste Organização Pessoa (Ajuste OP), que faz parte de um conjunto maior de escalas relacionadas às condições de trabalho (Blanch; Sahagún; Cervantes, 2010). Essa escala é baseada em um modelo teórico que pressupõe a tripla relação da organização com o método, com o entorno e com a pessoa no contexto de trabalho. No presente estudo, limitou-se a aplicação da escala de Ajuste OP, que é composta por 15 itens. Trata-se de uma escala validada em contexto ibero-americano (Blanch; Sahagún; Cervantes, 2010), adaptada e validada à realidade brasileira por autores brasileiros (Goulart et al., 2012). Também foi aplicada a escala Bem-Estar Laboral Geral de forma parcial, pela adoção das subescalas de “Afetos” e de “Competências” (Blanch et al., 2010; Goulart et al., 2012).

Os GF e as entrevistas individuais forneceram informações com as quais buscou-se aprofundar, qualitativamente, os dados já perquiridos no questionário, mas ainda carentes de significado (Minayo, 2006). Assim, os questionamentos durante as entrevistas giraram em torno do SUS, do trabalho do serviço social na sua rede de serviços e as possíveis repercussões psicossociais para a saúde e bem-estar no trabalho das(os) AS.

Foram realizados quatro GF com AS que atuam nos três diferentes níveis de complexidade do SUS, quais sejam: atenção primária/básica, ambulatórios de especialidades (nível secundário) e hospitais (nível terciário) de um município de médio porte, localizado no interior do estado de São Paulo.

A inclusão ocorreu a partir dos critérios já indicados e, também, a partir da autorização de responsáveis pelos serviços. Após, buscou-se

contatar as(os) profissionais, por meio de convites para a participação nas entrevistas. Nos dois GF com AS que atuam em uma Secretaria Municipal de Saúde houve a participação de doze profissionais em cada grupo; realizou-se, ainda, um GF com quatro AS que atuam num Ambulatório Médico de Especialidades (AME), e um GF com oito AS de um hospital filantrópico conveniado com o SUS.

Também foram realizadas entrevistas individuais com duas AS que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma em ambulatório de doenças sexualmente transmitidas. Essas entrevistas ocorreram em município de médio porte, no interior do estado de São Paulo, no próprio local de trabalho das entrevistadas ou em ambiente de uma universidade pública, localizada no mesmo município. Além disso, foi entrevistada uma AS de Hospital Universitário (HU) também localizado no interior do estado de São Paulo, mas em município diferente daquele. As entrevistas individuais e os GF foram agendados por meio de contato prévio, manifestação de interesse em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas e, após transcritas, analisadas a partir da Análise de conteúdo, mediante construção de eixos de sentido (Goulart et al., 2012; Minayo, 2006), como: SUS, trabalho profissional, condições de trabalho, relações de trabalho e saúde.

A relação trabalho e saúde nos serviços públicos

Nos serviços públicos, engana-se quem imagina que não há impactos para a saúde dos(as) trabalhadores(as), pois pensa-se que deveriam ser ambientes salubres; cujos vínculos de trabalho seriam formais, estáveis; com salários fixos e adequados; com relações mais horizontais, democráticas e participativas. Contudo, não é isso que se verifica, uma vez que o Estado vem precarizando os contratos de trabalho; ao que se soma a degradação dos espaços públicos, sendo que, a tão decantada estabilidade no trabalho no setor público já não existe (Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017).

Hoje, trabalhadores(as) são constantemente submetidos(as) às novas formas de gestão do trabalho em que não há concursos públicos e a

contratação ocorre mediante processos seletivos, por tempo determinado, sob a forma de prestação de serviços e/ou contratos terceirizados (Druck, 2017). Além disso, as novas formas de gestão do trabalho, no interior do Estado, impõem o cumprimento de metas e inúmeras estratégias para rebaixar os salários e expandir a jornada de trabalho. Desse modo, tem se tornado comum a instabilidade do emprego e a perda de direitos e benefícios que outrora protegiam os(as) trabalhadores(as) públicos (Lacaz; Goulart; Junqueira, 2017). De um lado, cresce a demanda e a carga de trabalho, de outro, assiste-se à derrocada dos sistemas de proteção social no mundo todo (Dardot; Laval, 2016). Com efeito, um traço característico da piora na saúde dos(as) trabalhadores(as), na contemporaneidade, é o sofrimento mental relacionado ao trabalho (Seligmann-Silva, 2011).

Ademais, a gestão de cunho empresarial adota modelos de organização do trabalho que estimulam o individualismo e a competitividade e que, incorporados aos serviços públicos, têm provocado casos de assédio moral, o que inclui tratamentos vexatórios, tanto em termos verbais quanto de exposição a situações de humilhação, de forma sistemática e reiterada, redundando em sofrimento mental, que, no mais das vezes, provoca afastamento do trabalho e, em certos casos, suicídio (Gaulejac, 2007; Herigoyen, 2002; Seligmann-Silva, 2011). Além disso, o assédio moral no trabalho torna as relações agressivas, redundando num cotidiano de trabalho muito mais exaustivo e degradante para a saúde física e mental dos(as) trabalhadores(as) (Herigoyen, 2002).

