

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

**“AQUI A GENTE CONSEGUE JUNTAR OS NOSSOS CAQUINHOS”: O
COLETIVO DE TRABALHO ENQUANTO FONTE DE PRODUÇÃO DE
RECURSOS PARA A SAÚDE DE PSICÓLOGAS DE CRAS**

IASMIN LIBALDE NASCIMENTO

Vitória

2017

IASMIN LIBALDE NASCIMENTO

**“AQUI A GENTE CONSEGUE JUNTAR OS NOSSOS CAQUINHOS”: O
COLETIVO DE TRABALHO ENQUANTO FONTE DE PRODUÇÃO DE
RECURSOS PARA A SAÚDE DE PSICÓLOGAS DE CRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação do Professor Doutor Thiago Drumond Moraes, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Vitória

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Naturais da
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)
Saulo de Jesus Peres – CRB-6 ES-000676/O

N244a Nascimento, Iasmin Libalde, 1988-
“Aqui a gente consegue juntar os nossos caquinhos” : o
coletivo de trabalho enquanto fonte de produção de recursos
para a saúde de psicólogas de CRAS / Iasmin Libalde
Nascimento. – 2017.
203 f. : il.

Orientador: Thiago Drumond Moraes.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e
Naturais.

1. Sistema Único de Assistência Social (Brasil). 2.
Psicólogos – Stress ocupacional. 3. Clínica da atividade. 4.
Centro de Referência de Assistência Social. I. Moraes, Thiago
Drumond. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

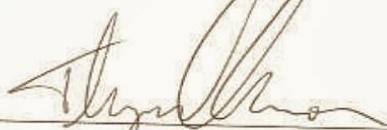
CDU: 159.9

**“AQUI A GENTE CONSEGUE JUNTAR OS NOSSOS CAQUINHOS”: O
COLETIVO DE TRABALHO ENQUANTO FONTE DE PRODUÇÃO DE
RECURSOS PARA A SAÚDE DE PSICÓLOGAS DE CRAS - UFES.**

IASMIN LIBALDE NASCIMENTO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 31 de Agosto de 2017, por:



Prof. Dr. Thiago Drumond Moraes - Orientador, UFES.



Prof. Dr. Luziane Zacché Avellar, UFES.



Prof. Dr. Claudia Osorio da Silva, UFF.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Thiago Drumond Moraes, por ter acreditado e apostado junto comigo na realização de um trabalho maior do que eu previa inicialmente. Além da parceria e do suporte teórico, sua postura empática, humilde e aberta ao diálogo forneceu segurança e motivação para desbravar as questões que foram surgindo no decorrer da construção desta pesquisa. Agradeço o acolhimento e a compreensão durante os momentos difíceis que passei ao longo desses dois anos de trabalho.

Aos profissionais psicólogos que participaram e auxiliaram na produção desta pesquisa, de forma especial às psicólogas que participaram do grupo. A garra de vocês para lutar cotidianamente, apesar de tudo, por um SUAS de qualidade é admirável!

Aos Profs. Drs. Rafael da Silveira Gomes e Luziane Zacché Avellar pela disponibilidade de realizarem a leitura deste trabalho ainda em sua fase de construção, contribuindo de forma substancial.

Agradeço às Prof.^{as} Dr.^{as} Luziane Zacché Avellar e Claudia Osorio da Silva que compuseram a minha banca de defesa; suas pertinentes pontuações indubitavelmente contribuíram para aperfeiçoar esta dissertação.

Agradeço também aos meus amigos de mestrado pelos momentos de desabafo e descontração. Em especial ao Lucas, parceiro de Programa de Educação Tutorial (PET) e de mestrado, por compartilhar momentos de reflexão teórica e se mostrar solícito nas horas em que o trabalho se atravancava.

Aos meus pais, que me apoiaram e orientaram em todas as etapas. E aos meus irmãos, Janaina, Juan e Iuri, que suportaram minhas oscilações de humor e, ainda assim, me animaram. Amo vocês, família!

Agradeço à CAPES, por viabilizar este estudo através da concessão da bolsa de pesquisa.

“A experiência profissional não deve ser apenas reconhecida, mas deve ser transformada. Melhor ainda, ela só pode ser reconhecida graças à sua transformação”.

Yves Clot

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	11
LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS	13
APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO GERAL.....	17
A Política de Assistência Social no Brasil	18
O Psicólogo na Assistência Social.....	23
O Trabalho Sob a Ótica da Clínica da Atividade	27
Gênero Profissional.....	31
Contribuições de Canguilhem para a Discussão de Saúde.....	35
Teoria Demanda e Controle.....	38
Objetivo Geral	41
Objetivos Específicos.....	41
Panorama dos Estudos Propostos	41
ARTIGO 1.....	44
A atividade de Trabalho do psicólogo no CRAS: revisão de literatura.....	44
Introdução.....	47
Método	50
Resultados e Discussão	52
Considerações Finais.....	69
Referências	70
ARTIGO 2.....	77
Saúde dos psicólogos que atuam em Centros de Referência de Assistência Social.....	77
Introdução.....	80
Método	86
Resultados.....	88
Discussão.....	92
Referências	102
ARTIGO 3.....	107
Relações entre atividade de trabalho e saúde em psicólogos que atuam em CRAS capixabas	107
Introdução.....	110

Método	114
Resultados e Discussão	116
Considerações Finais.....	127
Referências	129
ARTIGO 4.....	133
A atuação de psicólogas em CRAS: relações entre gênero profissional e saúde.....	133
Introdução.....	136
Método	140
Resultados e Discussão	144
Conclusão	160
Referências	162
DISCUSSÃO GERAL.....	165
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
REFERÊNCIAS	182
APÊNDICES.....	190
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	190
Apêndice B – Questionário online do estudo 2	191

RESUMO

O presente trabalho apresenta como proposta nodal investigar a relação entre o processo saúde/doença e a existência do gênero profissional entre psicólogos que atuam em serviços de proteção social básica em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Para tanto, foram realizados três estudos que se complementaram na tarefa de discutir o trabalho a partir de diferentes perspectivas, colaborando para a compreensão da singularidade de tal objeto de estudo. O estudo 1 buscou traçar um panorama da produção acadêmica que discute a atuação do psicólogo na assistência social, com enfoque em CRAS, propondo-se a analisar, a partir dos estudos, a atividade de trabalho desse profissional na proteção social básica e as reverberações desse trabalho na saúde dos psicólogos que atuam nesses espaços. O estudo 2 discutiu a saúde laboral do psicólogo que atua em CRAS a partir de algumas características presentes no trabalho desses profissionais, articulando o modelo de estresse de Karasek e instrumentos de mensuração da saúde mental (SRQ-20) e qualidade de vida (WHOQOL-bref). Participaram desta pesquisa 53 psicólogos que atuam em CRAS no estado do Espírito Santo. O estudo 3 debateu a relação entre o gênero profissional e o processo saúde/doença vivenciado por psicólogos que atuam na proteção social básica. Dividido em dois momentos, inicialmente analisou a percepção dos psicólogos que atuam nos CRAS em Vitória-ES acerca de sua atividade de trabalho para, posteriormente, identificar e analisar o gênero profissional desses técnicos e sua relação com o processo de saúde/doença vivenciado por esses trabalhadores. Os resultados alcançados indicam que o panorama da literatura científica referente ao período de 2007 a 2016 se debruça sobre as seguintes temáticas: Mapeamento/revisão histórica, Discussão da prática do psicólogo, Condições de trabalho/dificuldades e Proposta de atuação. Sugerindo a necessidade de se investir em pesquisas e ações relacionadas à saúde do trabalhador do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ainda insuficientemente investigada entre esses

profissionais. No que concerne aos aspectos laborais, os resultados demonstram que o trabalho do psicólogo em CRAS caracteriza-se enquanto trabalho ativo; no entanto, observou-se um nível elevado de adoecimento mental e baixa qualidade de vida entre os participantes. Destaca-se que a dimensão controle, no contexto laboral do psicólogo que atua na proteção social básica, parece não contribuir positivamente para a saúde dos trabalhadores como previsto no modelo teórico. Por fim, podemos concluir, com base nos relatos das participantes do terceiro estudo, que a vivência de insegurança durante a atuação e do sentimento de perda da identidade profissional nos sugere que o gênero de psicólogos da proteção social básica encontra-se extremamente enfraquecido; o que produz, junto à precarização do trabalho, adoecimento profissional.

Palavras-chaves: clínica da atividade; gênero profissional; psicologia; sistema único de assistência social; CRAS

ABSTRACT

The present paper presents as a nodal proposal to investigate the relationship between the health-disease process and the existence of the professional gender among psychologists who work in basic social protection services in Social Assistance Referral Centers (CRAS). For that, three studies were carried out that were complemented in the task to discuss the work from different perspectives, collaborating to the understanding of the singularity of such object of study. Study 1 sought to draw a panorama of the academic production that discusses the performance of the psychologist in social assistance, focusing on CRAS, proposing to analyze, from the studies, the work activity of this professional in basic social protection and the reverberations of this work in the health of the psychologists who work in these spaces.

Study 2 discussed the occupational health of the psychologist working at CRAS based on some of the characteristics of the work of these professionals, articulating the Karasek stress model and mental health (SRQ-20) and quality of life (WHOQOL- bref). A total of 53 psychologists working at CRAS in the state of Espírito Santo participated in this study. Study 3 discussed the relationship between the professional gender and the health / illness process experienced by psychologists who work in basic social protection. Divided into two moments, it initially analyzed the perception of the psychologists who work at CRAS in Vitória-ES about their work activity to later identify and analyze the professional gender of these technicians and their relationship with the health / disease process experienced by these workers. The results indicate that the panorama of the scientific literature referring to the period from 2007 to 2016 focuses on the following themes: Historical mapping / review, Psychologist practice discussion, Working conditions / difficulties and Proposed action. It suggests the need to invest in research and actions related to the health of the SUAS worker, still insufficiently investigated among

these professionals. Regarding the labor aspects, the results show that the work of the psychologist in CRAS is characterized as active work, however a high level of mental illness and low quality of life among the participants was observed. It should be noted that the control dimension, in the labor context of the psychologist who works in basic social protection, does not seem to contribute positively to the health of the workers as predicted in the theoretical model. Finally, we can conclude from the reports of the participants of the third study that the experience of insecurity during the performance and the feeling of loss of professional identity suggests that the genre of psychologists of basic social protection is extremely weakened; which, together with the precariousness of work, produces professional ill health.

Keywords: Clinic of activity; professional gender; psychology; single social assistance system; CRAS

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do SUAS

NOB-RH/SUAS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

GAF – Gerência de Atenção à Família

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CONPAS – Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social

CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CRP16/ES – Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região – ES

CAt – Clínica da Atividade

G. A. – Google Acadêmico

TMC – Transtorno Mental Comum

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APRESENTAÇÃO

O excerto que nomeia este trabalho foi retirado da fala de uma das psicólogas que participou do estudo qualitativo desta dissertação durante o último encontro do grupo de discussão sobre o trabalho de profissionais de psicologia que atuam em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Naquele momento, ao longo da avaliação dos encontros, a profissional abordou a importância do debate com seus pares para a sua atuação e para o fortalecimento de sua identidade profissional, conforme veremos no quarto artigo desta dissertação.

Ademais, a escolha pelo gênero feminino para designar as profissionais de psicologia no título, ao contrário do uso genérico do termo no masculino, não tenciona excluir os psicólogos deste estudo. Concordando com as reflexões trazidas por L. Santos (2014), busco fazer alusão à predominância de mulheres na psicologia, assim como nesta pesquisa, e à importância de “se posicionar politicamente na profissão a partir desse aspecto” (p.57).

Lhullier e Roslindo (2013), ao dissertarem acerca da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CPF) em 2012 com psicólogos e psicólogas registrados, apontam a predominância feminina da profissão, sendo que de cada dez pessoas que atuam como profissionais de psicologia nove são mulheres. Nesse sentido, as autoras destacam a disparidade entre a superioridade numérica das mulheres e a desigualdade entre os sexos no que tange ao trabalho e à remuneração, com homens ocupando posições de destaque na categoria. Ademais, as autoras apontam para a “falta de um questionamento mais efetivo da referência masculina – o psicólogo – ser uma constante em todos os estudos sobre a profissão, décadas após a ascensão dos movimentos feministas e de todas as conquistas da mulher como sujeito de direitos” (p.25).

Dito isso, a mobilização para a realização desta pesquisa surgiu a partir da coleta de dados para um estudo de Iniciação Científica, orientado pelo Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes, que buscava analisar os modelos teóricos e metodológicos que os psicólogos atuantes em CRAS do município de Vitória-ES indicaram como orientadores de suas práticas nesses espaços.

Durante as entrevistas com os profissionais, eles relataram encontrar dificuldade para atuar a partir dos referenciais teórico-técnicos aprendidos durante a graduação e ao longo de suas formações acadêmicas. O discurso dos profissionais vinha carregado de questões como estresse e angústia pela sensação de não conseguirem completar o trabalho. A fala de uma participante me impactou de maneira singular, de forma que a carregou comigo até hoje. A profissional era formada pela UFES e citou a importância de se trabalhar mobilização social com os usuários do serviço, dentre outras questões. Entretanto, ao longo da conversa, ela mencionou: “Aqui, parece que a gente só vive para apagar incêndio e não consegue realizar o nosso trabalho”.

A forma com a qual a profissional se expressou me fez pensar no sofrimento que deveria ser trabalhar naquele espaço, diante da demanda que parecia sufocar e da impossibilidade de realizar “seu trabalho”. Questionei-me o que poderia ser considerado “seu trabalho” para aquela psicóloga, haja vista que ela, ao menos foi o que me pareceu, trabalhava incessantemente. Essa questão, que acabei não discutindo com meu orientador de Iniciação Científica por não se tratar do objetivo do estudo, permaneceu comigo durante muito tempo.

Somente a partir da disciplina de Indústria II, lecionada pelo Prof. Dr. Thiago Drumond Moraes, que discutia questões acerca da Psicologia do Trabalho, comecei a vislumbrar alguma possibilidade de resposta para minha questão. Nessa disciplina, fui apresentada à discussão de Dejours, com a Psicodinâmica do Trabalho e, na última aula, ainda lembro, ao debate proposto por Yves Clot com a clínica da atividade. Ainda na graduação, tive a oportunidade de realizar

uma disciplina optativa que discutia, especificamente, a perspectiva da Ergologia proposta por Yves Schwartz.

A partir do contato com as clínicas do trabalho e mobilizada pelo discurso dos psicólogos da proteção social básica, durante minha Iniciação Científica, decidi meu tema de mestrado. Ao menos para mim, creio que respondi em parte minha questão inicial com esse trabalho; entretanto, agora vejo-me afetada por diversas outras que surgiram ao longo da construção desta dissertação. De toda forma, espero ter colaborado com o debate da atividade de trabalho do psicólogo em CRAS e demonstrado a importância nodal de se discutir os efeitos do trabalho na saúde e subjetividade dos trabalhadores.

INTRODUÇÃO GERAL

O trabalho, exaltado de maneira singular pelo modo de vida produzido no capitalismo, impacta profundamente a maneira de se sentir na vida individual e coletiva. Para além de garantir a subsistência, a atividade de trabalho possui a função social de produzir objetos e serviços que serão comercializados tendo por base o valor atribuído pelas trocas sociais promovidas em uma comunidade (Clot, 2011).

Na produção de vida contemporânea, uma vez que o trabalho está intimamente relacionado a uma gama crescente de doenças, conhecidas como doenças ocupacionais, ele também adquire importância vital para a saúde. Isso porque os profissionais, além de garantirem sua sobrevivência, trabalham para construir um contexto para viver (Clot, 2011). Dialeticamente, na medida em que a sociedade se modifica, vão surgindo novas demandas que farão com que o trabalho também se altere e ramifique, o que propõe novas questões para os trabalhadores e para a sociedade. Foi exatamente o que ocorreu com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que, além do crescimento e expansão do trabalho dos psicólogos na assistência social brasileira, produziu a necessidade de se refletir e construir novas formas de atuação profissional, ao mesmo tempo em que colocou novos desafios à saúde desses profissionais.

Desta feita, esta dissertação apresenta o resultado de três estudos que se inter-relacionam na discussão acerca do desenvolvimento da atividade de trabalho dos psicólogos que atuam na proteção social básica do SUAS e as reverberações dessa atuação na saúde desses profissionais. As discussões foram guiadas pela perspectiva teórico-metodológica da clínica da atividade (Clot, 2006a), na qual a análise do trabalho surge como um dispositivo clínico com

o objetivo de ampliar a capacidade de agir dos profissionais, sobre eles mesmos e sobre seu campo de atuação, potencializando o coletivo de trabalhado e, com isso, intervindo na saúde laboral. Cabe sinalizar, ainda, que o conceito de gênero profissional configura o cerne da discussão aqui proposta por permitir explicar questões que atravessam a atividade de trabalho dos participantes, assim como traçar pistas para promoção de saúde no ambiente laboral.

A Política de Assistência Social no Brasil

Segundo Koga (2006), a partir da constituição de 1988 a assistência social se configura como política pública no Brasil, inaugurando um regime de proteção social não contributiva como direito do cidadão e dever do Estado e compondo o tripé da seguridade social ao lado da saúde e da previdência social. De forma complementar e enquanto marco regulatório, em 1993 foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que conferiu as bases para a efetivação da Política de Assistência Social no Brasil. Cabe destacar que tal conquista foi fruto de:

um longo processo de luta de alguns segmentos da categoria de profissionais assistentes sociais, envolvendo universidades, institutos de pesquisa, conselhos federal e regionais de serviço social, além de coletivos de organizações sociais e parlamentares. Estes atores sociais protagonizaram inúmeros debates públicos sobre a configuração de uma legislação que respondesse às demandas da sociedade brasileira referentes à Assistência Social, sob princípios da universalidade e da democracia, tendo como pedra fundamental a noção de direitos de cidadania (Koga, 2006, p.54).

A partir da vigência da LOAS, a gestão da política e a organização das ações passaram a ser articuladas em um sistema descentralizado e participativo organizado nas três esferas de governo. Essa nova configuração de gestão promoveu espaços de participação como a realização de conferências e fóruns de assistência social em âmbitos nacional, estadual e municipal (Koga, 2006; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, [MDS],

2005). Entretanto, conforme salienta Koga (2006), “a efetivação desses mecanismos ocorreu de forma diversa no território nacional, tanto no tempo como no espaço, dependendo dos graus de mobilização dos municípios e estados” (p.54).

Em 1998, após cinco anos da criação da LOAS, a tardia aprovação da primeira Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e da Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS) não apresentou avanços significativos devido à reforma gerencial realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), indicando uma desarmonia entre o movimento social e os interesses políticos prevalentes, conforme destaca Nery (2009). Em contrapartida, o governo FHC inaugurou o Programa Comunidade Solidária, “de caráter privatista e no contraponto ao marco legal de primazia da responsabilidade estatal atribuído à Assistência Social, anulando o movimento da sociedade e enfraquecendo todas as iniciativas de efetivação das diretrizes segundo a LOAS” (Nery, 2009, p.70).

Em dezembro de 2003, passados quinze anos da aprovação do marco legal da assistência social, a IV Conferência Nacional de Assistência Social cobrava a (re)construção da Política Nacional de Assistência Social, uma vez que sua versão de 1999 não foi considerada pelo governo da época (MDS, 2005; Koga, 2006). Dessa forma, como fruto de inúmeras discussões e debates entre representantes do governo e da sociedade civil, em 2004, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprovou a PNAS/2004.

A gestão proposta pela PNAS tem por base o pacto federativo, “no qual devem ser detalhadas atribuições e competências dos três níveis de governo na provisão das ações socioassistenciais, em conformidade com o preconizado na LOAS e NOB/SUAS” (MDS, 2005, p. 13). Ainda nessa direção, a política buscou atender às demandas presentes na sociedade brasileira acerca da responsabilidade política, “objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado” (MDS, 2005, p. 13).

A assistência social, consignada na atual política, busca dar visibilidade e legitimidade às demandas sociais e promover espaço para ampliação do protagonismo de seus usuários, cabendo ao estado “a universalização da cobertura e a garantia de direitos e acesso para serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade” (MDS, 2005, p 32). Destarte, com o objetivo de conduzir o trabalho a ser realizado, a PNAS apresenta como diretrizes:

- I. Normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal bem como às entidades beneficentes e de assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando-se as diferenças e as características socioterritoriais locais;
- II. Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- III. Primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo;
- IV. Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, programas e projetos (MDS, 2005, pp. 32-33).

Cabe destacar, conforme aduz Couto (2009), que a necessidade da construção dessas diretrizes partiu do entendimento, pela política, que a privação do direito a tais diretrizes foi uma das principais características no campo da política social de assistência social.

A primazia da responsabilidade do Estado no direcionamento da política pública visa garantir “acesso aos direitos socioassistenciais a todos os que deles necessitarem” (MDS, 2005, p. 87), salvaguardando os princípios da universalidade de acesso, da transparência na gestão orçamentária e da descentralização político-administrativa (Couto, 2009; MDS, 2005).

Entretanto, Freitas (2010) questiona se esse direito possui caráter universal ou não, uma vez que, ao se pensar em universalidade, parte-se da prerrogativa de que os bens e serviços devem ser ofertados aos membros de toda a sociedade, sem restrição. Ocorre que “a

universalização dos direitos sociais ainda não é garantida na implementação das políticas sociais no Brasil, o que tem sido agravado pela extrema focalização em padrões situacionais específicos” (p. 18).

Ainda segundo a autora, em políticas seletivas e focalizadas existe a garantia da prestação de serviços sociais; entretanto, somente usuários que estiverem dentro dos critérios podem utilizá-la. Dessa forma, “na assistência social é visível a sua submissão aos princípios da seletividade e focalização, pois a maioria de seus programas, ações e serviços são baseados em critérios e contrapartidas que restringem o acesso” (Freitas, 2010, p.18).

Além das diretrizes que regem as ações da assistência social, vale ressaltar que a PNAS deve ser efetivada de forma unificada com as demais políticas sociais setoriais, visando enfrentar as desigualdades socioassistenciais e garantir os mínimos sociais (Couto, 2009; MDS, 2005). Sob essa perspectiva, objetiva:

- I. prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para as famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem;
- II. contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural;
- III. assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família e garantam a convivência familiar e comunitária (MDS, 2005, p. 33).

No que concerne aos objetivos supracitados, nota-se que a PNAS busca assegurar a equidade de acesso dos usuários aos serviços, programas e benefícios ofertados pela política e beneficiar igualmente a população residente em áreas urbanas ou rurais (Couto, 2009).

Em julho de 2005, após a formulação da PNAS e da deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social

(CNAS) a construção do SUAS, um sistema público não contributivo, que radicaliza os modos de gestão e financiamento da política de assistência social no Brasil (MDS, 2005; Couto, 2009).

O SUAS foi implantado em todo o território nacional, consolidando o modo de gestão compartilhada e estabelecendo a divisão de responsabilidades entre os entes federativos (federal, estadual, Distrito Federal, e municipal). Baseando-se no texto da Política Nacional de Assistência Social, tem como propósito instalar, regular e manter a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades dos serviços socioassistenciais, sob critério universal e lógica de ação em rede (MDS, 2005).

As ações do SUAS dividem-se em dois níveis de complexidade: a proteção social básica, cujo objetivo é prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; e a proteção social especial, que tem como objetivo intervir em situações nas quais houve violação ou ameaça de direitos e cuja convivência familiar seja prejudicial para a proteção e desenvolvimento do indivíduo (MDS, 2005).