Os serviços públicos em situação de crise do capital, sobretudo os do SUS, vêm mostrando aumento da demanda por atendimento, situação provocada e agravada pelo sofrimento decorrente do desemprego e do rebaixamento das condições de vida e trabalho; acresce-se ainda o fato de o número de trabalhadores(as) para tal atendimento estar diminuindo, como apontam Assunção e Jackson Filho (2011, p. 53):

Os TS [Trabalhadores da Saúde] encontram-se diante de uma injunção contraditória: atender com qualidade mais pessoas e com menos tempo e menos

acesso aos recursos. Ademais, são experiências que podem trazer efeitos negativos para a saúde dos TS: a) quando não há tempo para dialogar com o usuário visando a dirimir as suas dúvidas quanto ao plano terapêutico (incluindo a sua dificuldade de leitura das receitas e instruções específicas); b) quando não há tempo para investigar a fundo a história de cada novo paciente que é internado; c) quando lidam com as agressões do usuário esgotado em situações de longa espera por atendimento; d) quando a taxa de mortalidade aumenta.

O aumento da demanda exige respostas para problemas imediatos, e as restrições impostas pela falta de investimentos nos serviços públicos de saúde têm levado a sua desqualificação pela mídia e a ataque ao trabalhador público. Com isso, descura-se da discussão sobre os direitos sociais, das condições de trabalho e de infraestrutura daqueles locais. As informações veiculadas pela mídia buscam mostrar que a universalização da saúde deveria acabar e que mecanismos de proteção dos(as) funcionários(as) deveriam ser abolidos (Bravo, 2013; Lourenço, 2016a).

Sob o neoliberalismo, é natural pensar a saúde como mercadoria, prevalecendo a visão de que o mercado é mais eficiente, o que resulta na penetração de sua lógica no setor saúde, inclusive com a oferta de planos populares, voltados para as classes trabalhadoras, que oferecem apenas consultas, nenhum ou parcisos exames laboratoriais, deslegitimando a luta por uma política de saúde pública de qualidade (Bravo, 2013; Matos, 2013).

Tal realidade, sustentada pela estratégia neoliberal, atribui ao Estado o papel da preservação dos interesses do capital especulativo e parasitário sobre as demais frações do capital (produtivo, bancário e comercial), como já explicitado por Alves (2016). Disso também faz parte a captura, pelo mercado, do fundo público, como analisa Granemann (2012).

A precarização do trabalho no sistema capitalista é imanente, está pressuposta, porque o trabalho, no capitalismo, está marcado pela alienação do produto final, pela subsunção formal e real ao capital e pela extração da mais valia absoluta e relativa (Marx, 2006).

Ocorre que, no atual estágio do capitalismo, a precarização ganha novos contornos, o que implica, como já abordado por Alves (2016); Antunes (2009) e

Druck (2017), na fragilização das relações de trabalho com consequente enfraquecimento da organização coletiva e sindical (Navarro; Lourenço, 2017). Trata-se de uma precarização que não se limita às relações sociais no, ou do, trabalho, mas que envolve as várias dimensões da vida, como a ética e as relações sociais e psico-afetivas (Alves, 2016; Seligmann-Silva, 2011).

As condições de vida e trabalho e a preservação da saúde e do bem-estar no trabalho foram reconhecidas como fundamentais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), sendo que essa última, em documento de 1986, evidenciou que além dos riscos físicos, químicos e biológicos, é importante considerar os fatores psicossociais presentes no trabalho (ILO, 1986). Assim, as análises deixam de considerar apenas as condições de trabalho, de forma autônoma e isolada, para salientar também um conjunto de circunstâncias que inclui a interação das condições e a organização de trabalho, o ambiente, as funções, conteúdo e significado das atividades, as relações de poder, os esforços e recompensas e, ainda, as características individuais dos(as) trabalhadores(as) (ILO, 1986).

Para Blanch et al. (2010), o bem-estar no trabalho pode ser vivenciado pelos(as) trabalhadores(as), sendo também por eles(as) produzido, uma vez que o trabalho é palco tanto de sofrimento quanto de prazer. Acrescenta-se, também, que é palco de resistência e de luta por melhores condições de trabalho e saúde.

Ao estudar os efeitos psicossociais do trabalho, Blanch et al. (2010) indicam que é preciso atentar para aquilo que afeta o emocional e, também, para o que garante o bem-estar. Portanto, os estudos devem ser capazes de buscar conhecer, não apenas, os níveis de bem-estar no trabalho, mas a saúde, a motivação, o compromisso, a satisfação, o rendimento laboral, as patologias profissionais, a eficácia e eficiência das organizações, os níveis de presenteísmo, de absenteísmo, de rotatividade e abandono, de accidentalidade e de enfermidades laborais.

Resultados

Em estudo anterior, foram discutidos os dados sociodemográficos coletados a partir dos

questionários respondidos pelas(os) AS da área da saúde (Lourenço, 2017). Aqui, é importante retomar as informações genéricas, sublinhando que dos 758 questionários respondidos, como já dito, 295 (38,95%) foram por AS que atuam no SUS, sendo que 43,3% delas trabalhavam em hospitais. Cerca de 53% (155) das(os) respondentes são do estado de São Paulo; 9,28% (27) do Rio de Janeiro; 8,93% (26) de Goiás; 6,53% (19) de Minas Gerais; 2,75% (8) do Paraná e mesmo percentual de participantes para os estados de Pernambuco, Santa Catarina e Roraima, havendo, ainda, quantidades menores de AS de outros 11 estados da Federação.

Houve predominância do sexo feminino, com 91,9% dos(as) respondentes e 8,1% do sexo masculino, sendo essa uma característica do Serviço Social, já devidamente conhecida na profissão (Cisne, 2015; Iamamoto; Carvalho, 1985). Portanto, a partir desse momento, a referência aos(as) AS será no feminino, uma vez que compõem a quase totalidade da amostra.

Cumpre destacar que a maioria das AS autodeclarou-se branca; a idade predominante, na faixa de 31 a 40 anos de idade, engloba 41,4%. Cerca de 75% afirmaram ter religião, e 2,4% declararam ter algum tipo de deficiência. Foram 54,9% as AS que atuam no mesmo local de trabalho há um período de até cinco anos e 63,7% declararam ter, no momento da pesquisa, apenas um vínculo contratual. A maioria, isto é, 63,7% recebe contratação por meio de concursos públicos e faz jornada de trabalho de 30 horas semanais; já 25,8% passaram por processo seletivo e 4,7% foram “contratadas” por indicação (Lourenço, 2017).

Os dados indicam que o maior percentual das entrevistadas recebe de três a quatro salários mínimos (SM), mostrando que seu nível salarial é superior ao valor do SM vigente no país, ou seja, R\$ 954,00. Entretanto, como o serviço social não conta com piso salarial, é muito comum deparar-se com baixos salários, como se verificou nas entrevistas e GF, e como se lê nos depoimentos:

O nosso salário aqui é R\$1.400,00 por 30 horas semanais. (GF - AS de um Hospital Filantrópico)

O salário é R\$2.800,00, com benefícios, chega a três mil e pouquinho, para 30 horas semanais.

(GF 2 - AS de uma Secretaria Municipal de Saúde de município de médio porte)

Em relação a salário, eu sinto que não é um trabalho valorizado, é pouco mais de um mil reais. (GF - AS de AME)

O salário é horroroso, o Estado não te dá nenhuma condição, é o quê, R\$1.400,00, R\$1.600,00? É menos que dois mil reais... (Entrevista individual, AS - HU)

Os dados relativos às condições materiais e ao ambiente de trabalho são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultados descritivos das respostas das AS quanto às condições materiais do ambiente de trabalho, 2014-2016

	Frequência	%	% válida
Sala individual			
Não informado	10	3,4	3,4
Não	115	39	39
Sim	170	57,6	57,6
Ter privacidade			
Não informado	16	5,4	5,4
Não	89	30,2	30,2
Sim	190	64,4	64,4
Sala em grupo			
Não	93	31,5	31,5
Sim	192	65,1	65,1
Condições do Mobiliário			
Não informado	14	4,7	4,7
Boa	193	65,4	65,4
Ruim	88	29,8	29,8
Há computador			
Não informado	7	2,4	2,4
Não	33	11,2	11,2
Sim	255	86,4	86,4
Acesso à internet			
Não	26	8,8	8,8
Sim	262	88,8	88,8

Vê-se, pois, que 57,6% das AS têm sala individual para a realização dos atendimentos, e 39%, ou 115

depoentes, não as têm. Ademais, 65,1% disseram ter salas para trabalhos em grupos, e 31,5%, 93 respondentes, afirmaram que não as têm.

Dependendo do local onde você trabalha..., você tem um espaço bom. Por exemplo, trabalhar junto às clínicas, que rendem mais pro hospital, te dá uma condição melhor [...] mas, às vezes, é necessário dividir o mesmo espaço... Aliás, é um problema no Hospital todo. [...] Situações assim de brigas homéricas por sala. Desocupou uma sala começa uma briga entre os departamentos pra ver quem vai ocupar aquela sala. A questão de espaço é uma questão de estrutura antiga do hospital; eles falam em uma média de movimentação de ambulatório em mais de cinco mil pessoas/dia, contando tudo... E, aí, aquele horror... não tem ventilação! A planta do hospital é falha. Até pouco tempo, isso, agora, foi por uma ação do Serviço Social de ambulatório, que eles começaram a fazer umas pesquisas com os pacientes. A partir daí, foram instalados ventiladores pra tudo quanto é lado e banheiros, mas não tinha banheiro com acessibilidade pra deficientes é coisa de bem pouco tempo atrás, de uns três e quatro anos... (Entrevista individual, AS - HU)

Interessante observar que o depoimento aponta que a estrutura do hospital não garante boa ventilação, acesso a banheiros e, tampouco, acessibilidade aos usuários, sobretudo para as pessoas com deficiência, o que se faz presente em muitos serviços de saúde. Assim, ainda que os dados estatísticos indiquem que 57% do grupo pesquisado tem sala individual para o atendimento, nem sempre está garantida a sua adequada condição. Como se lê em alguns trechos dos depoimentos:

A sala fica bastante longe, a gente tem que andar para atender de um lugar pra outro e aquela correria... aquela falta de condições e de atender em um lugar mais adequado. (GF 1 - AS de Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de município de médio porte)

O Serviço Social, somos em seis aqui e a estagiária, para uma sala pequena e mal arejada, não temos janelas... É nessa sala de plantão, que damos

subsídio para os ambulatórios e o plantão médico do materno e geral..., as demais assistentes sociais dividem salas nos setores que atendem, por exemplo, a materno-infantil, a CTI infantil, as unidades de internação. (GF - AS - Hospital Filantrópico)

O lugar é horrível, a minha sala é cheia de bolor, quando chove descasca, aquele cheiro de bolor, quando eu tiro férias e, depois, eu volto, eu começo a espirrar, eu tenho resfriado toda a vez, depois, eu acho que meu organismo vai criando anticorpos, e vai acostumando com aquilo, mas ali é muito fechado, muito abafado, muito feio, muito cinza, muito... gente, não podia ser dessa forma, como eu idolatro outra coisa, sabe? Eu acho que não é fácil, sabe, receber um diagnóstico de HIV, sabe? (Entrevista individual, AS - Ambulatório de DST)

A sala de atendimento é o espaço do acolhimento, das entrevistas, das reflexões, das orientações e dos suportes e vínculos, que não podem ser esgotados nesse espaço, mas, esse, é essencialmente necessário para reforçar a qualidade do trabalho na busca por resolução dos problemas apresentados de forma ética e respeitosa. A sala do serviço social é também o espaço pelo qual a profissão de AS é identificada dentro do serviço.