Os serviços de proteção social básica são executados de forma direta nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que se localizam em áreas de vulnerabilidade social. O CRAS atua na prestação de serviços socioassistenciais às famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando o fortalecimento de vínculos e o convívio sociofamiliar. Nesse sentido, realiza a organização e coordenação das redes socioassistenciais locais e responsabiliza-se pela oferta do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) (MDS, 2009).

De acordo com a PNAS (MDS, 2005), é função do CRAS, sob orientação do gestor municipal de Assistência Social, realizar o mapeamento e a organização da rede socioassistencial de proteção, inserindo as famílias nos serviços de assistência social. Ademais, deve promover o gerenciamento do acolhimento, inserção, encaminhamento e acompanhamento dos usuários no SUAS, possibilitando o desenvolvimento de ações

integradas que visem a sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução do processo de exclusão social dessa população.

A equipe de referência do CRAS é regulamentada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS), que recomenda a participação de um profissional psicólogo na composição da equipe interdisciplinar. Os profissionais que atuam no CRAS são “responsáveis pela gestão territorial da proteção básica, organização dos serviços ofertados no CRAS e pela oferta do PAIF” (MDS, 2009, p.61).

O Psicólogo na Assistência Social

Yamamoto e Oliveira (2010) apontam que a atuação do psicólogo na assistência social não é recente. Porém, a falta de registros sistematizados na literatura torna difícil estabelecer um marco de entrada da psicologia nesse campo. Os trabalhos desenvolvidos por esses profissionais, antes do novo modelo de proteção instaurado pelo SUAS, se vinculavam a áreas decorrentes dos chamados “problemas sociais” – como a jurídica e a familiar. Se for possível estabelecer um marco de entrada da psicologia na assistência, esse marco, segundo os autores, foi a estruturação do SUAS.

O psicólogo, como trabalhador do CRAS, participa de todos os serviços, programas, projetos e benefícios ofertados por esse serviço, articulando sua atuação em conjunto com a equipe interdisciplinar (MDS, 2005). Porém, várias dessas demandas de trabalho escapavam ao escopo de saber da psicologia, fazendo com que fosse necessária a criação de novos referenciais que orientassem a prática dos psicólogos nas políticas públicas (Nota técnica, 2016; Oliveira, Dantas, Solon & Amorim, 2011; J. Silva & Corgozinho, 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010).

Fontenele, Figueiredo e Ribeiro (2007), ao investigarem quais os referenciais teóricos e modelos de atuação, subsidiaram a inserção da psicologia na PNAS e nos CRAS, concluíram que a psicologia não esteve presente na elaboração da PNAS e do SUAS, indicando uma

inserção parcial desta, o que resulta em dificuldades na apropriação de tal política pelos psicólogos (Fontenele, 2008).

No mesmo ano da publicação do trabalho de Fontenele et al. (2007), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), lançou um documento com a finalidade de produzir informações qualificadas para ampliar a compreensão do psicólogo acerca do trabalho nesse campo. O guia de “Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS” tem como objetivo refletir acerca de aspectos “da dimensão ético-política da Assistência Social, a relação da Psicologia com a Assistência Social, a atuação do psicólogo no CRAS e a gestão do trabalho no SUAS” (Conselho Federal de Psicologia, [CFP], 2007, p.7). Ademais, o documento apresenta alguns referenciais teóricos que contribuem para a atuação do psicólogo em CRAS.

Yamamoto e Oliveira (2010) apontam que, numa análise mais detida do documento, o papel da psicologia vincula-se ao indivíduo e à sua subjetividade. Essa interpretação pode ir ao encontro da tentativa dos psicólogos entrevistados por Fontenele (2008), Cruz (2009) e Oliveira et al. (2011) de manterem uma identidade profissional a partir da realização de psicoterapia, na qual caberia à psicologia apenas o que seria da ordem do sofrimento subjetivo.

As recomendações das orientações técnicas para o profissional de psicologia em CRAS elucidam claramente a não realização de acompanhamento psicoterapêutico (CFP, 2007). Apesar dessa advertência, em estudo com psicólogos natalenses, Oliveira et al. (2011) identificam como principais práticas desses profissionais a ludoterapia (realizada com crianças), a psicoterapia individual e o aconselhamento psicológico, argumentando que o desenvolvimento de tal atividade confere identidade aos psicólogos.

C. Silva e Yamamoto (2013), objetivando investigar se as instituições de ensino superior no Piauí discutem políticas sociais na formação do psicólogo, concluem que pouca importância é dada a tais disciplinas, que são desarticuladas entre si e com lacunas de conteúdo.

Por outro lado, evidenciou-se a ênfase em disciplinas direcionadas à clínica tradicional. Dessa forma, ainda segundo os autores, “enquanto a formação do psicólogo continuar seguindo um modelo clínico e marginalizar as discussões direcionadas às políticas sociais, será incongruente exigir um profissional com uma atuação no mínimo coerente com as propostas das políticas sociais” (p.838). Percebe-se a existência de um descompasso entre a formação do psicólogo e a inserção no campo profissional (C. Silva & Yamamoto, 2013; Oliveira et al., 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010). Agregado a isso, alguns autores (Cruz, 2009; Macedo et al., 2011) apontam que os constrangimentos aos quais esses profissionais estão submetidos, no que concerne às condições e meios de trabalho (questões salariais, instabilidade profissional e falta de capacitação para o desenvolvimento das atividades), impactam diretamente na qualidade dos serviços prestados.

Cruz (2009), ao discutir as condições de trabalho dos psicólogos sergipanos, aponta para uma contradição quando se fala de políticas públicas ao encontrar dados que mostram relações empregatícias instáveis, com alta rotatividade e baixos salários, o que promove insegurança na equipe quanto à realização de projetos de longa duração, restringindo seu campo de ação. Dados semelhantes foram encontrados na literatura (Barreto, 2011; Leão, Oliveira & Carvalho, 2014; Macedo et al. 2011; Macedo & Dimenstein, 2012; Ribeiro & Guzzo, 2014; Romagnoli, 2016), que aponta que tais condições empregatícias acabam por despotencializar o trabalho dos profissionais na assistência social. Dessa forma, psicólogos contratados para “desenvolver, de forma continuada e permanente, ações de proteção social para aqueles que se encontram em situação de desemprego e subemprego, ou com vínculos laborais precarizados” (Macedo et al., 2011, p. 487), são levados a trabalhar em condições precarizadas.

Cabe indagar acerca da forma como psicólogos conseguem gerir tais condições laborais precarizadas a fim de desenvolver, apesar de tudo, sua atividade de trabalho. Para além disso,

estudos (Beato et al., 2011; Flor & Goto, 2015; J. Silva & Corgozinho, 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010) apontam que a imprecisão das orientações para atuação dos técnicos na proteção social básica (MDS, 2009) contribui para que os profissionais não encontrem um embasamento objetivo que estabeleça sua tarefa nesse espaço. Nesse sentido, a forma genérica como são definidas as prescrições pode contribuir para que os psicólogos experienciem sentimentos como ansiedade e insegurança sobre sua prática profissional no CRAS (Beato et al., 2011; Macedo & Dimenstein, 2012).

Considerando que a atividade profissional “apresenta-se como uma tentativa, nem sempre eficaz, de lutar contra a inércia, de lidar com as variabilidades e o acaso e de dar conta da tarefa para a qual se foi designado” (Mattedi et al., 2014, p.94), o psicólogo deve fazer escolhas a partir de uma gestão entre as exigências nebulosas da organização, sua relação com outros trabalhadores, sua história, seus valores, dentre outras questões, ao longo de sua atividade de trabalho. Como forma de superar os possíveis entraves surgidos no confronto com o real do trabalho no campo da assistência social, Flor e Goto (2015) sugerem grupos constituídos por psicólogos que atuam na proteção social básica. Todavia, as autoras relatam a inexistência de tais reuniões sobre o fazer psicológico do CRAS, corroborando com os dados encontrados por Ribeiro e Guzzo (2014).

Dessa feita, inferimos que um coletivo de trabalho de psicólogos que atuam em CRAS possibilitaria ao profissional minimizar o sofrimento advindo das dificuldades encontradas diante da assimetria entre a formação acadêmica, a imprecisão das prescrições e o real do trabalho, a partir da construção e compartilhamento de normas coletivas para lidar com tais questões (Clot, 2010). Motta e Scarparo (2013) contribuem nessa direção ao mencionarem a importância nodal da participação em grupos de psicólogos para as psicólogas de seu estudo. Segundo as autoras, a participação nessas reuniões “possibilitou às entrevistadas um espaço de

escuta e reflexão, um lugar que proporcionasse um suporte teórico, técnico, político e de apoio emocional, muitas vezes” (p. 236).

Destarte, deduzimos que enfrentar sozinho as adversidades do meio sem um plano de referência e suporte construído coletivamente junto aos seus pares pode contribuir para produzir sofrimento e sentimentos como insegurança, impotência, frustração, ressentimento (Macedo & Dimenstein, 2012) e ansiedade (Beato et al., 2011). Considerando a importância do trabalho do psicólogo na assistência social, é relevante estudar os fatores que possam levar esses profissionais ao adoecimento, a fim de se pensar em estratégias que melhorem sua saúde e atuação. Para isso, será utilizada a perspectiva teórica da clínica da atividade, como principal alicerce para as discussões, e a teoria da demanda e controle, que nos auxiliará a compreender outras facetas do fenômeno, com a finalidade de abarcar, tanto quanto possível, sua complexidade.

O Trabalho Sob a Ótica da Clínica da Atividade

A clínica da atividade é uma perspectiva teórico-metodológica idealizada por Yves Clot, que é deliberadamente filiado à escola russa de psicologia fundada por Vygotsky. Dessa forma, considerando a perspectiva da psicologia histórico-psicológica adotada pelo autor,

O desenvolvimento de um sujeito não é, além disso, uma corrida rumo a uma meta conhecida de antemão. Seu modelo não é embriológico, pois o desenvolvimento só é unidirecional e predeterminado fora das situações reais. O real se encarrega de transformar o desenvolvimento esperado em história não realizada (Clot, 2006a, p. 13).

Conforme afirma M. Santos (2006), é com esse modo de compreender a atividade laboral que o autor se propõe a discutir a questão de que o trabalho, além de manter a sua função psicológica no ambiente profissional e social, também a desenvolve.

Segundo Clot (2006a), o trabalho realiza, ao mesmo tempo, a função social de produção de objetos e de serviços, assim como produção de trocas sociais que irão determinar o valor

dos objetos na sociedade. Todavia, a função psicológica do trabalho não está contida, em sua potência, na função social. Esta última pode ser um recurso para crescimento dos indivíduos ou, em alguns casos, transformar-se em agente nocivo a esse desenvolvimento. Entretanto, Melo (2011) salienta que as duas funções se encontram intimamente vinculadas e imersas nas atribuições e significados que a história das atividades humanas lhes confere. Assim, “tudo que essas duas funções têm em comum é o seu desenvolvimento recíproco possível ou impossível” (Clot, 2006a, p.9).

Tendo em vista que para Clot (2006a) o desenvolvimento psicológico se dá por meio da atividade de trabalho, o espaço do trabalho não é somente um local para a realização de tarefas; ele também promove o desenvolvimento subjetivo dos indivíduos. Assim, “mais que um meio privilegiado de atualização psíquica do homem, para Clot, o desenvolvimento psicológico se dá por meio do trabalho e da atividade” (Moraes, 2008, p.62).

Partindo do pressuposto de que “a análise do trabalho visa sempre, de todo modo, compreender para transformar¹” (Clot, 2006a, p.11), a clínica da atividade se propõe analisar, junto aos trabalhadores, o real da atividade de trabalho. Podemos afirmar que seu objetivo último é ampliar o poder de agir dos trabalhadores e fortalecer os coletivos de trabalho.

A própria escolha pelo nome da abordagem teórica aponta elementos que auxiliam a compreender tal perspectiva. Segundo Clot (2006b), a opção pela palavra “clínica” vem da ideia de transformação de uma determinada situação; ou seja, da restauração da capacidade diminuída. O autor destaca, ainda, a importância da discussão da subjetividade na atividade de

¹Acerca dessa questão podemos dizer que, para a clínica da atividade, o dialogismo se constitui como fio condutor das discussões acerca do trabalho (Vieira & Faïta, 2003). Para Clot (2006a), “a análise do trabalho é inseparável da transformação deste último” (p.130), e ainda que “o sentido das situações analisadas surge na relação entre uma situação dada e uma outra situação” (p.130). Abordaremos esse tema com maior profundidade adiante.

trabalho, uma vez que para ele não se pode tratar de atividade sem abordar a subjetividade. Assim, conforme destaca Moraes (2008),

a Clínica da Atividade é, de antemão, uma intervenção clínica, uma vez que se trata de uma atividade espaço-temporal no qual uma pessoa ou grupo de pessoas se dispõe a falar sobre aquilo que vivenciam, buscando ‘tomar consciência’ daquilo que experimentam e que vivenciam sem saber exatamente como, quando ou porquê (p.63).

Uma das questões centrais dessa abordagem teórico-metodológica é o coletivo de trabalho. Tal conceito recebe fundamental influência do pensamento de Vygotsky, uma vez que o coletivo se apresenta como recurso para o desenvolvimento da subjetividade individual. De fato, o coletivo para Clot (2006b) é muito mais do que um grupo de pessoas reunidas, apresentando-se como recurso para o desenvolvimento dos sujeitos.

Dito de outra forma, o coletivo de trabalho “é uma das condições que favorecem o desenvolvimento de competências, na medida em que a sua vitalidade permite que se coloquem em debate maneiras de fazer, o que permite que elas evoluam” (Vidal-Gomel, Delgoulet & Geoffroy, 2014, p.17). Por fim, o coletivo de trabalho envolve o compartilhamento de um conjunto de valores, formas de ser e de se relacionar com os outros e com os objetos, definindo com mais ou menos precisão o que é desejável ou não de fazer (Vidal-Gomel et al., 2014).

Outro conceito que surge como eixo central é a atividade de trabalho. Clot (2006a), ao conceber a atividade do sujeito como a suspensão, temporária ou definitiva, de muitas outras ações possíveis, chega à formulação de que atividade é também aquilo que não se faz. Dessa forma, conforme M. Santos (2006) afirma, justifica-se a necessidade apontada pelo autor de se rediscutir o conceito de atividade. Clot (2006a), então, irá diferenciar os conceitos de atividade real e o que se chama de real da atividade. A atividade real diz respeito ao que é feito pelo trabalhador; entretanto, essa é uma parte infimamente pequena se comparada ao que é possível ser realizado. Em outras palavras, a ação na qual o trabalhador se engajou para realizar a tarefa

é apenas uma opção das muitas possíveis que, por razões várias, não puderam se realizar (Roger, 2013; M. Santos, 2006).

Resta, portanto, na atividade, toda sorte de resíduos, os possíveis não realizados que vão habitar, nutrir, às vezes parasitar, a atividade futura, abrindo-lhe novas possibilidades. O que não foi feito, o que não é realizável, o que deve ser feito, etc., tudo isso é muito real e pesa muito no psiquismo de cada um e nas suas condutas futuras. A atividade real diz respeito ao que efetivamente é feito, mas essa é uma parte relativamente pequena em relação ao que é possível (Roger, 2013, p.112).

Dessa forma, segundo Melo (2011), a clínica da atividade passa a ter como objetivo compreender não apenas o que deve ser feito ou o que foi, de fato, realizado, mas o real da atividade de trabalho; que diz de todo o trajeto percorrido pelo trabalhador entre esses dois polos. A partir dessas constatações, surge a conclusão de que o conjunto de tarefas que são programadas para serem realizadas – em outras palavras, a tarefa prescrita – “seria tanto melhor (há realmente por Clot uma afirmação valorativa nesse sentido) quanto mais permitisse o sujeito se desenvolver enquanto realiza suas atividades” (De Freitas Fonseca & Aguiar, 2013, p.37).

Ainda segundo os autores supracitados, cabe destacar que o trabalho que é efetivamente realizado irá diferir da tarefa que foi prescrita inicialmente. Essas “transgressões” à prescrição “para se tornarem instrumentos de trabalho, devem ser compartilhadas e ratificadas no espaço coletivo dos trabalhadores, em determinado lugar e duração, assumindo assim uma configuração histórica e, ao mesmo tempo, transitória” (De Freitas Fonseca & Aguiar, 2013, p.37). Podemos dizer que esse espaço virtual, coletivamente partilhado, no qual serão ou não validadas as apropriações singulares das formas de se pensar e fazer uma tarefa, muito resumidamente, é o que Clot denomina como gênero profissional; um dos conceitos da clínica da atividade que obterá lugar de destaque neste estudo.

Gênero Profissional

Segundo Ruelland-Roger (2013), o conceito de gênero profissional em clínica da atividade sustenta-se em três alicerces. O primeiro é a obra de Mikhail Bakhtin (1984 citado em Ruelland-Roger, 2013, p. 134), que propõe que um sujeito só é capaz de organizar sua fala para produzir sentenças verbais ou escritas porque existe, antes, um arcabouço de enunciados que o permite dar um direcionamento à sua fala e que ela seja entendida por outros de seu grupo. Outro fundamento é a análise do trabalho, na qual a ergonomia contribuirá, sinalizando a distância existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e a psicopatologia do trabalho complementar, apontando que existem “atividades contrariadas na ação de trabalho e que esse negativo pode dar origem a perda de sentido e sofrimento, mas pode ser também fonte de energia e de mobilização” (p.134). A terceira contribuição no desenvolvimento desse conceito surge de Vygotsky com sua concepção de social, quando define que o social é internalizado por cada um de nós. Dessa forma, a partir desses três fundamentos essenciais, foi elaborado o conceito de gênero profissional em clínica da atividade.

Ao iniciar a discussão acerca de gênero profissional, Clot (2006a) nos apresenta aos sociólogos Terssac e Chabaud (1990 citado em Clot, 2006a, p. 36), que definem o conceito de “referencial operativo comum” ao discutirem a dimensão coletiva do trabalho. O conceito de referencial operativo comum envolve, além da cooperação existente entre os trabalhadores no ato do trabalho, as regras que coordenam essa cooperação. É por seu intermédio que os trabalhadores de um determinado grupo mediam a relação profissional entre si e com outro grupo de trabalhadores. Com efeito, tal referencial comum de saberes operativos faz parte do corpo social e simbólico que se insere na relação entre as pessoas no trabalho. Ainda segundo os autores, não se trata de uma regulação funcional, estabelecida formalmente, referente às normas e aos procedimentos que se encontram expressos na forma de instruções; trata-se, antes,

de um modo informal de regulação funcional que se sustenta, fundamentalmente, nos mecanismos de cooperação entre os trabalhadores inseridos na atividade de trabalho.

Esse referencial, elaborado entre os trabalhadores, estabelece regras informais e mutáveis numa situação que se refere a um contexto específico de trabalho e que se diz de um conjunto de aptidões importantes na história daquele coletivo. Cabe destacar que, ao mesmo tempo em que esse referencial operativo comum parte de uma construção social, ele retroage e constrói o coletivo enquanto tal. Em outras palavras, fala-se de um conjunto de regras pré-ordenadas pelo coletivo que irão dizer como cada trabalhador deve agir individualmente e às quais o grupo profissional se sujeita. Ademais, elas também regem a relação com os objetos da ação e ordenam a relação dos trabalhadores entre si (Clot, 2006a).

Cabe destacar, entretanto, que essas regras não são predeterminadas, no sentido de estabelecerem uma forma rígida de se fazer algo antes do seu desenvolvimento, mas uma forma de estabelecer certa ordem, tom e cadências possíveis às ações. Isso implica dizer que essas regras, que se referem ao gênero das atividades demandadas na situação, ao longo do processo de trabalho podem ser modificadas; de forma que se trata muito mais de um movimento, de um processo, do que de um estado fixo e imutável (Clot, 2006a).

A partir das proposições apresentadas, Clot (2006a) demarca o conceito de gênero profissional como uma história que atravessa um grupo de trabalhadores, memória transpessoal de um local de trabalho, configura-se como meio de ação para cada profissional.

Diremos às vezes simplesmente gênero, para abreviar. Mas sempre se tratará das atividades ligadas a uma situação, das maneiras de “apreender” as coisas e as pessoas num determinado meio. A esse título, como instrumento social da ação, o gênero conserva a história. Ele é constitutivo, dessa perspectiva, da atividade pessoal que se realiza através dele (p.38).

Pode-se dizer que as ações no trabalho se encontram amparadas em elaborações coletivas, construídas ao longo da história de um determinado meio profissional e que se configuram enquanto parte de sua cultura; transformadas em recurso durante a atividade. É uma produção comum, portanto genérica, que imputa sentido e orienta o fazer dos trabalhadores de um mesmo horizonte profissional e que permite, por exemplo, que dois operários realizem uma tarefa em conjunto mesmo sem nunca terem se visto ou falado (Clot, 2006a; Mattedi et al., 2014). Em outras palavras, o gênero pode ser descrito como um plano de referência, ou melhor, um arcabouço no qual estão dispostas regras impessoais que ordenam modos provisórios de saber-fazer no trabalho, momentaneamente materializados e validados pelos pares de um ambiente profissional (Ruelland-Roger, 2013; Mattedi et al., 2014). Essa formalização, conforme aduz Clot (2006a), “é com frequência invisível do exterior, distribuída, ‘natural’, impalpável e, em resumo, apreendida na ação” (p.39).

Clot (2006a), a partir do que foi indicado anteriormente, resume gênero profissional como “um corpo intermediário entre os sujeitos, um interposto social situado entre eles, por um lado, e entre eles e o objeto de trabalho, por outro” (p.41). Esse corpo é ao mesmo tempo um traço de união, mediante ao qual o sujeito se reconhece e vivencia um sentimento de pertença, e um reservatório de recursos. É aquilo que, graças a um conjunto de organizações pressupostas, permite que eles saibam o que fazer sem que seja preciso “re-especificar a tarefa cada vez que ela se apresente” (p. 41). De fato, o gênero evita que os profissionais percam tempo com formas de se fazer o trabalho que podem ser cansativas e talvez ineficazes. Ele “oferece suportes para conseguir fazer o que é preciso, para fazer o que desejaríamos, por vezes sem conseguir, ajudar a refazer o já foi feito, evitar fazer sem tê-lo desejado, etc” (Ruelland-Roger, 2013, p. 134). O Gênero ainda

regula as relações entre profissionais, ao fixar o “espírito” dos lugares como instrumento de ação: diz, sem o dizer, o que deve fazer em tal ou qual situação o suposto

desconhecido que jamais vamos conhecer. Ele representa o sistema simbólico com que a ação individual deve relacionar-se (Clot, 2006a, p.50).

Portanto, o gênero profissional se define como uma memória coletiva transpessoal e processual, compondo organizações laborais que são constituídas por uma parte explícita e uma parte subentendida. Essa parte explícita é demarcada pela linguagem e, segundo Clot (2006a), delimita “as fronteiras móveis do aceitável e do inaceitável no trabalho” (p.49), tornando possível, como colocam Mattedi et al. (2014), que a organização das referências coletivas possa ser aprendida. Entretanto, encontramos uma parte implícita desse interposto social, que se configura como um código não verbal compartilhado somente por aqueles que pertencem ao mesmo coletivo profissional. Tais regras compartilhadas de forma tácita pelos trabalhadores “pré-organizam suas operações e seu comportamento; elas se acham de algum modo soldadas às coisas e aos fenômenos correspondentes. Eis por que não requerem formulações verbais particulares” (Clot, 2006a, p.42).