Nesse item, também foi questionado se as profissionais contam com privacidade no trabalho. Assim, 64,4%, ou 190 respondentes, informaram que têm privacidade para realizar os atendimentos e 30,2%, ou seja, 89, afirmaram que não têm privacidade, enquanto que 5,4% deixaram essa questão em branco. Esse dado pode estar associado à informação anterior, já que 57,6% afirmaram ter sala individual para o trabalho e 39% não as têm. Cumpre esclarecer que a privacidade também foi relacionada a outros fatores para além da sala, por exemplo, o uso do telefone foi apontado como fundamental para o exercício do trabalho, o qual depende do estreito contato com a rede de proteção social e com os familiares das pessoas atendidas. Nesse sentido, no GF 1, com AS de uma SMS de município de médio porte, foi destacado que, em geral, nas UBS o telefone está localizado na recepção, o que interfere na privacidade, como se depreende da seguinte fala: *O trabalho da recepção é o pior que tem dentro das UBS*

e atender o telefone lá, prejudica o trabalho dela e a gente também fica exposto e o usurário também, não é? (GF 1 - AS de SMS de município de médio porte).

Por outro lado, mesmo quando existe telefone na sala, foi indicado que a linha é comum ao serviço, o que cria uma dificuldade para as profissionais, como destacado: *tem sempre alguém que pega o telefone e tira do gancho para tentar fazer alguma ligação, mas como você está usando, outras pessoas podem te ouvir (GF 1-AS de SMS de município de médio porte).*

Uma questão premente indicada, sobretudo, pelas AS da SMS é a ausência de transporte para a realização de visitas domiciliares. Outra informação importante acerca das condições de trabalho é que são ambientes ruidosos, como destacado por 66,6% das respondentes e, também, nas falas; enquanto 27,4% disseram não haver ruído.

Lá na unidade, também, acho que em todo lugar, há um volume muito grande de atendimento, tem muito ruído, é criança chorando, mãe gritando com criança, é tanto ruído que, às vezes, tem dia que eu saio do trabalho com a minha cabeça doendo e, quando chego em casa, não quero nem ligar o rádio ou a televisão, não quero ouvir nada, de tanto ruído, de tanto barulho que ouvi no trabalho. Eu acho isso desgastante no dia-a-dia do trabalho... (GF 2 - AS de SMS de município de médio porte)

Quanto ao mobiliário, 65,4%, ou 193 respondentes, avaliaram como bom, porém para 29,8%, ou 88 respondentes, a mobília foi avaliada como ruim, e 4,7% deixaram a questão em branco.

O Conselho Federal de Serviço Social (Cfess) editou a Resolução nº 493/2006 (Brasil, 2006), a qual trata das condições éticas e técnicas do exercício profissional, definindo a necessidade da existência do espaço físico adequado para o atendimento de forma sigilosa, devendo ser feito a portas fechadas, garantindo o sigilo e o respeito.

Repercussões psicossociais

Como já citado, para avaliar as condições/organização de trabalho foi aplicada a escala condições de trabalho do questionário desenvolvido por Blanch, Sahagún e Cervantes (2010), que contém

15 itens respondidos em opções, numa escala tipo Likert, com gradação entre 1 e 7, refletindo o grau de concordância que o/a participante tem com o conteúdo perguntado. Diante das evidências anteriores sobre validade na escala, é possível utilizar o somatório dos resultados de cada um dos quinze itens como um índice ou “indicador” sobre o Ajuste OP, como é mostrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Resultados descritivos das respostas das AS quanto à escala Condições de Trabalho (Ajuste OP), colhidos em 2014-2016

Item	Conteúdo	Média	Desvio padrão
15	Me faz sentir útil	5	1,7
2	Exige-me de acordo	4,9	1,8
8	Estimula o compromisso laboral	4,8	1,7
9	Permite-me trabalhar à vontade	4,5	1,8
12	Favorece o crescimento pessoal	4,5	1,8
14	Desenvolvimento da identidade	4,4	1,8
1	Satisfaz meus interesses	4,3	1,6
11	Proporciona liberdade	4,2	1,8
6	Acordo com valores	4,1	1,8
13	Permite aspirações profissionais	4,1	1,8
10	Motiva-me a trabalhar	4,1	1,8
3	Responde as necessidades	4,1	1,7
7	Facilita meu reconhecimento	4	1,9
5	Ajusta-se aos meus desejos	3,9	1,8
4	Atende as minhas expectativas	3,9	1,6

No geral, a escala Ajuste OP teve uma média de 4,88, entre 1 e 7. Frise-se que valores abaixo da média apontam que o grupo avaliado se sente pouco “útil” ou “com baixa liberdade para trabalhar à vontade”, dentre outros itens discriminados na Tabela 2; enquanto valores elevados mostram exatamente o oposto. As respostas encontram-se na média, ou acima dela, o que revela que, no período selecionado 2014-2016, para as AS, o trabalho é satisfatório e permite o crescimento pessoal e profissional,

sendo que aproximadamente 81% das entrevistadas enquadram-se nessa situação.