Conforme salienta Clot (2006a), somente quando ocorre alguma perturbação à regra é que o gênero irá se manifestar, pois o gênero é invisível, informal e transpessoal. Entretanto, vale ressaltar que o gênero também possui plasticidade e se renova constantemente através do que podemos chamar de estilo, definido como “o movimento mediante o qual esse sujeito se liberta do curso das atividades esperadas, não as negando, mas através do desenvolvimento delas” (p. 50). Dessa forma, o trabalhador, ao se deparar com situações singulares, se vale dos recursos presentes no gênero que, por serem passíveis de modificações no processo da ação, permitem que o sujeito empregue uma forma pessoal à ação realizada. O gênero irá, então, se nutrir do constante choque e inter-relações estabelecidas entre os diversos estilos pessoais presentes no coletivo de trabalho.

A ausência ou a fragilidade desse conjunto de normas genéricas compartilhadas pode reduzir a saúde no ambiente de trabalho. O coletivo de trabalho restringe-se, então, a uma união

de indivíduos isolados que devem lidar sozinhos com os imprevistos e obstáculos que surgem no real do trabalho (Clot, 2006a; Mattedi et al., 2014). “Assim, a negligência do gênero, por todas as razões que se possam imaginar, inclusive subestimar seu papel pela organização do trabalho e as hierarquias, é sempre o início de um desregramento da ação individual” (Clot, 2006a, pp. 47-48). Dessa forma, a produção e socialização dos saberes mostram-se fundamentais para a realização do trabalho e para a produção de saúde.

A partir da presente exposição, cabe pôr em análise o gênero profissional dos psicólogos que atuam em CRAS. Ribeiro e Guzzo (2014) nos fornecem algumas pistas ao anunciarem a ausência de reuniões que discutem o trabalho entre os psicólogos que atuam no SUAS. Corroborando com os autores, conforme citamos anteriormente, Flor e Goto (2015) apontam que o trabalho na proteção social básica constitui-se sem referenciais que possam instrumentalizar a ação, “pois não existem reuniões entre os psicólogos dos CRAS, discussões e até mesmo supervisões do fazer psicológico” (p. 31). Assim, tais pistas nos permitem arriscar que a fragilidade ou possível ausência de coletivos de trabalho pode indicar uma precarização do gênero profissional dos psicólogos que atuam no SUAS. Ora, diante da possível precariedade dos pressupostos genéricos para a atuação, o profissional pode encontrar-se sozinho ao lidar com toda sorte de constrangimentos em seu meio laboral; o que talvez contribua para despotencializar a produção de saúde em seu ambiente de trabalho. Entretanto, adquire caráter fundamental esclarecer a partir de qual concepção de saúde conduziremos nossa discussão.

Contribuições de Canguilhem para a Discussão de Saúde

Durante muito tempo o conceito de saúde foi entendido como uma “estabilidade” física e mental, negligenciando sua dimensão coletiva, política e histórica. Trabalhar com um conceito ampliado de saúde implica considerar a habilidade do sujeito de enfrentar desequilíbrios orgânicos, instaurando uma nova organização biopsicofisiológica que o permita

enfrentar as inconstâncias do meio de forma a encontrar soluções para situações que o paralisam e provocam sofrimento (Morschel et al., 2014).

Canguilhem (1995) amplia o conceito de saúde ao afirmar que saúde está além da ausência de enfermidade. Para o autor, a saúde perfeita, o entendimento do normal como harmonia, não existe. Nesse sentido, defende que saúde é a potência do organismo de enfrentar as infidelidades do meio, produzindo novas normas (Morschel et al., 2014). Em outras palavras, ser normal é ter a capacidade de produzir norma; ou seja, é ser capaz de lidar e interagir com o meio. Podemos dizer, então, que “a concepção vitalista de Canguilhem tem na busca e atividade dos seres vivos para manterem-se vivos seu foco principal. A vida é esforço, potência em permanecer vivo, persistência em existir” (Gomes, 2009, p 39).

De acordo com Gomes (2009), ser saudável é ser capaz de continuar lutando cotidianamente com as imprevisibilidades do meio. Sendo assim, a saúde não é um estado puro cujo objetivo é alcançar a ausência de doenças. Oposto a isso, se levarmos em consideração que na experiência dos seres vivos a doença é uma constante, a saúde é um estado em que a ideia de doença está sempre presente. Dessa forma, “as doenças são produtos da própria vida, produzida pelo simples ato de existir, a doença é um signo da presença da morte na vida” (p.41).

Cabe destacar, entretanto, que, embora a doença faça parte da vida, ela é um estado contra o qual é necessário lutar para que se possa viver, pois a doença, ao enrijecer a norma, diminui a capacidade do sujeito de responder às exigências do meio (Canguilhem, 1995). As reações patológicas são variáveis, mudando de acordo com as condições e os indivíduos aos quais acomete, haja vista que estar doente implica em desenvolver uma nova relação com o meio, na qual se diminui a capacidade normativa – que é a disposição de superar obstáculos ao desenvolvimento da vida, de se adaptar à variabilidade (Gomes, 2009).

Partindo da definição exposta acima, o estado patológico se constitui enquanto tal, quando ameaça atrapalhar a vida, a potencialidade construtiva e criativa humana, tornando-se

uma espécie de mal. Dessa forma, embora a patologia ainda seja uma norma de vida, ela é uma norma endurecida, incapaz, dessa maneira, de se transformar em outra norma e fazer frente às infidelidades do real (Morschel et al., 2014).

Ao pensarmos a produção de saúde e doença como construção da relação do homem com o existir no mundo, cabe acrescentar ao entendimento fatores físicos, biológicos e geográficos; submetidos às modificações humanas ao longo da história e da cultura. De fato, a habilidade humana para modificar o ambiente, construindo, a fim de garantir sua sobrevivência, novas técnicas e modos de ser e viver no mundo, influencia muitas vezes sua própria condição fisiológica (Gomes, 2009). Diante disso,

a forma como é organizado o meio de trabalho e como as relações entre trabalhadores e meio são estabelecidas são aspectos destacáveis para se pensar a atividade dos homens e mulheres no trabalho, bem como sua relação com a produção de saúde e doença nestes espaços. Cabe sempre pôr em análise se a organização do trabalho potencializa ou nega a normatividade humana (Gomes, 2009, p. 43).

A partir das elucidações apresentadas, podemos dizer que trabalhar com saúde é poder produzir normas, novos modos de trabalhar; modos esses que se sustentam em um patrimônio coletivo denominado gênero profissional. Ora, se o gênero se encontra enfraquecido ou ausente, o trabalhador terá que lidar individualmente com os imprevistos presentes no meio de trabalho. Se agregarmos a isso o provável desamparo vivenciado pelos psicólogos no SUAS e as precárias condições de trabalho (Ribeiro & Guzzo, 2014), temos uma pista de que, possivelmente, nas relações estabelecidas por esses trabalhadores com a organização do trabalho existe a produção de sofrimento (Morschel et al., 2014).

Cabe considerar, ainda, os efeitos de se realizar uma atividade na qual as prescrições são imprecisas. J. Silva e Corgozinho (2011) argumentam que, embora existam referenciais que orientem a atividade dos psicólogos na assistência social, os “documentos epistêmico-

metodológicos oficiais do trabalho deste profissional no CRAS, apesar de facilmente acessíveis por meio de cartilhas e eletrônico, não se apresentam plenos para orientar a atuação e suprir as dúvidas deste profissional no âmbito do CRAS” (p.13).

Falzon e Sauvagnac (2006) destacam que, em casos nos quais não existe uma prescrição explícita, os trabalhadores tendem a realizar autoprescrições, correndo o risco de fixar ideais inatingíveis. Quando se produz um déficit entre “os recursos estimados e as exigências percebidas em situações sob fortes constrangimentos” (p.149), o profissional pode desenvolver estresse laboral. Assim, com o objetivo de investigar a relação existente entre características socio-organizacionais e a produção de estresse, Karasek (1979) elabora o Modelo Demanda-Controle (Job Strain Model), que será discutido adiante.

Teoria Demanda e Controle

De acordo com Alves, Hökerberg e Faerstein (2013), a exposição ao estresse laboral vem se apresentado como um dos principais fatores que levam ao desencadeamento de efeitos negativos à saúde do trabalhador. Ademais, ao contrário de outros riscos ocupacionais que geralmente estão relacionados a trabalhos específicos, o estresse está relacionado a trabalhos dos mais diversos, afetando a saúde e o desempenho dos profissionais (K. Santos, 2006). Assim, o presente estudo também será subsidiado pelo Modelo Demanda-Controle (Job Strain Model), elaborado por Karasek (1979), que, segundo Araújo, Graça e Araújo (2003), está se tornando uma referência em estudos que buscam investigar aspectos relacionados à dimensão psicossocial do trabalho.

O Modelo Demanda-Controle tem como principal hipótese que os agravos à saúde ocorrem devido à exposição simultânea dos trabalhadores a elevadas demandas psicológicas e insuficiente amplitude decisória acerca de seu próprio processo de trabalho, o que acaba por produzir desgaste psicológico nesses profissionais (Alves et al., 2013). De fato, “define como condição saudável de trabalho aquela que possibilita a interação entre desenvolvimento

individual, com alternância entre momentos de exigências e repouso, proporcionando dinamismo entre homem e ambiente” (K. Santos, 2006, p.20).

Esse modelo bidimensional relaciona dois aspectos psicossociais no ambiente laboral: a demanda psicológica, relacionada às características envolvidas na realização da tarefa, e o grau de controle, que está vinculado à autonomia. As diferentes combinações entre os níveis de controle e de demanda proporcionarão experiências distintas no trabalho, relacionando-se diretamente à possibilidade ou não de adoecimento (Araújo et al., 2003; K. Santos, 2006).

A dimensão “demanda psicológica” está relacionada às exigências psicológicas com as quais o trabalhador terá de lidar para concretizar suas atividades, tais como pressão do tempo, nível de concentração, interrupção da atividade e necessidade de esperar pelo trabalho de outros profissionais (Araújo et al., 2003).

E o controle no trabalho compreende dois componentes:

- a) aspectos referentes ao uso e desenvolvimento de habilidades: a necessidade de aprendizado de novas práticas, repetitividade, criatividade, tarefas diversificadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais;
- b) autoridade de decisão (autogerência) – abrange a possibilidade individual para a tomada de decisões sobre o próprio trabalho, a influência do grupo de trabalho e a influência na política gerencial (K. Santos, 2006, p.21).

A avaliação das características psicossociais do ambiente de trabalho é realizada a partir da interação entre os níveis altos e baixos dessas duas dimensões, configurando quatro situações laborais específicas, esquematizadas na Figura 1, que implicam em riscos diferenciados à saúde: “trabalho passivo” (baixa demanda – baixo controle), “trabalho ativo” (alta demanda – alto controle), “alta exigência do trabalho” (alta demanda – baixo controle) e “baixa exigência” (baixa demanda – alto controle) (Karasek, 1979; Araújo et al., 2003; K. Santos, 2006).

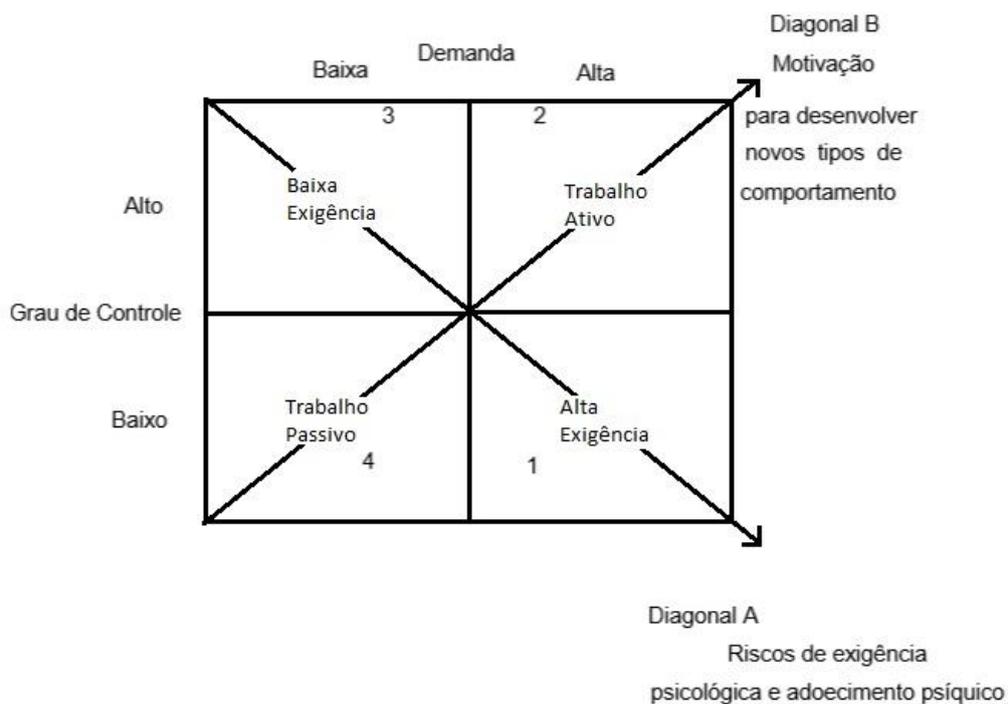


Figura 1. Modelo Demanda-controle de Karasek.

Fonte: Adaptado de Karasek, R. A. (1979). Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign (p. 288). *Admin Sci Quar*, 24, 285-308.

Como exemplificado na Figura 1, as situações de trabalho esquematizadas nos quadrantes são atravessadas pelas diagonais A e B. Assim, a diagonal A (quadrante 1) se refere aos potenciais riscos de adoecimento físico e psíquico, nos quais o trabalho de alta demanda combinado com baixo controle por parte do profissional pode produzir desgaste psicológico, fadiga, ansiedade e depressão. Na diagonal B, em situações laborais de alto controle e alta demanda, encontramos um padrão positivo de enfrentamento, promovendo motivação e novas aprendizagens. De forma inversa, situações de trabalho nas quais existem baixo controle e baixa demanda (quadrante 4) podem produzir redução na atividade global do sujeito e diminuição de sua capacidade criativa (Alves et al., 2013; Araújo et al., 2003; K. Santos, 2006).

Dessa forma, ao trabalhar com o Modelo Demanda-Controle, buscamos produzir com os psicólogos que atuam nos CRAS reflexões a partir de outra perspectiva, o que pode contribuir para a análise do trabalho desses profissionais e seus efeitos na saúde laboral. Como exposto anteriormente, as vivências, a percepção que o psicólogo apresenta sobre seu ambiente laboral, bem como as condições nas quais ele trabalha podem influenciar no processo saúde/doença experienciado por esses profissionais.

Objetivo Geral

A pesquisa relatada nesta dissertação buscou investigar a relação entre o processo saúde/doença e a existência do gênero profissional entre psicólogos que atuam em serviços de proteção social básica nos Centros de Referência de Assistência Social.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o trabalho do psicólogo em CRAS, em termos das exigências e demandas, e seus possíveis efeitos na saúde laboral dos psicólogos;
- Averiguar a incidência de efeitos negativos à saúde, como transtornos mentais comuns e baixo bem-estar, em profissionais de psicologia atuantes em CRAS;
- Verificar se as condições de trabalho dos psicólogos (tipo de vínculo, remuneração, carga horária e tempo de trabalho) contribuem para efeitos negativos à saúde.
- Analisar como o gênero está estruturado, sua potência, grau de importância de sua partilha, junto a esses trabalhadores.
- Analisar a relação existente entre o gênero profissional e o processo saúde/doença vivenciado pelos psicólogos.

Panorama dos Estudos Propostos

A fim de alcançar os objetivos expostos acima, foram realizados três estudos que se complementaram na tarefa de discutir o trabalho a partir de diferentes perspectivas, colaborando para a compreensão da singularidade de tal objeto de estudo. Visando apresentar

os resultados da pesquisa e as articulações teóricas com maior clareza, a dissertação dividiu-se em artigos.

O primeiro estudo, uma revisão bibliográfica, buscou identificar a partir de trabalhos que realizam o diálogo da interface psicologia e assistência social, com enfoque em CRAS, produções que discutem as condições de trabalho e os desafios que se apresentam no fazer cotidiano do psicólogo, as propostas teóricas e/ou instrumentais para orientar a atuação desse profissional e as repercussões do trabalho em sua saúde. Nesse sentido, inicialmente foram utilizadas as bases eletrônicas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), PePSIC (Periódicos eletrônicos em Psicologia), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Scopus, sem restrição de data. Entretanto, devido ao reduzido número de artigos encontrados, optamos por utilizar a ferramenta de pesquisa Google Acadêmico (GA). Os estudos escolhidos foram lidos na íntegra e categorizados conforme o conteúdo de sua discussão, ao passo que a perspectiva teórica utilizada para guiar a análise e discussão foi a clínica da atividade.

O segundo estudo, de abordagem quantitativa, buscou conhecer algumas características do trabalho do psicólogo na proteção social básica e os efeitos dessas condições laborais na saúde dos profissionais, remetendo aos três primeiros objetivos específicos. Assim, cinquenta e três participantes responderam a um questionário *online* composto por três instrumentos de mensuração e questões sociodemográficas. As respostas foram analisadas por meio de testes estatísticos paramétricos com o auxílio do *software* IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 19.

O terceiro estudo, de cunho qualitativo, se propôs a responder os dois últimos objetivos específicos. Utilizando como lente a perspectiva teórico-metodológica da clínica da atividade, subdividiu-se em dois momentos. No primeiro momento, retratado no terceiro artigo desta dissertação, foram realizadas entrevistas com treze profissionais que atuam nos doze CRAS

do município de Vitória-ES. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas tendo por base os pressupostos metodológicos da análise de conteúdo idealizados por Bardin (1977). Ao final da entrevista, os técnicos foram convidados a participar da segunda etapa da pesquisa.

Posteriormente, foram realizados quatro encontros com cinco psicólogas que aceitaram contribuir nesse segundo momento. Utilizou-se o método da oficina de fotos (Osorio, 2010), que busca mobilizar reflexão sobre a atividade de trabalho rotineira valendo-se de fotos como dispositivo. Assim, as participantes decidiram que seriam realizadas ao menos três fotografias representando situações que durante sua atividade de trabalho potencializavam a saúde laboral, e três fotos de situações que despotencializavam sua saúde. Ademais, as psicólogas optaram por fotografar utilizando seus próprios aparelhos celulares. Os dados produzidos pelas discussões em grupo foram analisados a partir da análise do discurso.

Por fim, os resultados dos artigos foram retomados e os dados discutidos em uma Discussão Geral, que buscou realizar uma análise integral de todos os resultados obtidos. Ademais, as Considerações Finais exprimiram as reflexões produzidas a partir da discussão dos artigos e do processo de condução da pesquisa.

ARTIGO 1.

A atividade de Trabalho do psicólogo no CRAS: revisão de literatura

Resumo

A novidade da inserção da psicologia em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) veio acompanhada por demandas de trabalho que exigiam referências que não se encontravam contempladas nos saberes construídos pela profissão até então. Recentemente o Conselho Federal de Psicologia (CFP) elaborou uma nota técnica (Nota técnica, 2016) visando complementar as diretrizes para atuação do psicólogo no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Diante da necessidade percebida pelo CFP de atualizar os parâmetros para atuação do psicólogo em CRAS, objetivou-se traçar um panorama da produção acadêmica a fim de analisar a atividade de trabalho desse profissional na proteção social básica e suas implicações na saúde laboral do psicólogo. O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa, na qual foram analisados 38 artigos, lidos na íntegra e categorizados conforme o conteúdo de sua discussão. Podemos dizer que o panorama da literatura científica referente ao período de 2007 a 2016 se debruça sobre as seguintes temáticas: Mapeamento/revisão histórica, Discussão da prática do psicólogo, Condições de trabalho/dificuldades e Proposta de atuação. Diante da complexidade dos enfrentamentos realizados pelo psicólogo no CRAS, adquire crucial importância produzir estudos que debrucem sobre as práticas e as relações que se estabelecem no ambiente de trabalho, os saberes mobilizados ao realizar a tarefa, os debates de normas e valores efetivados no real do trabalho, as relações estabelecidas com a equipe socioassistencial, dentre outros. Por fim, sugere-se o investimento em pesquisas e ações relacionadas à saúde do trabalhador do SUAS, ainda insuficientemente investigada entre esses profissionais.

Palavras-chave: psicologia; atividade de trabalho; sistema único de assistência social; CRAS.

The work activity of the psychologist in CRAS: literature review

Abstract

The novelty of the insertion of psychology in the CRAS was accompanied by demands for work that required references that were not contemplated in the knowledge built by the profession until then. Recently the CFP prepared a technical note (Nota técnica, 2016) aiming to complement the guidelines for the psychologist's role in SUAS. Faced with the need perceived by the CFP to update the parameters for the psychologist's performance in CRAS, the objective was to draw a panorama of academic production in order to analyze the work activity of this professional in basic social protection and its implications in the psychologist's work health. The present study is characterized as a narrative review, in which 38 articles were analyzed, read in their entirety and categorized according to the content of their discussion. We can say that the panorama of the scientific literature regarding the period from 2007 to 2016 focuses on the following themes: Historical mapping / review, Psychologist practice discussion, Working conditions / difficulties and Proposal of action. Faced with the complexity of the confrontations carried out by the psychologist at CRAS, it is crucial to produce studies that examine the practices and relationships that are established in the work environment, the knowledge mobilized in carrying out the task, the debates of norms and values made in the work reality, The relationships established with the social assistance team, among others. Finally, it is suggested the investment in research and actions related to the health of the SUAS worker, still insufficiently investigated among these professionals.

Keywords: Psychology; Work activity; Single Social Assistance System; CRAS.

La actividad de trabajo del psicólogo en el CRAS: revisión de la literatura

Resumen

La novedad de la psicología de la inclusión en el CRAS fue acompañado por las demandas de trabajo que requieren referencias que no estaban contemplados en el conocimiento construido por profesión antes. Recientemente, CFP produce una nota técnica (Nota técnica, 2016) con el objetivo de complementar las directrices para los psicólogos que trabajan en SUAS. Frente a la necesidad percibida por el CFP para actualizar los parámetros para los psicólogos que trabajan en CRAS, este estudio tuvo como objetivo dar una visión general de la producción académica con el fin de analizar la actividad de trabajo del psicólogo en la protección social básica y sus implicaciones para la salud ocupacional del psicólogo. Este estudio se caracteriza como una revisión narrativa en la que se analizaron 38 artículos, que fueron leídos en su totalidad y si clasifican de acuerdo con el contenido de su discusión. Podemos decir que el panorama de la literatura científica para el período 2007-2016 se centra en los siguientes temas: Mapeo / revisión histórica, Discusión de la práctica del psicólogo, Condiciones de trabajo / problemas y propuesta de acción. Dada la complejidad de la lucha llevada a cabo por el psicólogo en el CRAS, se muestra importante producir estudios que analizan las prácticas y relaciones que se establecen en el trabajo, los conocimientos movilizados para realizar la tarea, los debates de las normas y valores que ocurren en el real el trabajo, las relaciones que se establecen con el equipo, entre otros. Por último, se sugiere invertir en la investigación y las actividades relacionadas con la salud de los trabajadores del SUAS, todavía insuficientemente investigado entre estos profesionales.

Palabras clave: psicología; actividad de trabajo; sistema único de asistencia social; CRAS.

Introdução

O trabalho, exaltado de maneira singular pelo modo de vida produzido no capitalismo, impacta profundamente a maneira de se sentir na vida individual e coletiva. Para além de garantir a subsistência, a atividade de trabalho possui a função social de produzir objetos e serviços que serão comercializados tendo por base valor atribuído pelas trocas sociais promovidas em uma comunidade (Clot, 2011).