A média mais baixa auferida pelas AS foi observada nos itens da escala Ajuste OP e refere-se a quanto a atual experiência de trabalho “ajusta-se aos meus interesses” e “atende as minhas expectativas”, ambos obtiveram a média inferior a 4 ou seja, 3,9. Contudo, 81% das participantes auferiram notas acima de 4, considerando os 15 itens da escala Ajuste OP.

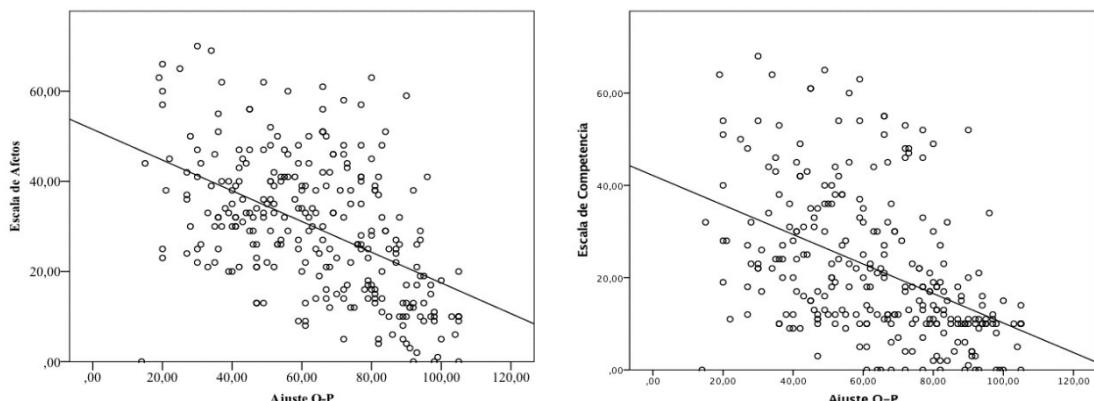
Importante destacar que essa percepção não é significativamente diferente em função do sexo ($\chi^2=0,114$, $p>0,05$), da faixa etária ($\chi^2=5,28$, $p>0,05$), da faixa salarial ($\chi^2=6,592$, $p>0,05$) ou se foi admitido via concurso público, indicação ou processo seletivo ($\chi^2=0,075$, $p>0,05$).

Frise-se que também foram utilizadas duas subescalas, da escala Bem-Estar Laboral Geral, do questionário desenvolvido por Blanch et al. (2010), especificamente a subescala de “Afetos” e a subescala de “Competências”. Cada uma das apresenta 10 itens com uma gradação de 1 a 7. Assim, se o/a respondente assinalar valores como “1” ou “2” ao item “Satisfação”, significa que ele se encontra próximo à insatisfação. Caso marque valores como “6” ou “7”, a interpretação é a oposta. O alfa de Cronbach mostrou que tanto a subescala de “Afetos” ($\alpha=0,93$) quanto a de “Competências” ($\alpha=0,93$) são precisas e consistentes.

As AS pontuaram valores muito baixos às subescalas de “Afetos” e de “Competências”, demonstrando que os sentimentos negativos de insatisfação, mal-estar, desvalorização, incompetência, injustiça, dentre outros (Blanch et al., 2010), não estão presentes no seu cotidiano de trabalho ou comparecem em menor proporção. Os itens que receberam notas maiores foram os da subescala de “Afetos”, especificamente o item “Dificuldades”, com 3,53, e “Impotência”, com 4,43.

Considerando apenas os dados das escalas, verifica-se que, no período selecionado, as AS, na sua maioria, analisam muito positivamente o seu bem-estar no trabalho, indicando notas muito baixas para os sentimentos de insatisfação, mal-estar e inutilidade (Blanch et al., 2010). Fez-se a relação entre a escala Condições de Trabalho (Ajuste OP) (Tabela 2) e as subescalas de “Afetos” e de “Competências” para verificar se os dados apresentam relação inversamente proporcional, o que é apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Relação entre a escala Condições de Trabalho (Ajuste OP) e as subescalas de “Afetos” e de “Competências” quanto às respostas das AS do SUS, 2014-2016



O Gráfico 1 apresenta a relação entre a escala Condições de trabalho (Ajuste OP) e a subescala de “Afetos”, cujos resultados são inversamente proporcionais ($\rho = -0,5$, $p < 0,001$), o que também é valido na relação entre a escala Ajuste OP e a subescala de “Competências”. A análise de precisão também foi realizada em ambas as escalas e se mostraram adequadas nesse indicador: 0,93 e 0,95.

Os dados estatísticos observados na escala Ajuste OP e nas subescalas “Afetos” e “Competências” indicam que as AS estão muito ajustadas à organização do SUS, ou a sua experiência atual de trabalho, denotando satisfação no trabalho, já que menos de 20% atribuíram pontuação abaixo da média, o que indicaria negatividade do trabalho executado.

Discussão

Observou-se, no estudo, que houve predomínio da participação de AS que atuam na área da saúde em hospitais e serviços de especialidades e, em menor proporção, na atenção básica. Tal achado coincide com a história de ocupação dos postos de trabalho pelo serviço social na área da saúde, reflexo do maior investimento público nesses dois níveis de complexidade do SUS em detrimento da atenção básica (Bravo, 2013; Matos, 2013). Entretanto, deve ser considerado que a atenção básica constitui, na atualidade, grande campo de atuação profissional do Serviço Social (Marsiglia; Carreira; Amaral, 2016).

Cerca de 91% das AS da área da saúde são do sexo feminino. Salienta-se que os estudos do campo ST devem considerar as relações de gênero nas incidências dos agravos à saúde, tendo em vista que a divisão sexual do trabalho espelha os papéis atribuídos pela sociedade aos homens e às mulheres. Assim, o serviço social na área da saúde conforma a “feminização” das atividades do cuidado, historicamente delegado às mulheres (Araujo; Rotenberg, 2011; Cisne, 2015; Iamamoto; Carvalho, 1985).

Verificou-se a ausência de sala destinadas ao atendimento profissional do serviço social para 39% das respondentes. Ademais, há que se considerar também suas deficiências. Para 30% das AS não existe privacidade para a realização do seu trabalho e mais de 60% enfatizaram o ruído do ambiente de trabalho. São questões que compõem o processo de precarização do trabalho, para além dos vínculos, reflexo do estrangulamento das políticas sociais, sobretudo, de saúde.

Ressalte-se a importância de um ambiente adequado para a realização do trabalho, sendo que o público atendido pelo serviço social é majoritariamente composto de crianças, idosos, pessoas com algum tipo de enfermidade ou deficiência, drogadição, perda de poder familiar, violência doméstica, conflito com a lei, dentre outros, o que exige escuta qualificada e atenção no ato do atendimento. Saliente-se que atendimentos realizados num ambiente inadequado são impróprios e dificultam o trabalho.

Foram 77% as AS que informaram conhecer a Resolução nº 493/2006 do Cfess (Brasil, 2006), o que se julga importante para a organização de demandas quanto à melhoria dos ambientes e condições de trabalho.

As respondentes pontuaram com notas médias ou altas a escala Condições de Trabalho (Ajuste OP) (Blanch; Sahagún; Cervantes, 2010), o que evidencia que não há, ou há em nível insignificante, conflitos com a atual organização do trabalho. Ocorre que tal análise deve ser contextual e dialética, porque passa por duas questões que parecem fundamentais: de um lado, o tipo de trabalho, ou seja, a especificidade da área da saúde, e de outro, o nível de consciência e organização de classe das profissionais.

Lacaz, Goulart e Junqueira (2017), ao aplicarem a mesma escala Condições de Trabalho (Ajuste OP) a trabalhadores(as) do SUS, especialmente, agentes comunitários de saúde, enfermeiros(as) e médicos(as), verificaram índices semelhantes aos indicados pelas AS, descritos na Tabela 2. Por exemplo, para o item “Motiva-me a trabalhar” a categoria de enfermeiros(as) apontou a média de pontuação de 4,1 e a categoria médica de 4,5; já no estudo aqui relatado, a média atribuída pelas AS foi de 4,1. Portanto, verifica-se que as notas atribuídas pelas AS seguem os valores atribuídos por outros profissionais da saúde.

É importante ter clareza da especificidade do trabalho realizado. Aqui prevaleceu o trabalho na área hospitalar, e supõe-se que as AS convivam com pessoas adoecidas, muitas no liame entre a vida e a morte, com problemas de saúde associados a fatores socioeconômicos. Pode-se supor que o fato de estarem diante desses limites tenha uma interferência na avaliação das suas próprias condições de trabalho.

Borges (2002), ao aplicar e validar um Inventário de Motivação e Significado do Trabalho para bancários e profissionais de saúde, concluiu que a força motivacional para o trabalho de profissionais da saúde é maior do que aquela observada no setor bancário. Isso seria explicado pelo fato de os(as) “profissionais de saúde manterem expectativas mais elevadas, baseadas na experiência do encontro de maior espaço psicosocial para o exercício da própria responsabilidade, da independência profissional e da auto expressão” (Borges, 2002, p. 99).

Interessante observar que a autora, ao ampliar a abrangência da sua pesquisa, adicionou a aplicação do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) e verificou que quanto maior a força motivacional no trabalho, menores tendem a ser os escores de deterioração mental. Entretanto, a autora faz um alerta de que o QSG-12 é sensível para detectar aspectos ligados ao trabalho no setor bancário, mas não para os profissionais da saúde, onde também foram realizados estudos de *burnout* com resultados expressivos (Borges, 2002).

Para Dejours (1992), é possível ocorrer a negação do sofrimento no trabalho por meio de estratégias defensivas, as quais são mecanismos que, via de regra, minimizam ou omitem a percepção das reais condições de trabalho, com vistas a manter a integridade psíquica. Segundo o autor, são essas estratégias que permitem a continuidade daquela experiência de trabalho, ainda que seja desgostosa, desgastante e desestimulante (Dejours, 1992).

As estratégias defensivas podem garantir o equilíbrio psíquico, de forma ilusória, de trabalhadores(as) que vivenciam situações agressivas à saúde física e emocional, além de inibir a resolução desses problemas e evitar reações de enfrentamento das condições objetivas de trabalho. As estratégias defensivas acabam criando resignação quanto às precárias condições e organização do trabalho, além de ampliar a alienação no trabalho (Seligmann-Silva, 2011).