Na produção de vida contemporânea, uma vez que o trabalho está intimamente relacionado a uma gama crescente de doenças, conhecidas como doenças ocupacionais, ele também adquire importância vital para a saúde. Isso porque os profissionais, além de garantirem sua sobrevivência, trabalham para construir um contexto para viver (Clot, 2011). Dialeticamente, na medida em que a sociedade se modifica, vão surgindo novas demandas que farão com que o trabalho também se altere e ramifique, o que propõe novas questões para os trabalhadores e para a sociedade. Foi exatamente o que ocorreu com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que, além do crescimento e expansão do trabalho dos psicólogos na assistência social brasileira, produziu a necessidade de se refletir e construir novas formas de atuação profissional, ao mesmo tempo em que colocou novos desafios à saúde desses profissionais.

O SUAS configura-se enquanto um sistema público não contributivo que radicaliza os modos de gestão e financiamento da política de assistência social no Brasil. Ratificando o caráter da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), propõe-se instalar, regular e manter a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades dos serviços socioassistenciais sob critério universal e lógica de ação em rede (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS], 2005).

As ações do SUAS dividem-se em dois níveis de complexidade: a proteção social básica e a proteção social especial. Nos serviços de proteção social básica, objetiva-se prevenir

situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários através da oferta de serviços, benefícios e programas, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada; suas atividades são executadas de forma direta nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). No segundo nível de complexidade, busca-se intervir em situações nas quais existe violação ou ameaça de direitos e cuja convivência familiar seja prejudicial para a proteção e desenvolvimento do indivíduo (MDS, 2005). Ademais, a partir do SUAS está previsto que o psicólogo integre a equipe socioassistencial mínima, responsável pela execução das ações nos dois níveis de complexidade.

O trabalho de mediação e intervenção social é definido por Villatte, Teiger e Caroly-Flageul (2007) como um conjunto de atividades voltadas ao auxílio de pessoas que enfrentam problemas socioeconômicos. Os serviços normalmente são realizados em parceria com os sujeitos, muitas vezes nos locais onde eles residem (ruas, periferias...), buscando trabalhar direitos e deveres com o objetivo de construir estratégias de ação para fazer frente às condições nas quais eles se encontram, tendo por base as leis e normas daquela sociedade. Essas atividades exigem do interventor a capacidade de realizar diagnóstico e construir vínculos que favoreçam relações de cunho educativo.

Ainda segundo os autores, o desenvolvimento das competências necessárias para a realização desse trabalho é fortemente atravessado pela experiência, o que exige que os profissionais compartilhem os saberes construídos a partir de sua prática. Ademais, uma característica desse tipo de serviço é a expectativa implícita de que o profissional se autoprescreva o trabalho; essa necessidade é criada devido à imprecisão das prescrições e procedimentos institucionalizados, o que pode apresentar consequências para a saúde dos profissionais, como sensação de impotência e fadiga crônica.

No caso particular da psicologia, soma-se à imprecisão das prescrições o fato de que as demandas do trabalho criadas a partir da inserção do psicólogo nesse campo exigiam referências teórico-metodológicas que não se encontravam contempladas nos saberes construídos por essa profissão até então (Oliveira, Dantas, Solon & Amorim, 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010). Dessa forma, inúmeros estudos (Mendonça, 2016; Paula & Paiva, 2015; Piveta & Mansano, 2014; J. V. Silva & Corgozinho, 2011; Vasconcelos, 2011; Ximenes, Paula & Barros, 2009) vêm discutindo e apresentando teorias existentes na psicologia que podem auxiliar na prática profissional do psicólogo no SUAS.

Recentemente, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio de sua Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social (CONPAS), elaborou a “Nota Técnica com Parâmetros para atuação das e dos profissionais de Psicologia no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”;

aprovada na 37ª Plenária do XVI Plenário do CFP, realizada nos dias 21 e 22 de outubro de 2016. O objetivo do documento é contribuir para reflexão, intervenção e análise crítica das práticas da psicologia no SUAS, traçando parâmetros que buscam delimitar as possibilidades de atuação nas instituições socioassistenciais (Nota técnica, 2016).

A partir da interpretação realizada pelo Conselho (Nota técnica, 2016) da necessidade de se apresentar uma complementação acerca das diretrizes de trabalho para o psicólogo que atua no SUAS, uma vez que entendeu-se ainda haver “urgência de uma ampliação das referências teóricas, técnicas e metodológicas existentes” (p. 8), inferimos que a literatura científica ainda requer contribuições que orientem nessa direção; o que aponta para a necessidade de uma ampla revisão da literatura que identifique as contribuições existentes e auxilie nos encaminhamentos teórico-metodológicos para o setor.

Ademais, tendo em vista que a saúde é profundamente atravessada por questões laborais, mostra-se fundamental investigar produções que se proponham a debater tais questões

no âmbito da assistência social. Dessa forma, o presente estudo buscou traçar um panorama da produção acadêmica que discute a atuação do psicólogo na assistência social, com enfoque em CRAS, propondo-se a analisar, a partir dos estudos, a atividade de trabalho desse profissional na proteção social básica e as reverberações desse trabalho na saúde dos psicólogos que atuam nesses espaços.

Método

Buscou-se identificar a partir de trabalhos que realizam o diálogo da interface psicologia e assistência social, com enfoque em CRAS, produções que discutem as condições de trabalho e os desafios que se apresentam no fazer cotidiano do psicólogo, as propostas teóricas e/ou instrumentais para orientar a atuação desse profissional e as repercussões do trabalho em sua saúde. Assim, visando responder a tais questões, inicialmente foram utilizadas as bases eletrônicas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), PePSIC (Periódicos eletrônicos em Psicologia) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), sem restrição de data. As bases de dados foram escolhidas por integrarem quase a totalidade da produção de psicologia indexada do país, além de periódicos latino-americanos que publicam estudos nacionais.

A busca nas bases foi realizada em julho de 2016, utilizando em todos os campos os descritores “Psicologia AND Assistência Social”. A seleção inicial resultou em 73 artigos, sendo 10 do SciELO, 55 pertencentes à LILACS e 8 da PePSIC. Figuraram como critérios de inclusão: a) discutir a interface psicologia e CRAS; b) ser um artigo completo. Dessa forma, após a análise dos resumos e a exclusão de artigos que se encontravam em mais de uma base de dados, restaram nove artigos.

Devido ao reduzido número de artigos encontrados, optou-se por utilizar a ferramenta de pesquisa Google Acadêmico (G.A.). Segundo Mugnaini e Strehl (2008), o G.A. tem sido utilizado para recuperação de publicações científicas devido à vantagem no nível de

abrangência das pesquisas. Assim, utilizando os mesmos critérios adotados para as outras bases, foram selecionados 38 artigos.

Cabe salientar que não foram encontradas referências sobre a saúde do psicólogo na assistência. Para tal, realizou-se uma nova busca, acrescentando-se a base Scopus, por oferecer maior abrangência de periódicos na área da saúde. Foram utilizados em todos os campos os descritores, em português e inglês, “Social Assistance” AND “Psychology” AND “Quality of Life” OR “Burnout” OR “Mental Health” OR “Occupational Health”.

Na busca às bases eletrônicas, foram encontrados 91 artigos na SciELO, ao selecionar a opção Brasil, e 17 na Scopus. Os resumos foram analisados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) tratar da realidade de psicólogos brasileiros que atuam na assistência, abordando questões relativas à saúde ou à qualidade de vida desses profissionais; b) ser um artigo completo. Destarte, após análise, nenhum artigo atendeu aos critérios de inclusão. Ademais, não houve artigos com os descritores selecionados nas bases LILACS e PePSIC.

Os estudos escolhidos foram lidos na íntegra e categorizados conforme o conteúdo de sua discussão. Isto posto, podemos dizer que o panorama da literatura científica acerca da atuação do psicólogo no CRAS referente ao período de 2007 a 2016 se debruça sobre as seguintes temáticas: Mapeamento/revisão histórica (7 artigos); Discussão da prática do psicólogo (22 artigos); Condições de trabalho/dificuldades (4 artigos) e Proposta de atuação (8 artigos).

Convém lembrar que alguns estudos contemplaram mais de uma categoria; a exemplo do estudo realizado pelas autoras C. S. Silva, Silva, Brustolin e Pessini (2011), que se enquadrou nas categorias Discussão prática do psicólogo e Proposta de atuação; do trabalho de Leão, Oliveira e Carvalho (2014), que contemplou as categorias Condições de trabalho/dificuldades e Discussão da prática do psicólogo; assim como o artigo de J. P. Macedo

e Dimenstein (2012), que se inseriu nas categorias Condições de trabalho/dificuldades e Discussão da prática do psicólogo.

Côncio do caminho metodológico utilizado, o presente estudo pode ser descrito como uma revisão narrativa, haja vista a dificuldade de reprodução dos dados devido à utilização do G.A. Conforme sinalizam Botelho, Cunha e Macedo (2011), “A revisão narrativa é utilizada para descrever o estado da arte de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual” (p. 125), não possuindo uma metodologia que viabilize a reprodução de dados e tampouco apresentando respostas quantitativas (Cordeiro, Oliveira, Rentería & Guimarães, 2007).

Cabe destacar que a perspectiva teórica utilizada para guiar a análise e discussão do presente texto foi a Clínica da Atividade (CAAt). A CAAt pertence a um conjunto de teorias denominadas de “clínicas do trabalho” que estudam a relação entre trabalho e subjetividade. Idealizada por Yves Clot a partir das discussões propostas pela teoria de Vygotsky, Leontiev e Bakhtin, busca através da análise do trabalho real expandir junto aos trabalhadores “o poder de agir sobre o mundo e sobre si mesmo, coletivamente e individualmente” (Clot, 2011, p.72). Dessa forma, podemos dizer que o trabalho é aqui compreendido não somente como a realização de uma tarefa, mas como atividade dirigida, histórica e processual de permanente produção de vida e subjetividade (Bendassolli & Soboll, 2011).

Resultados e Discussão

A partir da leitura dos 38 artigos selecionados para a realização desta pesquisa, evidenciou-se que a análise aqui proposta é apenas uma das muitas possibilidades de interpretação para textos que apresentam tamanha diversidade de caminhos teóricos e metodológicos. Dentro desse contexto, a proposta é contribuir para a reflexão sobre a atividade de trabalho do psicólogo em CRAS a partir da análise de algumas questões que se destacaram na literatura, tendo por base o posicionamento epistemológico teoria da clínica da atividade.

Os resultados serão apresentados conforme as categorias temáticas já mencionadas, a saber: Proposta de atuação; Condições de trabalho/dificuldades; Mapeamento/revisão histórica e Discussão da prática do psicólogo.

Proposta de atuação

A partir de 2006, com a necessidade do psicólogo para integrar a equipe de referência dos CRAS (MDS, 2006), iniciaram os primeiros estudos que apontavam algumas limitações da intervenção profissional nesses espaços (J. P. Macedo, 2007; Yamamoto, 2007), haja vista que a formação acadêmica de até então (re)produzia “o modelo clínico liberal privatista, o modelo da psicoterapia individual de inspiração psicanalítica” (Dimenstein, 2000, p.104), que não se adequava às demandas presentes no campo de atuação da assistência social.

Tal modelo repercutiu na prática dos profissionais entrevistados por J. P. Macedo (2007), em um dos primeiros estudos sobre a atuação do psicólogo em CRAS, que reproduziam em seus atendimentos os mesmos moldes dos modelos tradicionais, “demonstrando grande dificuldade em interagir e conformar uma prática multiprofissional ou interdisciplinar” (p. 143).

Diante das agruras enfrentadas pelos psicólogos que atuavam em CRAS e da demanda por formas de se pensar o trabalho na assistência social, observa-se, pelo recorte temporal dos artigos analisados, que a partir de 2009 a academia colocou como questão a discussão de teorias que podiam oferecer suporte para a atuação do psicólogo em CRAS. Nota-se que a maioria das abordagens presentes nos artigos já haviam sido sinalizadas pelo Conselho Federal de Psicologia ([CFP], 2007) no guia de “Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS”, como a Psicologia Social, a Psicologia Comunitária e a Psicologia Institucional. Dessa forma, encontramos entre o período de 2009 e 2015 publicações que visavam traçar diálogos teórico-metodológicos entre a proposta da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e as abordagens teóricas já desenvolvidas na ciência psicológica.

As teorias abordadas nos artigos analisados foram a psicologia social comunitária (C. S. Silva et al., 2011; J. V. Silva & Corgozinho, 2011; Vasconcelos, 2011; Ximenes et al., 2009), a esquizoanálise (Piveta & Mansano, 2014; Vasconcelos, 2011), a psicologia social (Afonso, Vieira-Silva, Abade, Abrantes & Fadul, 2012; Vasconcelos, 2011), a psicanálise (Paula & Paiva, 2015) e a metodologia de atendimento sistêmico de famílias e redes sociais (Mendonça, 2016). Ademais, Vasconcelos (2011) aponta outras abordagens que considera relevantes para a atuação na assistência social, como a socioanálise, a psicossociologia, a psicoterapia institucional francesa, a psicologia sócio-histórica e a escola argentina de grupo operativo.

Embora as articulações teóricas realizadas pelos artigos analisados e as orientações do guia de “Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS” (CFP, 2007) apresentem contribuições fundamentais para o trabalho do psicólogo em CRAS, percebe-se ainda a necessidade de se avançar no que concerne à especificidade prática da atuação profissional nesses espaços. Tal demanda se expressa na fala de um participante do estudo realizado por Beato et al. (2011) ao versar acerca do guia de referência técnica: “dá uma luz no fim do túnel, mas esse caminho que a gente segue até a luz não tem” (Lucas, GF2 citado por Beato et al., 2011, p. 41).

Os autores supracitados ainda ressaltam a dificuldade apresentada pelos participantes em relatar as articulações realizadas entre sua atividade de trabalho e as abordagens teóricas citadas por eles como úteis para a atuação em CRAS – dentre elas, as presentes nos artigos analisados. Assim, justifica-se a necessidade encontrada pelo CFP (Nota técnica, 2016) de construir e atualizar as orientações para a prática dos psicólogos que atuam na assistência, apresentadas em sua nota técnica “Nota Técnica com Parâmetros para atuação das e dos profissionais de Psicologia no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”, e o convite aos profissionais que atuam na assistência a contribuírem na construção do documento. Destarte, ainda que pese a existência das contribuições teóricas e os avanços alcançados na

discussão da interface psicologia e CRAS, percebe-se a importância de estudos que se proponham a realizar articulações teóricas a partir das construções e mobilizações efetuadas pelos psicólogos para enfrentar os desafios presentes no real trabalho.

Condições de trabalho/dificuldades

Vários estudos encontrados têm abordado as condições de trabalho ao versar acerca da atuação do psicólogo no CRAS, uma vez que essa questão atravessa o processo de trabalho de forma marcante, impactando a qualidade do serviço prestado e a saúde do trabalhador. Entretanto, somente quatro artigos analisados discutiam sobre essas questões de forma mais acentuada.

Das pesquisas enquadradas nessa categoria (Barreto, 2011; Leão et al., 2014; J. P. Macedo & Dimenstein, 2012; Romagnoli, 2016), J. P. Macedo e Dimenstein (2012) chamam atenção para os vínculos empregatícios temporários que, por serem terceirizados, não asseguram direitos trabalhistas. Ademais, para além da remuneração insatisfatória, a rotatividade anual da equipe técnica exerce grande impacto nas atividades desenvolvidas e fragiliza o trabalho em equipe.

Paralelamente, os autores apontam que a incerteza experienciada pelos profissionais em sua realidade cotidiana, no que tange à práxis nesses espaços, produz sentimentos como estranhamento, medo, impotência e frustração, além de um ressentimento quanto ao funcionamento dos serviços. Leão et al. (2014) acrescentam que a falta de recursos humanos e materiais, somada ao modo de funcionamento da política no que concerne à setorialização, configuram sérios obstáculos para a atuação do psicólogo. Destacam ainda que os entrevistados “na rotina dos serviços, muitas vezes burocráticos e hierárquicos, terminam por subordinar-se ao processo de alienação e a terem restringida sua autonomia técnica” (p.283).

Além dos fatores apresentados, Romagnoli (2016) evidencia a sobrecarga de trabalho vivenciada pela equipe, com metas e modelos a serem seguidos, fazendo com que o profissional

se sinta absorvido. A autora ainda aponta que a constante exigência pelo aumento da produtividade e a busca por resultados imediatos, a “ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de qualificação e capacitação profissional intervêm diretamente no trabalho e são vividos como questões individuais e não institucionais” (p. 156). Em consonância com as discussões apresentadas, Barreto (2011) sinaliza que, diante da dificuldade em gerir a implicação no trabalho, o profissional experiencia sobrecarga emocional que comumente se transforma em estresse, frustração e episódios depressivos. Além disso, o autor relata que, durante sua trajetória no serviço de assistência social, vivenciou “contínuo *stress*, com uma sensação habitual de sobrecarga nas demandas e impossibilidade de completar o trabalho” (p.413).

Podemos dizer, com base no que foi tecido pela literatura exposta, que a inserção do psicólogo na assistência social parece estar se construindo em um contexto no qual o que vigora é a incerteza. O trabalho incerto ou, conforme define Kalleberg (2009), trabalho precário não se refere somente à natureza das relações trabalhistas e às condições sob as quais se realiza um trabalho, mas pode ser entendido como um processo multifacetado que reverbera nas dimensões da vida social, familiar e subjetiva do trabalhador.

Dentro dessa temática, Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) apresentam algumas dimensões da precarização laboral que dialogam com as condições vivenciadas pelo psicólogo que atua em CRAS. Usualmente evocada ao mencionar precarização, a primeira dimensão se refere aos vínculos trabalhistas. Construída a partir da carência de direitos trabalhistas (férias remuneradas, décimo terceiro salário...) e carência de benefícios indiretos (plano de saúde, auxílio alimentação...), essa dimensão usualmente também implica em redução salarial, uma vez que os trabalhadores terceirizados não participam dos acordos coletivos que envolvem a

empresa contratante. Esse processo contribui para promover a “competição desenfreada, a insegurança e a instabilidade, terrenos em que prolifera e se move a gestão pelo medo” (p. 231).

Ainda segundo Franco et al. (2010), a promoção da insegurança e do medo da demissão abre espaço para o aumento da carga de trabalho. Diante disso, cabe notar que a sobrecarga de trabalho vivenciada pela equipe do CRAS, anteriormente mencionada por Romagnoli (2016), mostra-se como característica da segunda dimensão da precarização; que se refere à forma e condições a partir das quais o trabalho se organiza. Além da aceleração das cadências do trabalho, usualmente acompanhada por metas inalcançáveis e sensação de falta de tempo, adiciona-se a constante redução de pausas para descanso e interações no trabalho. Esses e outros fatores que configuram a organização do trabalho terminam por favorecer processos de sofrimento e adoecimento, em especial no que concerne à saúde mental desses trabalhadores.

Destarte, a precarização da saúde figura como terceira dimensão, tendo em vista que “a perda de estatuto da maioria dos trabalhadores dentro das empresas – que são os terceirizados, com contratos temporários, etc. – conduz a uma maior sujeição às condições aviltantes e (in)suportáveis de trabalho” (Franco et al., 2010). Isso posto, podemos inferir que o estreito diálogo construído entre as referências analisadas aponta para a vivência de uma precarização dos vínculos trabalhistas, da organização do trabalho e da saúde dos psicólogos que estão atuando em CRAS.

Mapeamento/revisão histórica

Com a expansão dos horizontes de atuação profissional do psicólogo a partir de sua inserção no campo das políticas públicas – dentre elas a assistência social, que, ao lado das políticas de saúde, é responsável pela interiorização da profissão no país (J. P. Macedo & Dimenstein, 2011) –, iniciaram-se estudos que buscavam discutir o processo de inserção do psicólogo nesses espaços (J. P. Macedo & Dimenstein, 2011; J. P. Macedo et al., 2011; Seixas & Yamamoto, 2012), assim como realizar um resgate dos caminhos percorridos pela profissão

até sua inserção no campo do bem-estar social e os desafios para atuação nessa nova área de trabalho (Lauriano, Silva & Pessini, 2013; C. A. Silva & Yamamoto, 2013; Yamamoto & Oliveira, 2010), ou, ainda, traçar um panorama das construções acadêmicas da psicologia na assistência social (Motta, Castro, & Pizzinato, 2015).

Dentre os artigos analisados, J. P. Macedo et al. (2011) evidenciam que, embora a implantação do SUAS tenha ampliado consideravelmente a interiorização dos profissionais de psicologia no país, paralelamente, também contribuiu para o aumento da precarização das relações de trabalho. Foi percebido que os psicólogos da assistência social, em âmbito nacional, “convivem com a insegurança quanto ao emprego, com precárias formas de contratação, baixos salários, além da falta de perspectivas profissionais futuras, como ascensão na carreira e ausência de qualificação/capacitação profissional” (p.488).

Conforme discutido na categoria anterior, a precariedade atravessa a atividade de trabalho do psicólogo que atua em CRAS. Os dados encontrados pelos autores não diferem daqueles evidenciados pela pesquisa do CFP (2010), que acrescenta a ausência de discussões específicas sobre a atuação do psicólogo nesses espaços. É, no mínimo, preocupante que essas condições atravessem a atividade de trabalho desses profissionais de 2007 (J. P. Macedo, 2007) a 2016 (Romagnoli, 2016), tendo em vista os possíveis efeitos na saúde e subjetividade do psicólogo (Barreto, 2011; Von Dentz & Oliveira, 2013) e, em última instância, na qualidade do atendimento prestado ao munícipe, devido à dificuldade de realizar ações continuadas em decorrência da incerteza da permanência no serviço (Cruz, 2009).

Corroborando com o cenário exposto, Seixas e Yamamoto (2012), ao discutirem acerca da realidade do Rio Grande do Norte, apontam que os psicólogos se inserem em mais de um local de trabalho, dificultando “a dedicação à qualificação e ao investimento pessoal na área, mantendo, assim, uma prática mais estagnada” (p. 481). Além disso, os autores identificaram

profissionais com pouca experiência, o que dificulta o confronto com os modelos clássicos aprendidos durante a graduação.

Nesse sentido, J. P. Macedo e Dimenstein (2011), dissertando sobre a expansão e interiorização da psicologia no país, observam que, caso não se altere o modo como as instituições de ensino superior (IES) formam e constituem psicólogos no Brasil, somente será reforçado o “clássico modelo individualizante/privatizante que deu visibilidade à Psicologia como profissão e que disseminou profundamente nossa identidade e nossa cultura profissional para vários estratos da sociedade brasileira na atualidade” (p. 302); o que claramente não auxilia a atuação do psicólogo na assistência social. Observações semelhantes são realizadas por C. A. Silva e Yamamoto (2013), que analisam a inserção das políticas sociais nas grades curriculares das IES do Piauí. Os autores ressaltam que, mesmo diante da preocupação com a discussão dessa temática, as disciplinas são periféricas, desarticuladas entre si e com o currículo do curso.

No que concerne aos artigos que analisam a trajetória da profissão e sua inserção nas políticas sociais, Lauriano et al. (2013) assinalam que cabe ao psicólogo que atua em CRAS trabalhar buscando fortalecer os vínculos interpessoais dos usuários de forma a promover a autonomia dos sujeitos; entretanto, diante disso, Yamamoto e Oliveira (2010) concluem que o desafio da psicologia que tenta contribuir para as reverberações da violência e da miséria ainda são múltiplos, sendo que os limites da ciência psicológica figuram entre os principais.