Já as entrevistas estabelecem uma relação inversa em relação à percepção obtida por meio dos questionários de valores de bem-estar, autonomia, reconhecimento e condições de trabalho, havendo correlação direta com a negatividade do trabalho e possível desgaste profissional e de saúde, como se lê no depoimento:

O que bate no final, quando você vai embora, é que muito do que você atendeu, você não resolveu, que você não tem poder para resolver, depende de toda uma rede e isso chama-se frustração. Você pode fazer yoga, meditação, caminhada..., mas aquele problema tá lá e ele não foi resolvido. E ele mora lá no meu inconsciente, e eu posso ir embora, que ele vai continuar lá... (GF2-AS de SMS de município de médio porte)

Observa-se que ocorre desgaste psicológico e social ante situações não resolvidas. Nesse sentido, foi

muito enfatizado que o serviço social tem importância no trabalho da equipe de saúde, no trabalho com a prevenção e orientação, mas enfrenta inúmeras dificuldades diante do atendimento das demandas de saúde e sociais que carecem de políticas públicas e de trabalho estruturadas e capazes de oferecer algum grau de segurança social. Ademais, ante o seu desmonte há desgaste para as profissionais, que se veem diante de problemas que não conseguem ser resolvidos pela rede de saúde e de proteção social.

Nas entrevistas, as AS demonstraram que a realidade diária dos serviços de saúde é marcada pela consciência dos inúmeros problemas de saúde vivenciados pela população empobrecida e sem condições de buscar outras formas de atendimento fora do SUS, pois esse tem sido pouco resolutivo para aqueles problemas. Esse nível de consciência dos problemas de saúde e da ausência de recursos para o adequado atendimento é apreendido pelas AS como desgaste, preocupação e dificuldade de se desligar dos problemas vivenciados no trabalho, como expressado na fala:

A não resolutividade impacta..., no geral, o hospital está com poucos funcionários e uma demanda muito grande de internados... talvez o maior impacto seja no técnico de enfermagem, mas acho que pra nós também, enquanto equipe de Serviço Social, [...] são 288 leitos, e somos em poucas e todo mundo é cobrado por indicadores [...]. A equipe está cansada e isso não só o Serviço Social, eu vejo a equipe multi, fono [...], nutricionistas e fisioterapeutas [...], uma equipe cansada, desmotivada, nós sempre conversamos entre nós da equipe do Serviço Social, o quanto estamos cansadas. (GF - AS - Hospital Filantrópico)

A austeridade fiscal, hoje implantada, prevista na Emenda Constitucional nº 95/2016, que institui Novo Regime Fiscal, a conhecida Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Teto, ou PEC do Fim do Mundo, a partir da qual a saúde, que já sofre com a ausência de financiamento adequado, teve o seu orçamento congelado a partir de 2016, aumentando as dificuldades já vivenciadas pelo setor, uma vez que haverá ampla redução do gasto público per capita com saúde, conjugada a desobrigação dos governos de alocarem mais recursos, ainda que

ocorra o crescimento econômico (Vieira; Benevides, 2016). Além disso, a gestão pública de caráter privado tem produzido inúmeras mudanças na gestão dos serviços públicos, relacionando a ideologia da excelência ao cumprimento de metas, estimulando ao individualismo e à competição entre pares (Druck, 2017; Gaulejac, 2007) sem que sejam ofertadas condições de trabalho saudáveis. Assim, em geral, é comum nos serviços públicos a convivência com os cortes de recursos, congelamento de salários, ausência de concursos diante de quadros insuficientes de profissionais, como retratado nos depoimentos, em que se verifica o desgaste profissional do serviço social e o cansaço, sendo mencionado que a equipe toda que atua no hospital apresenta cansaço laboral.

Considerações finais

No geral, os dados coletados na presente investigação traduziram sentimentos de altos índices de adaptação e de bem-estar no trabalho. As AS indicaram a positividade do trabalho tanto para a escala Condições de Trabalho (Ajuste OP) quanto para as subescalas “Afetos” e “Competências”, ou seja, avaliaram que há uma relação satisfatória entre o que fazem e as expectativas subjacentes e, ainda, que há equilíbrio entre o que o trabalho exige e o que as trabalhadoras ofertam, bem como ocorre a valoração subjetiva das condições de trabalho, dos níveis de bem-estar, do trabalho ético profissional e o enfrentamento das demandas gerenciais.

Contudo, as análises das entrevistas semiestruturadas individuais e GF permitiram evidenciar a negatividade do trabalho, manifestando-se desde os efeitos psicosociais até a perda do entusiasmo e desejo pelo trabalho bem-feito, ou simplesmente a ocorrência da acomodação. Isso se mostra em vários depoimentos desalentados que afirmaram: “ah, já lutei muito, briguei muito, hoje, estou mais na minha” ou “ah, não adianta, já vivi isso e sei que não adianta brigar”.

Por outro lado, foram constantes os depoimentos colhidos que indicaram o gosto e o prazer no trabalho a partir dos resultados da ação desenvolvida, ou seja, quando as AS conseguem viabilizar alterações qualitativas no cotidiano das famílias atendidas, isso gera satisfação e, inclusive, reconhecimento profissional.

Entretanto, verificou-se que as AS convivem, sobretudo, nos hospitais, com a rigidez hierárquica e com a centralização das informações, além da quase totalidade das falas reportarem a falta de reconhecimento das profissionais por parte da chefia e gestão dos serviços. A isso se soma a ausência de possibilidades para se desenvolverem profissionalmente nos seus espaços de trabalho, ou seja, no geral, o que se verifica nos depoimentos é que há pouca perspectiva de crescimento profissional, como também se evidencia a associação entre precárias condições de trabalho, ausência de recursos e sobrecarga de trabalho.

Por fim, de fato, há discrepância entre os dados colhidos nos questionários e atribuídos à escala Condições de Trabalho (Ajuste OP) (Blanch; Sahagún; Cervantes, 2010), às subescalas “Afetos” e “Competências” da escala Bem-Estar Geral Laboral (Blanch et al., 2010), e as informações coletadas por meio de entrevistas individuais e GF.

Porém, não se trata, aqui, de afirmar que são dados incoerentes com a realidade, ou reduzidos às vivências afetivas individuais, mas que é preciso considerar as inúmeras determinações ao se detectar as repercussões psicossociais, as quais não podem restringir-se aos aspectos cognitivos e afetivos individualmente, mas é preciso ampla abordagem que permita ver o seu vínculo com o que se faz, o modo como se faz e as condições de trabalho.

Em síntese, os dados obtidos no estudo indicam que as AS do SUS valorizam o seu trabalho, em alguns momentos reconhecendo-o como importante para a sociedade, mas os altos índices de bem-estar no trabalho indicados pelas profissionais também podem ser vistos como estratégias defensivas, como explicitado por Dejours (1992), expressão de certo estranhamento e alienação no trabalho em saúde (Seligmann-Silva, 2011).

Referências

- ALVES, G. *A tragédia de Prometeu*. Bauru: Práxis, 2016.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho*: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ARAUJO, T. M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 131-150.
- ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 45-65.
- BLANCH, J. M.; SAHAGÚN, M.; CERVANTES, G. Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Madrid, v. 26, n. 3, p. 175-189, 2010.
- BLANCH, J. M. et al. Cuestionario de bienestar laboral general: estructura y propiedades psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Madrid, v. 26, n. 2, p. 157-170, 2010.
- BORGES, L. O. Efeitos psicossociais da precarização do emprego: um breve balanço dos estudos desenvolvidos em Natal. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Org.). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília, DF: UnB, 2002. p. 90-109.
- BRASIL. Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do trabalho profissional do Serviço Social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 ago. 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2U1ulys>>. Acesso em: 26 nov. 2017.
- BRAVO, M. I. S. *Saúde e serviço social no capitalismo*: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.
- CISNE, M. *Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social*. São Paulo: Outras Expressões, 2015.
- DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo*: ensaios sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.
- DRUCK, G. Terceirização no serviço público: múltiplas formas de precarização no trabalho. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (Org.). *O avesso do trabalho IV: terceirização, precarização e adoecimento no mundo do trabalho*. São Paulo: Outras Expressões, 2017. p. 59-87.
- GAULEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.
- GEORGES, R. *A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras*. São Paulo: Oxfam, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2hs9Flk>>. Acesso em: 13 mar. 2018.
- GOULART, P. M. et al. Questionário de bem-estar no trabalho: estrutura e propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 2012, v. 29, p. 657-665, 2012. Suplemento 1.
- GRANEMANN, S. Fundos de pensão e a metaformose do “salário em capital”. In: BEHRING, E. et al. (Org.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 243-260.
- HERIGOYEN, M. F. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez, 1985.
- ILO - INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION. *Psychosocial factors at work: recognition and control: report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health Ninth Session*. Geneva, 1986. v. 56. (Occupational Safety and Health Series).
- LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.
- LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M.; JUNQUEIRA, V. (Org.) *Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde*. São Paulo: Hucitec, 2017.
- LOURENÇO, E. A. S. Política de saúde no Brasil: a dualidade do sistema público-privado e as consequências para o direito à saúde. In: SILVA, J. F. S.; GUTIÉRREZ, T. P. M. (Org.). *Política social e serviço social: Brasil e Cuba em debate*. São Paulo: Veras, 2016a. p. 99-128.
- LOURENÇO, E. A. S. (Org.). *Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo*. Campinas: Papel Social, 2016b.
- LOURENÇO, E. A. S. Trabalho e saúde das assistentes sociais da área da saúde. *Temporalis*, Brasília, DF, ano 17, n. 34, p. 355-381, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ty8iQ6>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
- LOURENÇO, E. A. S. Entrevista: reforma trabalhista e os seus impactos para a saúde do/a(s) trabalhador/a(s), com Edvânia Ângela de Souza Lourenço. *Pegadas: A Revista da Geografia do Trabalho*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 258-273, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2WFMi8a>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- LOURENÇO, E. A. S.; LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M. Crise do capital e o desmonte da previdência social no Brasil. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 130, p. 467-486, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2WxA3dK>>. Acesso em: 13 fev. 2018.
- MARSIGLIA, R. M. G.; CARREIRA, M. O. C. S.; AMARAL, D. P. Do serviço social médico ao serviço social na saúde: meio século de história em São Paulo. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 15, n. 1 (21), p. 37-50, 2016.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. v. 1.
- MATOS, M. C. *Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (Org.). *O avesso do trabalho IV: terceirização, precarização e adoecimento no mundo do trabalho*. São Paulo: Outras Expressões, 2017.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 107, p. 420-437, 2011.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016.

Disponível em: <<https://bit.ly/2t04ShZ>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SELIGMANN-SILVA, E. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016. v. 28. (Série Nota Técnica).

Contribuição dos autores

Lourenço concebeu o projeto. Anunciação foi responsável pela assessoria estatística. Lourenço, Goulart e Lacaz redigiram o artigo. Todos os autores contribuíram para a revisão final.

Recebido: 14/11/2018

Aprovado: 5/12/2018