Destarte, uma possível resposta à colocação de Yamamoto e Oliveira (2010) pode ser encontrada no estudo de Motta et al. (2015), que analisa a produção acadêmica da psicologia nos CRAS em obras publicadas entre os anos de 2004 a 2014. Os autores percebem o investimento que a academia tem realizado nessa área nos últimos anos e salientam, a partir da análise efetuada, que, embora estejam sendo construídas práticas que extrapolam aquelas

“consideradas tradicionais da profissão, a atividade clínica tradicional que historicamente caracteriza a profissão, são demandadas e excedem as atribuições do CRAS” (p.347).

Diante da discussão apresentada até o momento, podemos perceber os desafios de atuar na assistência. Como salientado, a formação nas IES fornece poucos referenciais teórico-metodológicos que, aliados à precária remuneração, podem contribuir para que o profissional se insira em mais de um emprego, estabelecendo um obstáculo para que esse trabalhador encontre o tempo necessário para refletir acerca de sua prática, participar de instituições coletivas que contribuam para seu amadurecimento e, caso necessário, buscar outras referências que o auxiliem em sua atividade laboral.

Discussão da prática do psicólogo

Dentre os estudos analisados, podemos perceber uma alteração na prática dos psicólogos em CRAS ao longo do tempo, assim como certa mudança em algumas questões que marcaram a discussão dos primeiros artigos sobre essa temática. Isto posto, encontramos que no período compreendido entre 2009 e 2011 os resultados dos estudos (Andrade & Romagnoli, 2010; Cruz, 2009; J. P. Macedo & Dimenstein, 2009; Mota & Goto, 2009; Oliveira et al., 2011; Teixeira, 2010) indicavam uma prática fortemente marcada pela clínica terapêutica diante da fragilidade das referências que orientavam a atuação na área da assistência social.

Conforme salienta Cruz (2009), os psicólogos que atuavam em CRAS, em sua maioria, realizavam psicoterapia cotidianamente e de forma sistemática. Diante disso, J. P. Macedo e Dimenstein (2009) discutem que uma atuação que se pauta somente em um saber técnico, desconsiderando a compreensão dos usuários e da comunidade, contribui para “o exercício da gestão ou do governo da população, através da disciplina e do controle” (p. 296). Soma-se a essas questões a dificuldade dos usuários, da equipe e da rede socioassistencial de desvincular a prática do psicólogo da clínica individual, conforme sinalizam Costa e Cardoso (2010). Ao que parece, durante esse período estabeleceu-se na assistência social uma psicologia que

somente dominava o saber da psique e que relegava a área social ao serviço social (Andrade & Romagnoli, 2010; Oliveira et al., 2011; Teixeira, 2010).

Nessa direção, Lemes & Buttore (2009) demarcam a importância de se compreender os papéis de cada profissão no campo da assistência social; entretanto, ressaltam que o trabalho do psicólogo nesses espaços deve se pautar em um compromisso ético-político de forma que, para alguns autores (Senra & Guzzo, 2012; C. S. Silva et al., 2011), a construção de uma reflexão crítica acerca de sua atividade de trabalho adquire importância nodal para o exercício profissional do psicólogo que atua nesse campo.

Tendo em vista o cenário exposto, nota-se que a partir de 2012 os trabalhos analisados começaram a evidenciar uma mudança nas práticas exercidas em CRAS e, conseqüentemente, estabeleceu-se certa alteração no foco das discussões que deixaram de centrar-se na inadequação da práxis do psicólogo em relação ao guia de “Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS” (CFP, 2007). Assim, a atuação do psicólogo começou a entrar em consonância com as diretrizes sugeridas pelo CFP (2007) (Flor & Goto, 2015; Sobral & Lima, 2013) e, embora questões relacionadas à prática da clínica ainda vigorassem (Koelzer, Backes & Zanella, 2014; O. J. V. Macêdo, Alberto, Santos, Souza & Oliveira, 2015; Oliveira et al., 2014; Von Dentz & Oliveira, 2013), outras questões começaram a se evidenciar.

Temas como a perda da identidade profissional (Leão et al., 2014; J. P. Macedo & Dimenstein, 2012; Ribeiro & Guzzo, 2014), a dificuldade da gestão em perceber o papel do psicólogo no CRAS (Motta & Scarparo, 2013), o sofrimento advindo da construção, muitas vezes solitária e sem referências claras, de formas de atuar nesses espaços (J. P. Macedo & Dimenstein, 2012; Von Dentz & Oliveira, 2013), e a importância de se sistematizar com maior especificidade o trabalho do psicólogo no CRAS (Flor & Goto, 2015) começaram a se apresentar na fala dos trabalhadores entrevistados.

Conforme exposto, as pesquisas supracitadas pela primeira vez sinalizaram que a prática dos psicólogos estava sofrendo alterações e se desvinculando da perspectiva clínica. Entretanto, é interessante notar que as construções e apostas realizadas por esses profissionais em sua atividade de trabalho, ao romperem com os modelos tradicionais da formação acadêmica, muitas vezes foram acompanhadas por questões como a perda da identidade profissional e/ou por uma aflição que advinha da incerteza de atuar em um campo no qual não se reconheciam.

Ora, face às apresentações realizadas até agora, entendemos que a desvinculação do modelo de atuação profissional predominante na psicologia e a adequação aos parâmetros propostos pelo CFP (2007) sugerem que os psicólogos construíram um fazer que pudesse atender intensa demanda do CRAS, diante das condições de trabalho presentes na assistência social. Pensando essa produção enquanto um saber sobre o trabalho nesses espaços, podemos nos questionar acerca do motivo pelo qual os entrevistados parecem não se identificar profissionalmente no que fazem e, mais ainda, que questões relacionadas à identidade profissional comecem a se destacar (Leão et al., 2014; J. P. Macedo & Dimenstein, 2012; Ribeiro & Guzzo, 2014). Destarte, apostamos que a discussão de ofício empreendida pela perspectiva teórica da CAAt pode esclarecer essa questão, contribuindo com o debate realizado pelos autores apresentados até agora.

Segundo Clot (2010), “o ofício é, na atividade, um instrumento, ao mesmo tempo, técnico e psicológico para cada sujeito. Ele é, simultaneamente, relativo ao objeto de trabalho, a si mesmo e aos outros” (p. 287). Técnico porque, mediado pelo ofício, o profissional poderá se apropriar dos saberes que definirão as formas diversas de se utilizar o instrumento de trabalho, que, dependendo da necessidade, pode sofrer modificações e ser usado inclusive para outras funções que não as que estavam prescritas inicialmente. Psicológico, porque, por intermédio do ofício, o trabalhador irá desenvolver competências, construirá formas de se

relacionar com os pares e será continuamente atravessado por afetos e saberes que dizem de uma história que é anterior a ele, na qual ele se insere e contribui para sua construção.

O ofício é constituído por quatro dimensões acopladas e interdependentes que constantemente digladiam entre si, sendo a um só tempo pessoal, interpessoal, transpessoal e impessoal. Pessoal, porque o ofício vive nas construções singulares elaboradas face às imprevisibilidades do real do trabalho, sempre inesperado; ele também vive nos diálogos e trocas realizadas entre profissionais que falam a mesma língua e se orientam pelas mesmas regras (Clot, 2010). No que concerne a essa segunda dimensão, interpessoal, cabe ressaltar que, a partir dos vínculos, debates e trocas, formais ou informais, cotidianamente e sistematicamente estabelecidas entre os trabalhadores, conforma-se o coletivo profissional. O coletivo organiza e compõe soluções para atender às exigências do real, fazendo frente aos constrangimentos muitas vezes impostos pelas condições e formas de organização do trabalho.

Estabelecendo um conjunto de valores e normas que orientam o que é desejável ou não de se fazer, o coletivo de trabalho possibilita “uma interpretação comum entre as diversas contribuições individuais dos trabalhadores aos limites da organização prescrita do trabalho em uma situação concreta” (Moraes & Athayde, 2014, p. 332). Ademais, “sem destinatário, a atividade perde seu sentido. Por isso, o ofício na atividade é ao mesmo tempo muito pessoal e sempre interpessoal, ação situada, dirigida e, em certo sentido, não reiterável” (Clot, 2013, p. 6).

Esse trabalho realizado pelo coletivo ao longo de tempo, contribuição dada por cada um e por todos, assumirá uma configuração histórica, constituindo uma memória transpessoal que fornecerá instruções e um conjunto de regras informalmente regulamentadas, e, portanto, mutáveis, que irão se sustentar fundamentalmente nos mecanismos de cooperação entre os trabalhadores inseridos na atividade de trabalho. Essa terceira dimensão do ofício, transpessoal, Clot denomina de gênero profissional, e tem como uma das funções dizer como cada

trabalhador deve agir individualmente e a quais normas o grupo profissional se sujeita. Ademais, ele também rege a relação com os objetos da ação e as regras que ordenarão a relação dos trabalhadores entre si (Clot, 2007).

Destarte, podemos dizer que o gênero se constitui a partir de elaborações coletivas, construídas ao longo da história de um determinado meio profissional, e que se configuram enquanto parte de sua cultura; transformadas em recurso durante a atividade. É uma produção comum, portanto genérica, que imputa sentido e orienta o fazer dos trabalhadores de um mesmo horizonte profissional (Clot, 2007).

Por fim, a quarta dimensão do ofício é impessoal, sob a perspectiva da prescrição ou função definida. A prescrição é indispensável, embora seja o que há de mais descontextualizado no contexto da atividade de trabalho, por estar cristalizada nos documentos institucionais. Porém, por essa mesma característica, ela é o que fornece recurso inicial para que o trabalhador “novato”, que se insere em uma situação de trabalho sem conhecê-la previamente, possa conseguir fazer o que precisa ser feito (Clot, 2010; 2013). Diante do exposto, pode-se dizer que a prescrição, sobretudo se foi bem elaborada, mostra-se “como algo precioso para o desenvolvimento da atividade” (Clot, 2010, p. 295).

No que concerne à atuação do psicólogo em CRAS, os artigos analisados apontam para a insuficiência, imprecisão e nebulosidade dessa dimensão impessoal do ofício (Beato et al., 2011; Flor & Goto, 2015; J. V. Silva & Corgozinho, 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010). A exemplo dos resultados encontrados em Flor e Goto (2015), a ausência de uma orientação específica de trabalho contribui para uma prática que não possui embasamento objetivo. Essa carência de uma prescrição clara, agregada à inexistência de “reuniões entre os psicólogos dos CRAS, discussões e até mesmo supervisões do fazer psicológico” (Flor & Goto, 2015, p. 31), pode desencadear sentimentos como a dupla ansiedade citada por uma participante no texto de Beato et al. (2011) ao dissertar acerca desse assunto.

Ora, Duraffourg (Duraffourg, Duc & Durrive, 2007) caracteriza o prescrito como “um conjunto – de objetivos, de procedimentos, de regras – relativo aos resultados esperados e à maneira de obtê-los” (p. 68). Segundo essa definição, podemos notar que o MDS (2009; 2015) define as atribuições do técnico de referência do CRAS, mas não apresenta uma prescrição que esclareça as tarefas do psicólogo nesse espaço; enquadrando em uma mesma categoria serviço social e psicologia, o que contribui para a dificuldade muitas vezes encontrada pelos trabalhadores em perceber as diferenças na atuação das duas profissões (Leão et al., 2014).

Importante notar que, embora funcionem como subsídio inicial para a realização da tarefa, as prescrições nunca darão conta do real do trabalho; sempre haverá uma lacuna entre o que foi prescrito e o que é de fato realizado, uma vez que a situação real é incerta e, por mais que se tente, inantecipável (Clot, 2010). Dessa feita, é o coletivo de trabalho que auxilia o profissional a superar as dificuldades encontradas diante da assimetria entre a prescrição impessoal e o real do trabalho, intermediando o acesso às memórias laborais lapidadas ao longo da história daquele coletivo. Assim, por intermédio do coletivo de trabalho, o profissional terá acesso aos fracassos, às perguntas sem respostas, às tentativas bem-sucedidas e a toda uma gama de normas pré-trabalhadas que lhe instrumentarão para gerir os imprevistos e as defasagens que possam se apresentar em seu labor (Clot, 2010).

Trein, Tittoni e Prudente (2013) sinalizam, sobre essa temática, que o intervalo entre o prescrito e o trabalho real “abre espaço para a possibilidade de escolhas e de uma certa liberdade para que o trabalhador realize sua tarefa, evocando o que se poderia pensar como uma ética do trabalho ou trabalho ético” (p.7); em outras palavras, os autores colocam que é nesse intervalo que se cria a possibilidade de realizar uma atuação ética no CRAS, sobre si mesmo e sua prática.

De toda forma, conforme relatado acima, Flor & Goto (2015) sinalizam que, diante da carência de uma sistematização do trabalho, um grupo de psicólogos poderia fornecer subsídio

para a atuação dos profissionais que permitiria gerir a defasagem da prescrição. Entretanto, ao que parece, a ausência de um coletivo de trabalho agregada à uma formação descontextualizada deixa o profissional sozinho para lidar com os desafios e imprevisibilidades do real do trabalho na assistência social, podendo contribuir para a produção do sofrimento laboral assinalado por Von Dentz e Oliveira (2013) sobre as construções solitárias dos psicólogos na assistência social.

Podemos supor a partir da discussão de alguns estudos que contemplam essa categoria (Flor & Goto, 2015; Leão et al., 2014; J. P. Macedo & Dimenstein, 2012; Ribeiro & Guzzo, 2014; Von Dentz & Oliveira, 2013) que, perante a ineficácia da instância impessoal do ofício diante do real e de sua nebulosidade no que concerne às prescrições do MDS (2009; 2015), os psicólogos são levados a tensionar seu ofício ao limite, construindo eles próprios suas prescrições e formas de se trabalhar. A partir das tentativas, erros e acertos, e parcerias com profissionais de outras áreas, ao longo do tempo os psicólogos criam uma prática relativamente estável e que lhes permite certo domínio sobre seu fazer nesses espaços.

Entretanto, a ausência ou fragilidade do coletivo de trabalho, conforme os estudos supracitados parecem sugerir, pode reverberar de duas formas: por um lado, os psicólogos que ingressam no CRAS encontram dificuldade para acessar as construções e atalhos produzidos por outros que já possuem um caminho nesse campo, acessando somente as instruções oficiais; por outro lado, os psicólogos são levados a criar a sua atividade de trabalho, muitas vezes, na “sombra e na inquietação” (Clot, 2010, p. 177), uma vez que parece não haver um grupo de pares que possa respaldar e contribuir para construção de decisões e normas acerca do fazer profissional no CRAS. Diante disso, conforme Clot (2010) aponta, “por contar apenas com os próprios recursos psíquicos, cada um é reenviado, então, a si mesmo, à fragilidade de seus equilíbrios privados, aos riscos de desordens graves e simultâneas do corpo e do espírito” (p. 177).

O estudo de Motta e Scarparo (2013) contribui nessa direção ao citar a importância crucial da participação em instâncias como Sindicato dos Psicólogos, Grupo de Trabalho, dentre outros, para as participantes de seu estudo. Segundo as autoras, a inserção nesses espaços “possibilitou às entrevistadas um espaço de escuta e reflexão, um lugar que proporcionasse um suporte teórico, técnico, político e de apoio emocional, muitas vezes” (p. 236). Além disso, consideram que participar dessas comunidades profissionais pode contribuir no sentido de “minimizar as ansiedades e os anseios postos cotidianamente, visto as vicissitudes do trabalho do psicólogo na Assistência Social” (p. 236).

Embora os estudos não forneçam informações acerca da dimensão transpessoal do ofício, o gênero profissional, Clot (2011) salienta que, quando um coletivo de profissionais em um contexto específico de trabalho debate sobre sua atividade, compartilhando experiências, vivências, formas de se pensar e fazer a tarefa, ao longo do tempo, ao “passar de mão em mão e de boca em boca” (p.76), esses saberes agrupados e transformados permitirão a construção de um arcabouço de regras informais que fornecerão ao trabalhador o suporte necessário para fazer o que precisa ser feito, tendo como base o que já foi realizado a esse respeito. Esse reservatório de recursos instrumentais e simbólicos compartilhado por todos configura-se como um interlocutor de apoio com o qual o sujeito se corresponderá a fim de realizar sua tarefa diante dos imprevistos impostos pelo real.

Destarte, o gênero profissional possibilita que os trabalhadores possam se reconhecer naquilo que fazem; isto é, em alguma coisa que é comum e partilhada por todos que comungam de um mesmo ofício. Conforme Clot (2010) evidencia, “Quando o gênero profissional – designamos, assim, a memória coletiva – é maltratado, os trabalhadores deixam de se reconhecer naquilo que fazem. Sua atividade é desestabilizada” (p. 287). Ao que parece, encontramos aqui uma pista que pode esclarecer as questões relacionadas à perda de identidade dos psicólogos que atuam em CRAS.

Ora, o enfraquecimento das entidades coletivas é apontado por Franco et al. (2010) como uma das dimensões da precarização do trabalho. Segundo as autoras, a terceirização contribui para minar a identidade coletiva e debilitar os agentes sociais. Assim, a fragilização, ou até mesmo ausência, de um coletivo de trabalho de psicólogos que atuam em CRAS pode dificultar a renovação do gênero profissional dessa categoria, o que, como discutido anteriormente, pode criar obstáculo para que os profissionais se identifiquem com sua atividade de trabalho na assistência social. Ribeiro e Guzzo (2014) contribuem nesse sentido, porém atribuem a pouca mobilização dos psicólogos à falta de identificação com o trabalho no SUAS e à terceirização dos serviços socioassistenciais.

Ademais, o enfraquecimento das instâncias coletivas, em última instância a precarização do gênero profissional, reverbera na saúde dos trabalhadores que se encontrarão sozinhos para lidar com toda sorte de constrangimentos em seu meio laboral (Clot, 2010). Assim, a socialização sistemática de saberes por um coletivo de trabalhadores, para além de possibilitar o fortalecimento da identidade profissional e potencializar a produção de saúde no ambiente de trabalho, constitui-se para Villatte et al. (2007) enquanto uma característica necessária para se trabalhar com a intervenção social.

Embora não tenhamos encontrado pesquisas que se proponham a discutir a saúde laboral dos psicólogos que trabalham em CRAS, a menção a sentimentos como sobrecarga emocional, estresse, frustração (Barreto, 2011), insegurança quanto a práxis no CRAS, estranhamento, medo, impotência, frustração, ressentimento (J. P. Macedo & Dimenstein, 2012) e ansiedade (Beato et al., 2011) nos sugerem a urgência de se fortalecer espaços institucionais nos quais possam haver trocas entre pares e de se pensar estratégias que viabilizem a participação dos profissionais, haja vista as agruras enfrentadas diante da precarização cada vez maior do trabalho do psicólogo na assistência social. Nesse sentido, Ferrari (2009) relata a experiência da construção de um espaço de escuta para os profissionais

que trabalham com sujeitos em situações de pobreza extrema, sinalizando a importância de se refletir acerca da atuação profissional em um outro momento, “distanciado do cotidiano, onde as urgências e as emoções muitas vezes impedem um entendimento mais amplo do caso” (p.37).

Considerações Finais

O cenário de atuação em CRAS mostra-se desafiador! A literatura sinaliza que o trabalho do psicólogo nesses espaços se forjou na precarização laboral, condições que perduram até 2016. Ademais, as prescrições institucionalizadas para a realização de sua tarefa mostram-se imprecisas, uma vez que não apontam com nitidez qual a função do psicólogo em CRAS. Diante disso, percebemos que a academia está se propondo a pensar teorias que viabilizem a atuação desses trabalhadores.

De toda forma, os profissionais de psicologia estão gerindo as defasagens e imprevisibilidades do real do trabalho de forma a realizar sua atividade em CRAS. Os artigos sinalizam que os trabalhadores estão alterando suas práticas e que, ao se adequarem às orientações do CFP (2007), estão se desvinculando da clínica tradicional e engendrando outros caminhos de trabalho. Diante da complexidade dos enfrentamentos realizados por esses profissionais, destacamos a fundamental importância da construção diretrizes que se proponham a esclarecer, tanto quanto possível, o trabalho do psicólogo no SUAS. Paralelamente, mostra-se necessário produzir estudos que debrucem sobre as práticas e as relações que se estabelecem no ambiente de trabalho os saberes mobilizados ao realizar a tarefa, os debates de normas e valores efetivados no real do trabalho, as relações estabelecidas com a equipe socioassistencial, dentre outros. Por fim, sugere-se o investimento em pesquisas e ações relacionadas à saúde do trabalhador do SUAS, ainda insuficientemente investigada entre esses profissionais.

Referências

- Afonso, M. L. M., Vieira-Silva, M., Abade, F. L., Abrantes, T. M., & Fadul, F. M. (2012). A psicologia no Sistema Único de Assistência Social. *Pesquisa e Práticas Psicossociais*, 7(2), 189-200.
- Andrade, L. F., & Romagnoli, R. (2010). O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 604-619.
- Barreto, A. F. (2011). Sobre a dor e a delícia da atuação Psicológica no SUAS. *Psicologia Ciência & Profissão*, 31(2), 406-419.
- Beato, M. S. da F., Sousa, L. A., de Florentino, B. R. B., Junior, W. M., Neiva, K. M., & Toffaneli, V. F. (2011). A identidade profissional em questão. In: Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP); Conselho Regional de Psicologia (CRP-MG) (Orgs.), *A Psicologia e o Trabalho no CRAS* (pp. 39-54). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia (CRP-MG).
- Bendassolli, P. F., & Soboll, L. A. P. (2011) Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: P. F. Bendassolli, & L. A. P. Soboll (Org.), *Clínicas do trabalho* (pp. 3-21). São Paulo: Atlas.
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 5(11), 121-136.
- Clot, Y. (2007). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Clot, Y. (2011). Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: P. F. Bendassolli, & L. A. P. Soboll (Org.), *Clínicas do trabalho* (pp. 71-83). São Paulo: Atlas.
- Clot, Y. (2013). O ofício como operador de saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(1), 1-11.

- Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília: autor.
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Atuação dos psicólogos no CRAS/SUAS*. Relatório descritivo preliminar de pesquisa. Brasília: Autor.
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Comunicação Científica*, 34(6), 428-431.
- Costa, A. F. D. S., & Cardoso, C. L. (2010). Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social-CRAS. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3(2), 223-229.
- Cruz, J. M. O. (2009). Práticas psicológicas em Centro de Referência da Assistência Social. *Psicologia em Foco*, 2(1), 11-27.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Duraffourg, J., Duc, M., & Durrive, L. (2007). O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: Y. Schwartz, & L. Durrive (Orgs), *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana* (pp. 47-82). Niterói: EdUFF.
- Ferrari, R. (2009). Escutando famílias na rede pública: uma experiência de supervisão institucional com a equipe do PAIF – Programa de Atenção Integral à Família dos CRAS, Vinhedo/SP. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 10(2), 33-40.
- Flor, T. C., & Goto, T. A. (2015). Atuação do psicólogo no CRAS: uma análise fenomenológico-empírica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 21(1), 22-34.

- Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 229-48.
- Kalleberg, A. L. (2009). O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 24(69), 21-30.
- Koelzer, L. P., Backes, M. S., & Zanella, A. V. (2014). Psicologia e CRAS: reflexões a partir de uma experiência de estágio. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(1), 132-139.
- Lauriano, C. V., Silva, M. C. O., & Pessini, M. A. (2013). Os desafios e as perspectivas da inserção do psicólogo no centro de referência de assistência social (CRAS). *Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR*, 19(4), 229-239.
- Leão, S. M., Oliveira, I. M. F. F. D., & Carvalho, D. B. D. (2014). O Psicólogo no Campo do Bem-Estar Social: atuação junto às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(1), 264-289.
- Lemes, B. L., & Buttore, P. M. (2009). A atuação do psicólogo no CRAS. *Revista Contato*, 10(62), 11-13.
- Macedo, J. P. (2007). *O psicólogo no campo do Bem-Estar: cartografias de práticas na saúde e assistência social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 293-300.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização do saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 296-213

- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2012). O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 182-192.
- Macedo, J. P., Sousa, A. D., Carvalho, D. D., Magalhães, M. A., Sousa, F. D., & Dimenstein, M. (2011). O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 479-489.
- Macêdo, O. J. V., Alberto, M. F. P., Santos, D. P., Souza, G. P., & Oliveira, V. S. (2015). Ações do Profissional de Psicologia no Centro de Referência da Assistência Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 809-823.
- Mendonça, R. T. (2016). A Metodologia de Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais no Centro de Referência de Assistência Social: uma proposta teórica e prática. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 23(50), 74-88.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria nacional de assistência social. (2005). *Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004). Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria nacional de assistência social. (2006). *Norma Operacional Básica de recursos humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). *Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2015). *Caderno de orientações do serviço de proteção e atendimento integral à família e serviço de convivência e fortalecimento de vínculos: uma articulação necessária*. Brasília, DF: Autor.
- Moraes, T. D., & Athayde, M. R. C. D. (2014). Dimensões do coletivo na atividade de trabalho dos motoboys. *Fractal: Revista de Psicologia*, 26(2), 327-348.

- Mota, S. T., & Goto, T. A. (2009). Plantão psicológico no CRAS em Poços de Caldas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(3), 521-530.
- Motta, R. F., Castro, T. G., & Pizzinato, A. (2015). A psicologia nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS): um panorama das publicações científicas brasileiras de 2004 a 2014. *Liberabit*, 21(2), 341-348.
- Motta, R. F., & Scarparo, H. B. K. (2013). A psicologia na assistência social: Transitar, travessia. *Psicologia & Sociedade*, 25(1), 230-239.
- Mugnaini, R. & Strehl, L. (2008). Recuperação e impacto da produção científica na era google: uma análise comparativa entre o google acadêmico e a web of science. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 13(1), 92-105.
- Nota Técnica com Parâmetros para atuação das e dos profissionais de Psicologia no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*, de 21 e 22 de outubro de 2016. Estabelece diretrizes para a atuação do psicólogo e psicóloga no SUAS. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Nota-te%CC%81cnica-web.pdf>
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Solon, A. F. A. C., & Amorim, K. M. O. (2011). A prática psicológica na proteção social básica do SUAS. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe.), 140-149.
- Oliveira, I. F., Oliveira, N. L. A., Nascimento, M. N. C., Araújo, R. L., Coelho-Lima, F., & Amorim, K. M. O. (2014). Atuação dos psicólogos nos CRAS do interior do RN. *Psicologia & Sociedade*, 26(spe 2), 103-112.
- Paula, F. O. Q. D., & Paiva, J. D. (2015). Possibilidades de atuação do psicanalista no Centro de Referência de Assistência Social. *Vínculo*, 12(1), 41-50.
- Piveta, R. T. A., & Mansano, S. R. V. (2014). O fazer como potência: atuação da psicologia no sistema único de assistência social. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(2), 14-25.

- Ribeiro, M. E., & Guzzo, R. S. L. (2014). Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): reflexões críticas sobre ações e dilemas profissionais. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 9(1), 83-96.
- Romagnoli, R. C. (2016). Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano da equipe profissional do centro de referência em assistência social – CRAS. *Psicologia e Sociedade*, 28(1), 151-161.
- Seixas, P. D. S., & Yamamoto O. H. (2012). A Inserção e a atuação profissional do psicólogo no campo das políticas sociais no Rio Grande do Norte. *Psicologia Argumento*, 30(70), 447- 489.
- Senra, C. M. G., & Guzzo, R. S. L. (2012). Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299.
- Silva, C. A., & Yamamoto, O. H. (2013). As políticas sociais na formação graduada do psicólogo no Piauí. *Psicologia: Ciência & Profissão* 33(4), 824-839.
- Silva, C. S., Silva, I. R., Brustolin, M. L., & Pessini, M. A. (2011). Algumas considerações sobre as influências do assistencialismo nas práticas psicológicas realizadas nos centros de referência de assistência social (CRAS). *Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR*, 19(1), 3-13.
- Silva, J. V., & Corgozinho, J. P. (2011). Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 23(n.spe.), 12-21.
- Sobral, M. F. C., & Lima, M. E.O. (2013). Representando as práticas e praticando as representações nos CRAS de Sergipe. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 630-645.
- Teixeira, S. M. (2010). Trabalho interdisciplinar no CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza? *Textos & Contextos*, 9(2), 286-297.

- Trein, A. L., Tittoni, J., & Prudente, J. (2013). O trabalho como potencializador da vida nas práticas da assistência social. *Psico*, 44(1), 55-63.
- Vasconcelos, E. M. (2011). *Os psicólogos e sua inserção no SUAS: da sensação inicial de perda de identidade ao reconhecimento de uma nova profissionalidade e de suas bases teóricas*. Recuperado de http://www.crprj.org.br/antigo/publicacoes/jornal/jornal_38_pag18.pdf.pdf
- Villatte, R., Teiger, C., & Caroly-Flageul, S. (2007) O trabalho de mediação e intervenção social. In: P. Falzon (Ed.), *Ergonomia* (pp.501-518). São Paulo: Edgard Blücher.
- Von Dentz, K. K. M., & Oliveira, E. L. (2013). O psicólogo no CRAS: uma nova experiência. *Revista Psicologia em Foco*, 5(5), 82-100.
- Ximenes, V. M., Paula, L. R. C., & Barros, J. P. P. (2009). Psicologia comunitária e política de assistência social: diálogos sobre atuações em comunidades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 686-699.
- Yamamoto, O. H. (2007). Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 30-37.
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 9-24.

ARTIGO 2.

Saúde dos psicólogos que atuam em Centros de Referência de Assistência Social

Resumo

Este estudo objetivou discutir a saúde laboral dos psicólogos em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) a partir de algumas características presentes no trabalho desses profissionais. Participaram da pesquisa 53 psicólogos que atuam em serviços de proteção social básica no estado do Espírito Santo. Os participantes responderam a um questionário *online* composto pelos seguintes instrumentos: JCQ, WHOQOL-bref, SRQ-20; e questões sociodemográficas. Os resultados indicam que o trabalho do psicólogo nesses espaços caracteriza-se como trabalho ativo; no entanto, observou-se um nível elevado de adoecimento mental e baixa qualidade de vida entre os participantes. A dimensão controle, no contexto laboral do psicólogo que atua em CRAS, parece não contribuir positivamente para a saúde dos trabalhadores como previsto no modelo teórico. Torna-se fundamental construir estratégias a fim de transformar as atuais condições de trabalho desses profissionais e contribuir para que a atividade laboral nesses espaços seja desenvolvida de maneira mais saudável.

Palavras-chave: saúde ocupacional; condições de trabalho; atuação do psicólogo.

Health of psychologists working in Reference Center for Social Assistance

Abstract

This study aimed to discuss the occupational health of the psychologist in Reference Center for Social Assistance (CRAS), based on some characteristics present in the work of these professionals. A total of 53 psychologists working in basic social protection services in the state of Espírito Santo participated in the study. The participants answered an online questionnaire composed of the following instruments: JCQ, WHOQOL-bref, SRQ-20; and sociodemographic issues. The results indicate that the work of the psychologist in these spaces is characterized as active work, however a high level of mental illness and low quality of life among the participants was observed. The control dimension, in the work context of the psychologist who works at CRAS, does not seem to contribute positively to workers' health as predicted in the theoretical model. It is essential to build strategies in order to transform the current working conditions of these professionals and contribute to the fact that the labor activity in these spaces is developed in a healthier way.

Key words: occupational health; working conditions; psychologist performance.

Salud de los psicólogos que actúan en Centros de Referencia de Asistencia Social

Resumen

Este estudio objetivó discutir la salud laboral del psicólogo en Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) a partir de algunas características presentes en el trabajo de estos profesionales. Participaron de la investigación 53 psicólogos que actúan en servicios de protección social básica en el estado de Espírito Santo. Los participantes respondieron a un cuestionario online compuesto por los siguientes instrumentos: JCQ, WHOQOL-bref, SRQ-20; y cuestiones sociodemográficas. Los resultados indican que el trabajo del psicólogo en esos espacios se caracteriza como trabajo activo, sin embargo se observó un alto nivel de enfermedad mental y baja calidad de vida entre los participantes. La dimensión control, en el contexto laboral del psicólogo que actúa en CRAS, parece no contribuir positivamente a la salud de los trabajadores según lo previsto en el modelo teórico. Se vuelve fundamental construir estrategias para transformar las actuales condiciones de trabajo de estos profesionales y contribuir a que la actividad laboral en esos espacios sea desarrollada de manera más sana.

Palabras clave: salud ocupacional; condiciones de trabajo; actuación del psicólogo.

Introdução

As alterações sociais, econômicas e dos modos de produção e organização do trabalho que se intensificaram desde as últimas décadas do século XX conduziram, entre outros, ao aumento da importância econômica do setor de serviços, dos modelos de produção não tayloristas e da acumulação e produção flexível (Harvey, 2012). Essas novas dinâmicas produtivas acarretaram intensas modificações no mercado laboral e nos modos de gerir e organizar o trabalho, dentre as quais algumas com consequências deletérias para o trabalhador, tais como intensificação do trabalho, aceleração das cadências, aumento da pressão, das responsabilidades, dos esforços mentais e competição entre os profissionais, terceirização, desregulamentação dos direitos trabalhistas, demissão em massa, flexibilização do trabalho e desemprego (Antunes 2015). Tais mudanças exerceram – e exercem – profundo impacto na saúde laboral; de forma que campos como o da saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT) e temáticas como qualidade de vida no trabalho têm adquirido cada vez mais expressão no meio acadêmico e empresarial (Cardoso, 2015; Franco, Druck, & Seligmann-Silva, 2010; Seligmann-Silva 2011).

O conceito qualidade de vida pode ser definido como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, citado por Fleck et al., 2000, p.179). Alguns autores (Mascarenhas, Prado, Fernandes, Boery & Sena, 2013) consideram esse conceito como genérico e multidimensional por abranger aspectos subjetivos e de alta variabilidade, como valores pessoais, questões culturais e religiosas.

Mascarenhas et al. (2013) argumentam que, diante da necessidade de se desenvolver medidas de avaliação capazes de definir um padrão que pudesse ser utilizado em diversos países e culturas para mensurar a qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde

desenvolveu instrumentos como o WHOQOL-bref, validado no Brasil (Fleck et al., 2000), que contempla os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Dentre os quatro domínios avaliados, aspectos que se referem a sentimentos positivos e negativos, memória, autoestima, imagem corporal, espiritualidade, religião e crenças pessoais são contemplados no domínio psicológico. Os riscos enfrentados na atividade profissional e questões relacionadas às necessidades humanas básicas referem-se aos domínios meio ambiente e físico, respectivamente. Por fim, o domínio relações sociais envolve a forma como o indivíduo percebe e experiencia os relacionamentos sociais e os papéis assumidos ao longo da vida (Fleck et al., 2000; Mascarenhas et al., 2013). Mascarenhas et al. (2013) ainda sugerem a importância do estudo da qualidade de vida entre os trabalhadores, uma vez que ela pode estar relacionada à qualidade dos serviços prestados.

Conforme sugerem Franco et al. (2010), seria reconfortante ao discutir o trabalho poder perceber que as tensões e aflições vivenciadas no meio laboral foram abrandadas pelas conquistas teórico-técnicas desenvolvidas nos últimos anos. Entretanto, o que se encontra com o crescente desenvolvimento das tecnologias e a evolução das formas de gestão e organização do trabalho é a produção cada vez mais frequente de um sofrimento laboral caracterizado por um mal-estar difuso (Carlotto, Amazarray, Chinazzo, & Taborda, 2011).

Sintomas como cansaço, diminuição da capacidade de concentração, esquecimento, insônia, irritabilidade, depressão e queixas somáticas caracterizam o que podemos chamar de transtorno mental comum (TMC) ou transtorno mental não psicótico. Ainda que em sua fase inicial os TMC não necessitem de tratamento psicofarmacológico, causam forte impacto econômico devido à perda de dias de trabalho e aumento da busca por serviços de saúde (Carlotto et al., 2011).

Outro agravo intrinsecamente relacionado às transformações do trabalho é o estresse laboral. A exposição a condições estressantes vem se apresentado como um dos principais

fatores que levam ao desencadeamento de efeitos negativos à saúde do trabalhador, relacionando-se a trabalhos dos mais diversos (Alves, Hökerberg, & Faerstein, 2013). Segundo Araújo, Graça e Araújo (2003), uma das teorias de referência em estudos que buscam investigar aspectos relacionados à dimensão psicossocial do trabalho é o Modelo Demanda-Controle (*Job Strain Model*), elaborado por Karasek (1979). Focado nas características do trabalho, esse modelo propicia correlacionar o estresse laboral às suas condições de produção, considerando exatamente dimensões da autonomia e controle.

O Modelo Demanda-Controle tem como principal hipótese que os agravos à saúde ocorrem devido à exposição simultânea dos trabalhadores a elevadas demandas psicológicas e insuficiente amplitude decisória acerca de seu próprio processo de trabalho; o que acaba por produzir desgaste psicológico nesses profissionais (Alves et al., 2013). Esse modelo associa dois aspectos psicossociais no ambiente laboral: a demanda psicológica, relacionada às características envolvidas para a realização da tarefa, e o grau de controle que está vinculado à autonomia. A forma como se combinarão diferentes níveis de controle e de demanda proporcionará experiências distintas no trabalho, estando diretamente relacionados à possibilidade ou não de adoecimento (Araújo et al., 2003; Santos, Araújo, Carvalho & Karasek, 2017).

A avaliação das características psicossociais do ambiente de trabalho é realizada a partir da interação entre os níveis altos e baixos dessas duas dimensões, configurando-se em quatro situações laborais específicas que implicam em riscos diferenciados à saúde: “trabalho passivo” (baixa demanda – baixo controle), “trabalho ativo” (alta demanda – alto controle), “alta exigência do trabalho” (alta demanda – baixo controle) e “baixa exigência” (baixa demanda – alto controle) (Araújo et al., 2003; Karasek, 1979; Santos et al., 2017).

O trabalho de alta demanda combinado com baixo controle por parte do profissional pode produzir desgaste psicológico, fadiga, ansiedade e depressão. Ao passo que, em situações

laborais de alto controle e alta demanda, encontramos um padrão de enfrentamento que promove motivação e novas aprendizagens. De forma inversa, situações de trabalho nas quais existe baixo controle e baixa demanda podem produzir redução na atividade global do sujeito e diminuição de sua capacidade criativa (Alves et al., 2013; Araújo et al., 2003; Santos et al., 2017).

A atuação do Psicólogo no SUAS

As alterações vivenciadas na contemporaneidade no que refere aos processos de trabalho, como a terceirização e a gestão “*by stress*”, na qual os trabalhadores são instigados a aumentar o ritmo de trabalho devido ao medo do desemprego e o estabelecimento de metas altas e prazos curtos (Cardoso, 2015), impactam o trabalho dos psicólogos que atuam na proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Amparado na constituição de 1988, o SUAS foi construído tendo por base um padrão de proteção social universalista e igualitário, modificando de forma decisiva a concepção de assistência social vigente no Brasil até então – amparada em um modelo assistencialista, meritocrático e caritativo, que era utilizado para troca de favores políticos – ao legitimar a Assistência Social como política pública, assegurando proteção social sem contribuição prévia a todos que dela necessitassem (Romagnoli, 2016).

Construídas a partir de dois níveis de complexidade, a proteção social básica e a proteção social especial, as ações do SUAS buscam “assegurar direitos e aquisições relacionadas à autonomia e ao fortalecimento da cidadania dos usuários, pelo desenvolvimento de suas capacidades e de condições objetivas de fazer frente às necessidades sociais de existência” (Yazbek et al., 2014, p. 175). Nesse sentido, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) configuram-se enquanto porta de entrada para os serviços socioassistenciais ofertados pelo SUAS, adquirindo um significativo papel na promoção e articulação das ações em rede (Yazbek et al., 2014).

Os serviços de proteção social básica são executados no CRAS por uma equipe interdisciplinar composta por, no mínimo, dois técnicos de nível médio, um assistente social, um psicólogo, além do coordenador do serviço. Por conseguinte, os profissionais de psicologia e de serviço social devem construir e articular suas ações com o objetivo de fortalecer a função protetiva da família e prevenir a ruptura de vínculos. Para tanto, executam atividades como o atendimento às famílias por meio da acolhida e do acompanhamento familiar, encaminhamentos, oficinas com famílias, ações comunitárias e busca ativa (Ministério do desenvolvimento social e combate à fome [MDS], 2015).

Nas atividades que envolvem o atendimento às famílias, a acolhida figura como uma ação imediata de prestação ou oferta de benefícios eventuais – natalidade, vulnerabilidade temporária, funeral e calamidade pública. Caso haja necessidade, a família será encaminhada para outros serviços da rede intersetorial e acompanhada de forma continuada pelos profissionais do CRAS. Outrossim, as oficinas com famílias e ações comunitárias buscam oportunizar a troca de experiências, valores e o debate de situações externas que afetam a família e a comunidade (MDS, 2015). Por fim, psicólogos e assistentes sociais realizam busca ativa de usuários que necessitam dos serviços do CRAS (Leão, Oliveira, & Carvalho, 2014).

Todavia, as formas de organização e gestão do trabalho nos CRAS parecem seguir os mesmos ditames das alterações promovidas pelas políticas neoliberais. Conforme menciona Romagnoli (2016), a realização da gestão por metas e a alta carga de trabalho à qual os profissionais são submetidos fazem com que se sintam absorvidos e sobrecarregados. Além disso, vários estudos (Leão et al., 2014; Macedo et al., 2011; Macedo & Dimenstein, 2012; Romagnoli, 2016) relatam os efeitos nocivos da terceirização, como a instabilidade empregatícia e alta rotatividade, para a execução do trabalho no CRAS e satisfação laboral dos psicólogos.

Yamamoto e Oliveira (2010) acentuam que, embora o processo de implantação e efetivação da Política de Assistência Social tenha conquistado incomensuráveis avanços em termos de garantias de direitos sociais, com acentuada característica redistributiva, “o trabalho na assistência social é caracterizado historicamente por uma desprofissionalização, por uma prática eventual e assistemática e por ações inconsistentes” (p. 19). Nesse sentido, Macedo et al. (2011) acrescentam que, mesmo com a intensa expansão de mercado profissional conquistada pela psicologia e outras profissões a partir do estabelecimento do SUAS, paradoxalmente, agravou-se a precarização das relações de trabalho nas políticas públicas.

Ainda segundo Macedo et al. (2011), os psicólogos dos CRAS “convivem com a insegurança quanto ao emprego, com precárias formas de contratação, baixos salários, além da falta de perspectivas profissionais futuras, como ascensão na carreira e ausência de qualificação/capacitação profissional” (p.488). Por conseguinte, a intensificação do trabalho, o aumento da pressão, a gestão por metas, a competitividade desenfreada e os agravos diversos ocasionados pela precarização dos vínculos trabalhistas, impactam de forma contundente a saúde dos profissionais (Antunes, 2015; Cardoso, 2015; Franco et al., 2010). Isso posto, torna-se relevante identificar as relações estabelecidas entre o trabalho e o processo de saúde/doença vivenciado pelos psicólogos que atuam em CRAS. Para tanto, serão articulados o modelo de estresse de Karasek (1979) e instrumentos de mensuração da saúde mental (SRQ-20) e qualidade de vida (WHOQOL-bref), objetivando discutir a saúde laboral dos psicólogos em Centros de Referência de Assistência Social a partir de algumas características presentes no trabalho desses profissionais.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 53 psicólogos que atuam em CRAS no estado do Espírito Santo. A idade desses participantes variou entre 23 e 59 anos ($M = 32,02$; $DP = 8,49$), sendo 44 do sexo feminino e 9 do sexo masculino. Outras informações acerca da caracterização desses profissionais estão apresentadas na descrição dos resultados.

Instrumentos

Como instrumentos de coleta dos dados, foi utilizado um questionário *online*, composto pelas seguintes partes: dados sociodemográficos; questões sobre o trabalho dos psicólogos – tipo de vínculo empregatício, remuneração, carga horária e tempo de trabalho – e questões referentes a fatores que interferem na atuação desses trabalhadores, como necessidade de tirar licença-saúde do trabalho ou se ausentar por motivos de doença laboral. Ademais, contou também com as escalas WHOQOL-bref; o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e o *Job Content Questionnaire* (JCQ), descritos a seguir.

WHOQOL-bref: desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group) e validado em português por Fleck et al. (2000); avalia qualidade de vida em 26 questões que englobam aspectos físicos (7 questões), psicológicos (6 questões), relações sociais (3 questões) e meio ambiente (8 questões), apresentando, ainda, 2 questões gerais de qualidade de vida. A consistência interna da escala WHOQOL-bref foi avaliada em cada domínio: físico ($\alpha=0,84$), psicológico ($\alpha=0,79$), relações sociais ($\alpha=0,69$) e meio ambiente ($\alpha=0,71$). Com escala tipo Likert, variando entre 1 e 5, contém quatro tipos de escalas de resposta: intensidade, capacidade, avaliação e frequência.

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20): validado em território nacional inicialmente por Mari e Williams (1985, 1986) e revalidado por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008); o SRQ-20 é a versão de 20 itens do SRQ-30 para rastreamento de transtornos mentais não

psicóticos. Em pesquisa recente (Santos, Carvalho & Araújo, 2016), o questionário demonstrou consistência interna superior a 0,80 ($\alpha > 0,80$) na maioria dos estudos realizados. As respostas são divididas em sim ou não, sendo que as afirmativas pontuam 1 no escore final, que indica a probabilidade de presença de transtorno não psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade).

Job Content Questionnaire (JCQ): validado em português por Araújo e Karasek (2008) com nome de Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho, foi elaborado por Karasek (1979) para medir aspectos psicossociais do trabalho. A versão brasileira do instrumento conta com 49 questões divididas nas seguintes escalas: a) controle sobre o trabalho, envolvendo 6 itens para mensurar o uso de habilidades, 3 para autoridade decisória e 8 questões que investigam autoridade decisória no nível macro; b) demanda psicológica do trabalho, mensurada a partir de 9 itens; c) demanda física avaliada em 5 questões; d) suporte social mensurado com base em 11 questões; e) insegurança no emprego que inclui 6 itens; e f) uma questão que corresponde ao nível educacional que é requerido no posto de trabalho ocupado. Os valores de consistência interna da validação brasileira da escala, em cada domínio, foram: controle sobre o trabalho ($\alpha=0,66$); demanda psicológica do trabalho ($\alpha=0,66$); suporte social ($\alpha=0,71$); e insegurança no emprego ($\alpha=0,36$).

Procedimentos

Foi realizada uma parceria com o Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região – ES (CRP16/ES), a fim de tornar possível a coleta de dados. Os psicólogos que possuem registro do CRP16/ES receberam um e-mail que os informou acerca da pesquisa e da importância da participação, convidando somente psicólogos que atuam em CRAS a responderem o questionário *online*, cujo *link* constava no corpo da mensagem. Além da divulgação realizada pelo Conselho Regional de Psicologia, também foram realizadas divulgações *online* em redes sociais. A concordância em participar da pesquisa foi formalmente registrada no Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido de forma *online*. O questionário permaneceu ativo entre julho e outubro de 2015, desconsiderando respostas após essa data.

A análise dos dados obtidos foi realizada com o *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 19. Inicialmente, calcularam-se os quatro domínios do WHOQOL-bref (Físico, Psicológico, Meio ambiente e Relações sociais), assim como a média populacional para cada domínio. Em seguida, a partir das orientações apresentadas no manual do JCQ, foi possível calcular os indicadores de demanda, apoio social e controle. Por fim, os indicadores foram divididos entre alto e baixo, situando como ponto de corte a mediana referente a cada indicador.

No que concerne ao SRQ-20, foi realizado o cálculo dos escores obtidos, atribuindo valor 1 às respostas positivas e 0 às respostas negativas. De forma subsequente, foi elaborada uma variável categórica dicotômica (“*tmc*”), caracterizando o participante como passível de apresentar TMC, ou não, utilizando como ponto de corte os valores 7/8, conforme a avaliação de Gonçalves et al. (2008). Ademais, a fim de verificar as relações entre as variáveis estudadas, foram realizadas análises descritivas e de frequência, correlação e *teste-t de student*, utilizando-se o nível de significância de 5% para todas as análises. Por fim, também foram efetuadas análises não paramétricas; entretanto, optou-se por utilizar as análises paramétricas uma vez que não houve distinções significativas entre as duas análises.

Resultados

Com base nas análises descritivas das variáveis categóricas de caráter sociodemográfico, observa-se que os participantes do estudo são, majoritariamente, mulheres (83%). Ademais, grande parte deles dispõe de formação complementar (50,9%), como pós-graduação ou especialização, vínculo contratual temporário (75,5%) e não possuem filhos (69,8%). A remuneração média informada é de R\$ 2.183,00 reais, com o tempo de trabalho variando de 1 mês a 4 anos (M= 24,09; DP= 24). Destaca-se que 34% dos participantes

relataram já terem faltado ao trabalho devido a doenças relacionadas à sua ocupação e 22,6 % afirmaram terem tirado licença-saúde.

Na Tabela 1, encontram-se os resultados concernentes à qualidade de vida dos psicólogos que atuam em CRAS, na qual se pode observar que os maiores resultados médios obtidos estão no domínio psicológico (13,51) e os menores na dimensão do meio ambiente (11,89). Na Tabela 1, encontram-se, também, os resultados referentes às características do trabalho, obtidos por meio do JCQ.

Tabela 1.
Qualidade de vida e características do trabalho dos participantes do estudo.

Variável	M	DP
WHOQOL-bref		
Domínio físico	13,24	2,36
Domínio psicológico	13,51	2,47
Meio ambiente	11,89	2,03
Relações sociais	13,48	3,26
JCQ		
Controle sobre o trabalho	69,25	7,07
Uso de habilidade	33,40	4,68
Autoridade decisória	35,85	4,57
Demanda psicológica do trabalho	34,11	6,21
Insegurança no trabalho	8,65	3,65
Apoio social	20,02	5,04

A partir da análise dos escores do SRQ-20, observa-se variação de zero a dezoito respostas positivas, sendo que 54,7% dos participantes responderam de forma afirmativa a 8 ou mais questões, indicando que na maioria dos psicólogos que participaram do estudo existe a probabilidade de presença de TMC, conforme o ponto de corte da validação realizado por Gonçalves et al. (2008).

A fim de se verificar possíveis associações entre as dimensões das escalas de qualidade de vida (WHOQOL-bref), de características laborais (JCQ) e a provável presença de TMC (SRQ-20), investigou-se a correlação entre essas variáveis no presente estudo. Observamos a existência de correlações negativas entre as quatro dimensões do WHOQOL-bref e a variável *tmc*, a saber: domínio físico ($r = -0,744$; $p = 0,00$), domínio psicológico ($r = -0,732$; $p = 0,00$),

relações sociais ($r = -0,485$; $p = 0,00$), meio ambiente ($r = -0,597$; $p = 0,00$). Entretanto, não foram encontradas relações significativas com as variáveis relativas às características laborais (JCQ), validando a hipótese nula de que não existe associação entre tais grupos. Foi realizado, também, o teste t para amostras independentes, no qual também se observou a existência de relação significativa entre as quatro dimensões do WHOQOL-bref e a variável *tmc*, sendo que os psicólogos com TMC lograram médias inferiores nas quatro dimensões do instrumento, sugerindo uma qualidade de vida inferior em relação aos participantes sem TMC (Tabela 2). Cabe ressaltar que também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne às dimensões do JCQ.

Tabela 2.

Dimensões do WHOQOL-bref: domínio físico, domínio psicológico, meio ambiente e relações sociais, segundo a presença ou ausência de TMC (*tmc*).

Variável	M	DP	T-Valor	df	<i>p</i>
Domínio Físico					
^a Sim	50,36	12,27	4,77	51	0,000
^b Não	66,67	12,54			
Domínio psicológico					
^a Sim	50,43	12,91	6,04	51	0,000
^b Não	79,31	10,59			
Meio ambiente					
^a Sim	44,61	11,30	3,20	51	0,002
^b Não	54,95	12,15			
Relações sociais					
^a Sim	49,71	18,16	4,35	51	0,000
^b Não	70,83	16,85			

Nota. ^aSim= presença de *tmc*; ^bNão = ausência de *tmc*.

Foram também investigadas relações entre as dimensões das escalas WHOQOL-bref, JCQ e SRQ-20 com as categorias dicotômicas (sexo, tipo de vínculo e se já precisou se ausentar ou faltar por motivo de doença relacionada ao trabalho), realizando-se testes t para amostras independentes. Pode-se observar que mulheres apresentaram médias significativamente inferiores às dos homens em relação à qualidade de vida nos domínios físico [$t(51) = -2,99$, $p = 0,004$], domínio psicológico [$t(51) = -2,09$, $p = 0,04$] e meio ambiente [$t(51) = -2,78$,

$p=0,008$], o que indica que participantes do sexo feminino possuem uma menor qualidade de vida do que os participantes do sexo masculino, excetuando-se somente no que concerne ao domínio das relações sociais. Corroborando com os resultados, a variável sexo diferiu significativamente da variável *tmc*, com mulheres pontuando ($M= 9,73$; $DP= 4,76$), em média, escores mais elevados que participantes masculinos ($M= 3,44$, $DP= 4,21$) [$t(51) = 3,66$, $p=0,001$].

No que concerne ao vínculo empregatício, percebeu-se que funcionários terceirizados apresentaram maior insegurança no trabalho do que trabalhadores efetivos [$t(51) = 5,93$, $p=0,000$], apresentando maior média ($M= 10,0$, $DP= 2,99$) em relação aos profissionais concursados ($M= 4,69$, $DP= 2,28$). Ademais, houve relação significativa com o domínio meio ambiente [$t(51) = -2,46$, $p=0,01$], com funcionários terceirizados apresentando menor média de qualidade de vida que empregados efetivos no que tange aos recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas habilidades, dentre outras facetas desse domínio (Fleck et al, 2000). Indo ao encontro dos resultados anteriores, observou-se que trabalhadores terceirizados apresentaram média superior de licenças de saúde do trabalho [$t(51) = 2,41$, $p=0,01$].

Por fim, a variável “Já precisou se ausentar ou faltar por motivo de doença relacionada ao trabalho” apresentou relação significativa com “Carga horária de Trabalho” [$t(51) = 2,17$, $p=0,03$] e com os domínios físico [$t(51) = -3,30$, $p=0,02$], psicológico [$t(51) = 2,43$, $p=0,01$] e meio ambiente [$t(51) = -3,85$, $p=0,00$]. Assim, nota-se que os trabalhadores que se ausentaram do trabalho por adoecimento laboral pontuaram mais baixo nos domínios da qualidade de vida e mais alto com relação à carga horária de trabalho do que aqueles que não faltaram por tais motivos. Também foi possível observar relação significativa com a variável *tmc* [$t(51) = 3,89$, $p = 0,000$], indicando que a presença de TMC se associou às faltas por motivos de doenças laborais.

Ademais, buscou-se verificar a existência de associações significativas entre as características do trabalho com a qualidade de vida dos participantes através do teste de correlação. Foi possível observar que o domínio insegurança no trabalho se correlacionou negativamente com os domínios físico ($r = -0,275$; $p = 0,046$) e meio ambiente ($r = -0,453$, $p = 0,001$). Paralelamente, verificou-se que participantes que relataram níveis elevados de demanda psicológica apresentaram escores mais baixos de qualidade de vida na dimensão meio ambiente ($r = -0,321$; $p = 0,019$) e uma maior carga horária de trabalho ($r = 0,334$, $p = 0,01$). Os demais indicadores não apresentaram valores estatisticamente significativos em associação com as dimensões da qualidade de vida.

Discussão

A caracterização geral dos psicólogos que atuam em CRAS do Espírito Santo não apresenta forte discrepância com relação aos dados já sinalizados pela literatura (Duarte & Moraes, 2016; Seixas & Yamamoto, 2012; Macedo et al., 2011) acerca da presença maciça de mulheres (83% dos participantes).

Um dado relevante nesta pesquisa foram os baixos índices de qualidade de vida dos psicólogos que atuam em CRAS (Tabela 1) em relação aos valores de referência retratados por Fleck et al. (2000) no grupo controle, que obtiveram maior média no domínio físico ($M = 16,6$; $DP = 2,1$) e menor valor médio no domínio meio ambiente ($M = 14,0$; $DP = 2,1$). Esses resultados são também menores do que os obtidos por Duarte e Moraes (2016) em estudo com psicólogos de Unidades Básicas de Saúde (UBS), cuja maior média encontrada foi no domínio físico ($M = 13,84$, $DP = 2,72$) e menor média no domínio relações sociais ($M = 12,28$, $DP = 2,6$). Cabe salientar, ainda, que os resultados obtidos no presente estudo se aproximam dos valores encontrados por Fleck et al. (2000) em grupo de pacientes psiquiátricos, cujos escores foram: domínio físico ($M = 13,5$; $DP = 2,8$); domínio psicológico ($M = 13,3$; $DP = 3,1$); relações sociais ($M = 13,9$; $DP = 3,9$); e meio ambiente ($M = 13,1$; $DP = 2,7$). Dessa forma, pode-se notar que os

psicólogos de CRAS percebem um grave comprometimento em questões que afetam sua qualidade de vida.

Acrescentando-se a esses resultados a elevada prevalência de TMC, que chega a atingir mais da metade dos participantes (54,7%), deparamo-nos com um quadro preocupante. Embora as características psicossociais do trabalho em CRAS, avaliadas por meio do JCQ nesta pesquisa, não tenham permitido traçar uma relação significativa com a produção de agravos à saúde, a associação positiva entre a variável *tmc* e faltas por motivos de doenças laborais fornece algumas pistas para discussão. Ademais, o alto índice de contratos temporários (75,5%) é uma realidade condizente com a literatura (Leão et al., 2014; Macedo & Dimenstein, 2012; Romagnoli, 2016).

Macedo e Dimenstein (2012) denotam que a alta rotatividade de psicólogos, ocasionada pelos vínculos trabalhistas temporários, impacta em grande medida as atividades desenvolvidas pela equipe técnica, fragilizando o trabalho em equipe. Os autores também apontam como um fator complicador a terceirização, que não propicia a segurança de direitos trabalhistas aos psicólogos. Vale mencionar que os vínculos trabalhistas temporários, cujo contrato pode ou não ser renovado, possivelmente exerceram influência nas respostas dos participantes acerca das características do seu trabalho e sua relação com o adoecimento laboral, uma vez que, por possivelmente permanecerem pouco tempo no serviço, pode ser difícil identificar que o sofrimento vivenciado está relacionado ao trabalho executado.

Romagnoli (2016) acrescenta que a intensa carga de trabalho vivenciada pela equipe de profissionais do CRAS, da qual o psicólogo participa, faz com que os trabalhadores se sintam absorvidos. Assim, a contribuição trazida por Macedo e Dimenstein (2012) e Romagnoli (2016) talvez possa auxiliar a elucidar os resultados do presente estudo, no qual a necessidade de se ausentar do trabalho por motivo de doença laboral apresenta-se relacionada à insegurança

no trabalho, sendo que os profissionais que faltaram ao emprego pontuaram mais baixo nos domínios da qualidade de vida e mais alto com relação à carga horária.

Dentro dessa temática, Franco et al. (2010) apontam que a precarização dos vínculos contratuais figura como a primeira dimensão da precarização do trabalho. A precarização dos vínculos empregatícios impede que o trabalhador acesse seus direitos, benefícios indiretos (como planos de saúde e auxílio alimentação) e, comumente, envolve perdas salariais. Essa primeira dimensão da precarização do trabalho produz insegurança e competitividade, contribuindo para que os profissionais percam as referências de proteção social.

A intensificação do trabalho é um resultado esperado desse processo, haja vista a constante ameaça do desemprego vivenciada pelos trabalhadores diante da intensa competitividade. Estreitamente relacionada à precarização dos vínculos trabalhistas e ao aumento constante do ritmo de trabalho, encontra-se a precarização da saúde do trabalhador, que incide de forma acentuada sobre a saúde mental dos profissionais. “Trata-se da fragilização – orgânica, existencial e identitária – dos indivíduos pela organização do trabalho com intensificação da multiexposição” (Franco et al., 2010, p. 232). Nesse sentido, os dados encontrados corroboram com a discussão das autoras ao sinalizar que funcionários terceirizados apresentaram maior insegurança no trabalho e uma menor qualidade de vida do que trabalhadores efetivos, observando-se maior número de licenças-saúde do trabalho nos primeiros. Podemos inferir a partir da discussão das autoras que os efeitos da precarização do trabalho – com a fragilização da saúde e a segurança do trabalhador frente às metas e ritmos acelerados e a alta competitividade, que pode levar o profissional a se sujeitar a condições aviltantes de trabalho (Franco et al., 2010) – estão sendo vivenciados pelos psicólogos que atuam nos CRAS do Espírito Santo.

Cabe mencionar que outros estudos (Paschoalin, Griep, Lisboa & Mello, 2013; Silva, Zanatta & Lucca, 2017) revelam que a insegurança no emprego se apresenta como preditora

do presenteísmo; ou seja, a terceirização e a ameaça de desemprego fazem com que os trabalhadores evitem se ausentar no trabalho. Embora tais resultados possam parecer contraditórios aos dados encontrados com psicólogos da proteção social básica, inferimos que os possíveis agravos ocasionados pela intensa carga de trabalho diante da baixa qualidade de vida e da alta incidência de transtornos mentais comuns superaram o receio da perda do emprego, comumente relacionada ao presenteísmo, fazendo com que psicólogos terceirizados apesentem números superiores de licenças-saúde do trabalho, mesmo diante de insegurança laboral.

Conforme aponta Barreto (2011), a convivência com situações de miséria e condições sub-humanas, vivenciada pelo público atendido nos serviços socioassistenciais, impacta profundamente os profissionais, o que contribui para produção de sobrecarga emocional que pode se converter em frustração e episódios depressivos. O autor menciona, ainda, que tais vivências são comuns entre os trabalhadores nesses espaços e que ele próprio experienciava “uma sensação habitual de sobrecarga nas demandas e impossibilidade de completar o trabalho” (p.413). Embora não se possa afirmar a partir dos dados obtidos pelo presente estudo que as experiências citadas por Barreto (2011) são as mesmas vivenciadas pelos participantes desta pesquisa, o relato do autor contribui para a compreensão do contexto, emocional e físico, que atravessa o profissional que atua no SUAS, auxiliando a pensar acerca do alto índice de TMC e a baixa qualidade de vida entre a população estudada.

No que se refere aos resultados das características laborais obtidos pelo JCQ (Tabela 1) e sua relação com agravos à saúde, pode-se notar que os escores na dimensão controle sobre o trabalho são ligeiramente elevados em relação aos valores de referência estabelecidos pelo estudo de Araújo e Karasek (2008), obtidos com uma população brasileira de trabalhadores formais, na qual o escore médio nessa dimensão foi de 64,76 (DP=0,65). Esse resultado indica que os psicólogos do CRAS são instigados em seu trabalho a desenvolver habilidades,

criatividade e a aprendizagem de novas práticas, com relativa capacidade decisória sobre sua atividade laboral (Araújo et al., 2003). Ainda em comparação com os dados encontrados por Araújo e Karasek (2008) para a referida população brasileira de profissionais formais, na qual o escore médio de demanda psicológica foi de 30,07 (DP=0,66), os resultados obtidos nessa dimensão junto aos participantes do presente estudo indicaram haver alta exigência psicológica para a realização de suas tarefas. Assim, conforme o modelo idealizado por Karasek (1979), o trabalho dos psicólogos dos CRAS pode ser caracterizado como “trabalho ativo” se comparado aos profissionais brasileiros envolvidos em atividades de trabalho formais, conforme o estudo de Araújo e Karasek (2008).

Os resultados encontrados parecem indicar que o trabalho do psicólogo em CRAS promove motivação e novas aprendizagens aos profissionais, apresentando-se enquanto uma atividade que, teoricamente, não produz agravos à saúde laboral. Entretanto, mesmo diante de um trabalho ativo, houve alta prevalência de TMC na população estudada, indo ao encontro de outras pesquisas (Araújo et al., 2003; Duarte & Moraes, 2016). Os autores anteriormente citados assinalam que tais resultados podem indicar que a demanda psicológica, envolvida na realização da atividade de trabalho, aparenta apresentar maior relevância sobre os agravos à saúde mental do que o controle exercido sobre o trabalho. Isso posto, os resultados sinalizaram correlação positiva entre a demanda psicológica e carga horária de trabalho, apontando, paralelamente, correlação negativa com a qualidade de vida na dimensão meio ambiente que, conforme sinalizam Fleck et al. (2000), se relaciona a segurança física, recursos financeiros, cuidados com a saúde, oportunidades de lazer, dentre outros. Nesse sentido, os dados parecem corroborar com as discussões apresentadas, haja vista que a alta demanda psicológica relatada pelos psicólogos do CRAS implicou em redução da qualidade de vida, ao passo que não foram constatadas correlações significativas com a dimensão controle sobre o trabalho.

Acerca de situações laborais nas quais existe um alto controle, Araújo et al. (2003) apontam que o aumento da responsabilidade, proveniente do crescimento da autonomia, envolve aumento da carga de trabalho e maior nível de tensão para os profissionais. Dessa forma, embora um alto controle seja mensurado pela autonomia do profissional para gerir suas diversas tarefas e utilizar com liberdade suas habilidades, na prática também pode ocasionar altos níveis de responsabilidade e pressão que afetam negativamente a saúde do trabalhador.

Barone (2012), ao analisar a atividade de trabalho de psicólogos que atuam em CRAS em Belo Horizonte-MG, acentua que, diante da falta de recursos físicos e financeiros – que se caracteriza, entre outros, por espaço inapropriado para a execução das tarefas, carência de materiais necessários para a realização da atividade e número de cestas básicas insuficiente para atender a demanda –, o psicólogo necessita construir uma solução criativa para realizar sua tarefa. Segundo a autora, ainda que 85% dos participantes de seu estudo tenham afirmado ter criado algo novo em sua atividade de trabalho no CRAS, o reconhecimento da capacidade dos profissionais ao realizarem seu trabalho foi traduzido em acréscimo de responsabilidades e atribuições.

Percebe-se, portanto, que a autonomia para se construir novas formas de se atuar resultou em um aumento da carga de trabalho para os profissionais entrevistados por Barone (2012). Pode-se supor que os psicólogos que participaram do presente estudo vivenciam situações similares às relatadas por essa autora, o que permite compreender que um alto grau de autonomia no trabalho pode relacionar-se à produção de efeitos negativos à saúde laboral, conforme também sugere o estudo de Araújo et al. (2003). Quiçá, tais constatações auxiliem na compreensão dos elevados índices de TMC entre os participantes do presente estudo, mesmo diante de altos níveis de controle e demanda psicológica.

Reitera-se aqui que a dimensão controle é mensurada a partir do uso e desenvolvimento de habilidades – que implica na necessidade aprender novas práticas e ser criativo –, e de

autoridade decisória – que envolve a possibilidade de se tomar decisões acerca do próprio trabalho (Araújo et al., 2003; Karasek, 1979). Nesse sentido, um aspecto relevante a ser considerado acerca da atividade do psicólogo no CRAS pode ser descrito pela imprecisão e insuficiência das prescrições para a atuação desses profissionais (Beato et al., 2011; Flor & Goto, 2015; Yamamoto & Oliveira, 2010). Tal como Flor e Goto (2015) acentuam, a carência de diretrizes específicas para a realização do trabalho do psicólogo nesses espaços promove uma atuação sem referências objetivas. Diante disso, Beato et al. (2011) relatam a dupla ansiedade vivenciada por uma participante frente à inespecificidade das diretrizes que, paradoxalmente, deveriam ser seguidas de forma precisa.

Outro aspecto que cabe ser ponderado refere-se aos processos formativos desses profissionais, que não orientam de forma plena a atuação nesses espaços, uma vez que não existem referências teórico-metodológicas específicas para a realização do trabalho do psicólogo no campo da assistência social devido à sua recente implantação (Macedo & Dimenstein, 2012; Silva & Yamamoto, 2013, Yamamoto & Oliveira, 2010). Dessa forma, atuar na proteção social básica “exige dos psicólogos não apenas uma adequação do trabalho; exige um conhecimento de aspectos que estão fora do escopo do que a Psicologia delimitou em seus campos de saber” (Yamamoto & Oliveira, 2010, p.21).

O trabalho na proteção social básica comumente requer que o profissional desenvolva novas habilidades – seja pela recente inserção da psicologia no SUAS, seja pela carência de referências específicas para atuação – e que desenvolva a criatividade ao realizar seu trabalho frente à ausência de recursos físicos, financeiros e humanos comuns a esse serviço (Barone, 2012). Soma-se a isso a imprecisão das orientações institucionalizadas para a realização de sua tarefa, que não apontam com nitidez qual a função do psicólogo no CRAS, promovendo confusão para os trabalhadores que têm dificuldade em diferenciar sua atuação e a do assistente social (Leão et al., 2014; Flor & Goto). Falzon e Sauvagnac (2007) acrescentam que, frente à

carência de prescrições explícitas, o profissional precisa construir autoprescrições, o que pode produzir sentimentos como frustração e fracasso. Dentro desse contexto, pode-se questionar parcialmente a tese de que há relação entre trabalho ativo, com o alto índice de controle apresentado pelos psicólogos dos CRAS que participaram do estudo, e a produção de saúde, conforme preconiza o Modelo Demanda-Controle. Esses questionamentos são corroborados pelos dados aprestados por Araújo et al. (2003) e Duarte e Moraes (2016).

Não obstante, uma possibilidade complementar de análise dos resultados obtidos pode ser fornecida pela teoria da clínica da atividade, que compreende o trabalho não apenas como execução de tarefas, mas enquanto uma atividade histórica e processual que exerce profundo impacto na subjetividade e saúde dos profissionais (Clot, 2010). Embora apresente algumas diferenças epistemológicas e metodológicas em relação aos modelos teóricos utilizados neste estudo, essa perspectiva também se dedica à pesquisa das relações entre trabalho e saúde, o que possibilita o diálogo.

Para Clot (2010), o sofrimento no trabalho, que pode se traduzir em sentimentos como mal-estar, frustração, estresse e sentimento de impotência, relaciona-se ao impedimento do poder de agir. Em outras palavras, o trabalhador sente-se adoecido quando se vê diante da impossibilidade de colocar em prática formas de ação idealizadas por ele diante da demanda percebida e de seus objetivos; é uma incapacidade de se exprimir, um impedimento.

Nesse sentido, cabe sinalizar o mal-estar e sofrimento produzido entre os trabalhadores entrevistados por Macedo e Dimenstein (2012) diante da impossibilidade de realizarem o trabalho conforme as demandas que se apresentavam. Segundo os autores, os psicólogos se sentiam impotentes e frustrados ao serem impedidos de realizar sua atividade pela burocracia ou pela carência de estrutura e, muitas vezes, ficavam reféns da falta de suporte da rede de apoio socioassistencial, falando com ressentimento sobre o serviço. Como resultado, os

profissionais se resguardavam em seu saber técnico ou “recorriam à ‘amortização’ dos próprios afetos” (p.189).

Galbiatti (2015), em seu estudo com trabalhadores da assistência social, identificou que a redução do poder de agir dos profissionais implicou em um processo de desgaste mental, que pode incluir desgaste orgânico, quadros de fadiga mental e física e, por fim, afetar a subjetividade e identidade do trabalhador (Seligmann-silva, 2011). Diante disso, tendo por base as considerações apresentadas, uma possibilidade de interpretação dos altos índices de TMC se relaciona à provável redução ou impedimento do poder de agir dos participantes do estudo. Mesmo relatando autonomia para pensar e construir o seu trabalho, os psicólogos podem ter seu trabalho impedido devido à burocracia dos serviços, à falta de apoio ou articulação da rede socioassistencial, à alta rotatividade da equipe de referência, ocasionada pela terceirização (o que acaba por desarticular o trabalho do profissional), ou à falta de recursos físicos, e quando a presença dessas condições não pode ser superada por maior que seja a criatividade do profissional.

As sucessivas frustrações e o sofrimento ocasionado pelo impedimento do poder de agir ao longo do tempo podem acumular-se, exercendo forte impacto na construção de diversos quadros de adoecimento mental e físico (Clot, 2010; Seligmann-silva, 2011). Dessa feita, a associação positiva entre a variável *tmc* e faltas por motivos de doenças laborais encontra uma possível explicação. Corrobora com essa hipótese o fato de os altos níveis de demanda psicológica – que se relacionam ao desgaste mental ocasionado por interrupção da atividade e dependência do trabalho de outros profissionais (Araújo et al., 2003) – terem se correlacionado negativamente com a dimensão meio ambiente do WHOQOL-bref. (Fleck et al., 2000).

A partir do estudo, podemos concluir que a precarização do trabalho do psicólogo que atua na proteção social básica está afetando de forma marcante a saúde e a qualidade de vida desses profissionais. Além disso, a necessidade de desenvolver novas habilidades, ser criativo

e autônomo para realizar seu trabalho, no contexto vivenciado pelo psicólogo em CRAS, não se traduz em produção de saúde. Por fim, a alta demanda psicológica a qual esses trabalhadores são expostos também aparenta ser vivida de forma aflitiva, se levarmos em consideração os altos índices de TMC e o provável impedimento do poder de agir desses profissionais. Torna-se fundamental, portanto, construir estratégias a fim de transformar as atuais condições de trabalho desses psicólogos e contribuir para que sua atividade laboral nesses espaços possa ser desenvolvida de maneira saudável.

Convém sinalizar como uma possível limitação deste estudo o fato de a pesquisa ter sido realizada com um número reduzido de respondentes, que pode implicar em aumento dos erros-padrão e redução do poder estatístico das análises, ainda mais porque pode ter havido vieses entre os participantes que contribuíram com a pesquisa, influenciando os dados produzidos. Além disso, os resultados obtidos a partir da subescala insegurança no trabalho do JCQ devem ser considerados com parcimônia por serem passíveis de maior variabilidade, tendo em vista a consistência interna de tal subescala, a saber: $\alpha=0,36$ (Araújo & Karasek, 2008). Nesse sentido, sugerimos a realização de novos estudos a fim de reavaliar a consistência interna da subescala insegurança no trabalho do JCQ, bem como de todo o instrumento em diferentes grupos ocupacionais. Por fim, os resultados obtidos nesta pesquisa abrem espaço para novas investigações com um número maior de participantes dentro dessa configuração de trabalho, a fim de tecer um panorama mais fidedigno à realidade vivenciada pelos profissionais de psicologia que atuam na proteção social básica brasileira.

Referências

- Alves, M. G. M.; Hökerberg, Y. H. M., & Faerstein, E. (2013). Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(1), 125-136. doi:10.1590/S1415-790X2013000100012
- Antunes, R. (2015). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Araújo, T. M., Graça, C. C., & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 991-1003. doi:10.1590/S1413-81232003000400021
- Araújo, T. M., & Karasek, R. (2008). Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, Supplements*(6), 52-59.
- Barone, A. M. V. B. (2012). *A Inserção do Psicólogo na Política de Assistência Social: uma análise da atividade de trabalho do psicólogo nos Centros de Referência da Assistência Social*. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Centro Universitário UMA, Belo Horizonte.
- Barreto, A. F. (2011). Sobre a dor e a delícia da atuação Psicológica no SUAS. *Psicologia Ciência & Profissão*, 31(2), 406-419. doi:10.1590/S1414-98932011000200015.
- Beato, M. S. da F., Sousa, L. A., de Florentino, B. R. B., Junior, W. M., Neiva, K. M., & Toffaneli, V. F. (2011). A identidade profissional em questão. In Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais (Org.), *A Psicologia e o Trabalho no CRAS* (pp. 39-54). Belo Horizonte: Autor.
- Cardoso, A. C. M. (2015). O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social*, 27(1), 73-93. doi: 10.1590/0103-207020150110

- Carlotto, M. S., Amazarray, M. R., Chinazzo, I., & Taborda, L. (2011). Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)*, 19, 172-178.
- Clot, Y. (2010) *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Duarte, L. C. B., & Moraes, T. D. (2016). Saúde mental de psicólogos atuantes em serviços de atenção primária à saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 123-146. doi: 10.5433/2236-6407.2016v7n2p123
- Falzon, P., & Sauvagnac, C. (2007) Carga de trabalho e estresse. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomia* (pp.141-154). São Paulo: Edgard Blücher.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. doi:10.1590/S0034-89102000000200012
- Flor, T. C., & Goto, T. A. (2015). Atuação do psicólogo no CRAS: uma análise fenomenológico-empírica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 21(1), 22-34.
- Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado, *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 229-48. doi: 10.1590/S0303-76572010000200006
- Galbiatti, F. (2015). *O poder de agir de trabalhadoras da assistência social no contexto neoliberal*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo

- comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. doi:10.1590/S0102-311X2008000200017
- Harvey, D. (2012). *Condição pós-moderna*. São Paulo: Ed. Loyola.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. doi: 10.2307/2392498
- Leão, S. M., Oliveira, I. M. F. F. D., & Carvalho, D. B. D. (2014). O Psicólogo no Campo do Bem-Estar Social: atuação junto às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(1), 264-289.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2012). O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 182-192.
- Macedo, J. P., Sousa, A. D., Carvalho, D. D., Magalhães, M. A., Sousa, F. D., & Dimenstein, M. (2011). O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 479-489. doi:10.1590/S1413-73722011000300015
- Mascarenhas, C. H. M., Prado, F. O., Fernandes, M. H., Boery, E. N., & da Silva Sena, E. L. (2013). Qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde: uma revisão sistemática. *Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná*, 14(1/2), 72-81. doi:10.22421/1517-7130.2013v14n1/2p72
- Mari, J. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15(3), 651-659. doi:10.1017/S0033291700031500
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26. doi:10.1192/bjp.148.1.23

- Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome (2015). *Caderno de orientações do serviço de proteção e atendimento integral à família e serviço de convivência e fortalecimento de vínculos: uma articulação necessária*. Brasília, DF: Autor.
- Paschoalin, H. C., Griep, R. H., Lisboa, M. T. L., & Mello, D. C. B. (2013). Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 388-395. doi:10.1590/S0104-11692013000100014
- Reis, A. L. P. P. D., Fernandes, S. R. P., & Gomes, A. F. (2010). Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 712-725. doi: 10.1590/S1414-98932010000400004
- Romagnoli, R. C. (2016). Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano da equipe profissional do centro de referência em assistência social – CRAS. *Psicologia e Sociedade*, 28(1), 151-161. doi: 10.1590/1807-03102015v28n1p151
- Santos, K. O. B., Carvalho, F. M., & Araújo, T. M. de. (2016). Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais. *Revista de Saúde Pública*, 50(6). Epub March 22. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006100
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., Carvalho, F. M., & Karasek, R. (2017). The job content questionnaire in various occupational contexts: applying a latent class model. *BMJ Open*, 7(5), e013596. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013596
- Seixas, P. D. S., & Yamamoto O. H. (2012). A Inserção e a atuação profissional do psicólogo no campo das políticas sociais no Rio Grande do Norte. *Psicologia Argumento*, 30(70), 447- 489.
- Selligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.

- Silva, B.M.C.C., Zanatta A.B., & Lucca, S.R. (2017). Prevalência do presenteísmo em trabalhadores de uma indústria. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 15(3), 236-243. doi:10.5327/Z1679443520170011
- Silva, C. A., & Yamamoto, O. H. (2013). As políticas sociais na formação graduada do psicólogo no Piauí. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 33(4), 824-839. doi:10.1590/S1414-98932013000400005
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 9-24. doi:10.1590/S0102-37722010000500002
- Yazbek, M. C., Mestriner, M. L., Chiachio, N. B., Raichelis, R., Paz, R., & Nery, V. (2014). O Sistema Único de Assistência Social em São Paulo e Minas Gerais – desafios e perspectivas de uma realidade em movimento. In B. R. Couto, M. C. Yazbeck, M. O. S. Silva, & R. Raichelis (Orgs.), *O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento* (pp. 161 – 226). São Paulo: Cortez.

ARTIGO 3.

Relações entre atividade de trabalho e saúde em psicólogos que atuam em CRAS capixabas

Resumo

Estudos sugerem relação entre adoecimento de psicólogos que atuam no Sistema Único de Assistência Social [SUAS] e as condições de trabalho desses profissionais. Considerando-se a importância do trabalho do psicólogo nesses espaços, é relevante estudar os fatores que possam levar os profissionais ao adoecimento. O estudo objetivou analisar a percepção dos psicólogos que atuam nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de Vitória-ES acerca de sua atividade de trabalho, bem como identificar a relação entre gênero profissional e o processo saúde/doença vivenciado por esses trabalhadores à luz da teoria da Clínica da Atividade (CAAt). Foram realizadas coleta e análise de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se da análise de conteúdo idealizada por Laurence Bardin. Verificou-se que a aparente precarização do gênero dos psicólogos que atuam em CRAS, aliada à sensação de perda de identidade profissional, contribui para que o trabalhador se veja sozinho ao lidar com toda sorte de constrangimentos em seu meio laboral, despotencializando a produção de saúde em seu trabalho.

Palavras-chave: psicologia; atividade de trabalho; sistema único de assistência social; gênero profissional.

Relations between work activity and health psychologists working in CRAS capixabas

Abstract

Studies suggest an association between illness psychologists working in SUAS and working conditions of these professionals. Considering the importance of the psychologist's work in these areas, it is important to study the factors that can lead to illness professionals. The study aimed to analyze the perception of psychologists working in Vitória-ES' CRAS about their work activity and to identify the relationship between professional gender and health-disease process experienced by these workers in the light of Clinical Activity theory (CA_t). It was held collection and analysis of semi-structured interviews, using content analysis designed by Laurence Bardin. It was found that the apparent precariousness of gender psychologists who work in CRAS, combined with the sense of professional identity loss, contributes to the worker to look alone to deal with all sorts of constraints in their work environment, reducing health production in their work.

Keywords: psychology; work activity; Sistema Único de Assistência Social (SUAS); professional genre.

Relaciones entre actividad de trabajo y salud en psicólogos que actúan en CRAS capixabas

Resumen

Los estudios sugieren una asociación entre la enfermedad del psicólogos que trabajan en SUAS y las condiciones de trabajo de estos profesionales. Teniendo en cuenta la importancia del trabajo del psicólogo en estas áreas, es importante estudiar los factores que pueden conducir a enfermedades profesionales. El estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los psicólogos que trabajan en Vitória-ES CRAS sobre su actividad laboral e identificar la relación entre el género profesional y proceso salud / enfermedad experimentada por estos trabajadores a la luz de la teoría de la Clínica de la Actividad (CAT). Se llevó a cabo la recogida y análisis de entrevistas semiestructuradas, utilizando el análisis de contenido creado por Laurence Bardin. Se encontró que la precariedad aparente del género del psicólogos que trabajan en CRAS, combinado con la sensación de pérdida de identidad profesional, contribuye a que el trabajador por sí solo tenga que lidiar con todas las limitaciones en su entorno de trabajo, despotencializando producción de salud en su trabajo.

Palabras clave: psicología; actividad laboral; sistema único de assistência social; género profesional.

Introdução

O texto que se segue apresenta o relato de uma pesquisa acerca do gênero profissional dos psicólogos que atuam em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), um dos conceitos da teoria da clínica da atividade (Clot, 2007), e suas implicações na saúde laboral desses profissionais. Nesta pesquisa, o conceito de gênero profissional emerge como eixo central analítico tanto por permitir explicar processos da atividade quanto indicar pistas de transformação dessas condições. Desse modo, buscamos favorecer e ampliar o debate sobre os processos que atravessam a atividade de trabalho do psicólogo nesses espaços, subsidiados pelas narrativas dos protagonistas dessa construção.

A atuação do psicólogo no CRAS

Os serviços de proteção social básica são executados de forma direta em CRAS que se localizam em áreas de vulnerabilidade social. O CRAS atua na prestação de serviços socioassistenciais a famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando o fortalecimento de vínculos e o convívio sociofamiliar. Nesse sentido, realizam a organização e coordenação das redes socioassistenciais locais e são responsáveis pela oferta do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS], 2009).

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (MDS, 2005), o psicólogo participa de todos os serviços, programas, projetos e benefícios ofertados pelo CRAS; articulando sua atuação com a equipe de referência composta, minimamente, por um coordenador, com nível superior e experiência em trabalhos comunitários e gestão de serviços socioassistenciais, um assistente social e dois técnicos de nível médio (MDS, 2009). Ainda que a política pública afirme que o psicólogo é indispensável à atuação socioassistencial através da obrigatoriedade de sua presença na equipe técnica (Lima, 2014), várias dessas demandas de trabalho escapam ao escopo do saber da psicologia, fazendo com que seja necessária a criação

de novos referenciais que orientem as práticas dos psicólogos que atuam nesses espaços (Oliveira, Dantas, Solon & Amorim, 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010).

Buscando fornecer orientações teórico-metodológicas que subsidiassem, de alguma forma, o trabalho desses profissionais na proteção social básica, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), publicou em 2007 e reimprimiu em 2008 o guia de “Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2008; Cruz, 2009; Silva & Corgozinho, 2011). Embora o documento supracitado tenha produzido informações importantes para a atividade dos psicólogos que atuam na assistência social, ainda se apresentava, em grande medida, insuficiente para orientar a atuação prática desses trabalhadores (Beato et al., 2011; Silva & Corgozinho, 2011).

Partindo das considerações apresentadas, Beato et al. (2011) relatam em seu trabalho uma dupla ansiedade produzida pela imprecisão das normas e diretrizes de atuação no CRAS que, paradoxalmente, deviam ser seguidas estritamente pelos psicólogos. Ademais, a impossibilidade da prática clínica em sua concepção clássica, aliada à falta de clareza apresentada pela equipe técnica quanto ao papel do psicólogo no CRAS, contribui para que esses trabalhadores não se reconheçam como profissionais de psicologia a partir de sua atuação na proteção social básica (Beato et al., 2011; Ribeiro & Guzzo, 2014). Aliado a isso, Ribeiro e Guzzo (2014) destacam que a terceirização, as condições precárias de trabalho, a falta de formação e a dificuldade de articulação com as redes socioassistenciais contribuem para a desmobilização desses profissionais, em busca da construção de grupos de discussão sobre a atividade de trabalho nesses espaços.

Tomando como base o recorte das falas dos psicólogos entrevistados pelos autores mencionados acima, encontramos na teoria da clínica da atividade um caminho para compreender por que referenciais estabilizados e coletivamente partilhados são fundamentais

para a atuação, as construções que possibilitam ao profissional reconhecer-se em sua atividade, e como essas questões se relacionam com a saúde. Nessa teoria, o conceito de gênero profissional assume um lugar central.

A Clínica da Atividade

A CAAt é uma perspectiva teórico-metodológica idealizada por Yves Clot, deliberadamente filiado à escola russa de psicologia fundada por Vygotsky. Tal abordagem teórico-metodológica apresenta o coletivo de trabalho como uma de suas questões centrais. Para além de um grupo de trabalhadores reunidos para um fim preciso, o coletivo se apresenta como recurso para o desenvolvimento psicológico de cada trabalhador a ele vinculado (Clot, 2006). De fato, envolve o compartilhamento de um conjunto de valores, formas de ser e de se relacionar com os outros e com os objetos, definindo com mais ou menos precisão o que é desejável ou não de se fazer (Vidal-Gomel, Delgoulet & Geoffroy, 2014).

Na CAAt a dimensão do coletivo de trabalho é içada a um patamar tão importante que se transmuta, originando outro conceito: o gênero profissional (Clot, 2006). Antes, porém, convém explicitar a base a partir da qual iremos construir as discussões posteriores: o real da atividade de trabalho. Segundo Melo (2011), a CAAt passa a ter como objetivo compreender não apenas o que deve ser feito – a tarefa – ou o que foi, de fato, realizado – a atividade –, tal qual alega o axioma central das teorias ligadas à tradição da ergonomia francófona (Falzon, 2007). Para a CAAt, deve-se também investigar o real da atividade de trabalho, que se refere ao trajeto percorrido pelo trabalhador entre esses dois polos (a tarefa e a atividade) e todas as possibilidades contidas nesse trajeto; ainda que tais possibilidades não tenham se manifestado em ato, não realizadas e existentes somente enquanto potência. Em outras palavras, o real da atividade de trabalho se refere à densidade de fatores que se digladiam para viabilizar a realização da ação na qual o trabalhador se engajou a fim de realizar a tarefa, considerando-se que essa ação é apenas uma opção das muitas possíveis que, por razões várias, não puderam se

realizar, mas que nem por isso deixam de influenciar o desenvolvimento dos trabalhadores e do trabalho (Roger, 2013; Santos, 2006). Com o conceito de real da atividade, Clot rompe com a apreensão da atividade de trabalho unicamente a partir das suas dimensões comportamentais e cognitivistas, tal qual se observa em autores da ergonomia, como esclarece o trecho “o comportamento é a parte observável, manifesta, da atividade. A atividade inclui o observável e o inobservável: a atividade intelectual ou mental” (Falzon, 2007, p. 9).

Segundo a CAT, na medida em que o trabalho que é efetivamente realizado difere-se da tarefa que foi prescrita inicialmente, realizam-se “transgressões” à prescrição, que, com o tempo e sua importância para viabilização dos objetivos no trabalho, passam a ser compartilhadas e validadas em determinado espaço sócio-histórico por um coletivo de trabalhadores, compondo um recurso que pode ser acessado pelo sujeito e que se transmuta em instrumento para a ação na medida em que media sua atividade de trabalho diante dos inesperados do real. Esse conjunto de esperados genéricos da atividade, mutável e vivente no seio do coletivo de trabalho, se perpetuará ao longo da história daqueles profissionais (De Freitas Fonseca & Aguiar, 2013). Podemos dizer, então, que esse espaço virtual, coletivamente partilhado, no qual serão ou não validadas as apropriações singulares das formas de se pensar e fazer uma tarefa, é o que Clot denomina como gênero profissional.

Esse conceito pode ser descrito como um plano de referência, ou melhor, um arcabouço no qual estão dispostas regras transpessoais que ordenam modos provisórios de saber-fazer o trabalho, momentaneamente materializados e validados pelos pares de um ambiente profissional (Ruelland-Roger, 2013; Mattedi et al., 2014). Essa formalização, conforme aduz Clot (2007), “é com frequência invisível do exterior, distribuída, ‘natural’, impalpável e, em resumo, apreendida na ação” (p.39).

A ausência ou a fragilidade desse conjunto de normas genéricas compartilhadas pode reduzir a saúde no ambiente de trabalho. O coletivo de trabalho restringe-se, então, a uma união

de indivíduos isolados que devem lidar sozinhos com os imprevistos e obstáculos que surgem no real do trabalho (Clot, 2007; Mattedi et al., 2014). Dessa forma, tendo em vista que um gênero enfraquecido ou ausente se reflete na despotencialização da saúde dos profissionais, a produção e socialização dos saberes mostram-se fundamentais para a realização do trabalho e para a produção de saúde.

Ora, a presente discussão possibilita conjecturar que a análise do gênero profissional dos psicólogos que atuam em CRAS é uma pista promissora para compreensão dos dilemas enfrentados por esses trabalhadores em seu cotidiano, bem como uma via explicativa da relação entre trabalho e saúde nesse contexto. Dessa forma, o presente estudo objetivou analisar a percepção dos psicólogos que atuam em CRAS acerca de sua atividade de trabalho, bem como identificar a relação entre gênero profissional e o processo saúde/doença vivenciado por esses trabalhadores.

Método

O estudo foi realizado no estado do Espírito Santo junto aos psicólogos que, há época, atuavam em CRAS no município de Vitória. Foram entrevistados treze profissionais, doze do sexo feminino e um do sexo masculino, que trabalhavam nos doze CRAS no município de Vitória-ES. Destaca-se que três das instituições pesquisadas possuíam dois psicólogos em suas equipes, sendo um deles responsável pelo Programa Capixaba de Redução da Pobreza – Programa Incluir, um programa do governo estadual em parceria com o governo federal que tem como objetivo ampliar o acesso dos munícipes que se enquadram nos critérios do programa aos serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas, além da garantia de renda. Um assistente social e um psicólogo compõem sua equipe de referência, que, junto aos técnicos responsáveis pelo serviço PAIF, acompanham as famílias cadastradas no referido programa (Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos, 2012). Ressalva-se, ainda, que durante

o período inicial da pesquisa não foi possível entrevistar um dos profissionais. E uma das instituições ainda aguardava a entrada de um psicólogo em sua equipe.

Dos entrevistados, encontramos que cinco dos psicólogos tinham mais de seis anos de atuação em CRAS, outros quatro trabalhavam nesse tipo de serviço por um período que variava entre três e cinco anos, enquanto quatro dos profissionais possuíam em média um ano de serviço. Cabe destacar que, com exceção de apenas dois, nenhum profissional trabalhava há mais de um ano e quatro meses na instituição em que se encontrava quando a entrevista foi realizada. Ademais, cinco dos profissionais entrevistados possuíam vínculo empregatício por contrato temporário com a Prefeitura, sendo os demais vinculados a uma Organização Não Governamental.

Instrumentos e procedimentos para a coleta das informações

Como instrumento, foi utilizada a entrevista individual semiestruturada, que, segundo Fraser e Gondim (2004), se configura como uma “forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das relações humanas, por meio da qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca” (p.139). Tal instrumento possibilitou a elaboração de um roteiro que permitiu flexibilidade na condução da entrevista, uma vez que os participantes possuíam papel ativo na construção do processo. Ademais, a abertura presente durante a interação contribuiu, em certa medida, para que o trabalhador refletisse acerca da sua atividade de trabalho.

Destarte, as entrevistas foram conduzidas de acordo com o conteúdo verbal apresentado pelo profissional, com questões que versavam sobre temas como: vivência laboral em CRAS, suporte dos pares, suporte teórico, experiência na assistência social e condições de trabalho. Realizadas individualmente, foram precedidas por uma breve explicação sobre o estudo e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Procedimentos para a análise das informações

A análise do material coletado foi realizada utilizando-se os pressupostos metodológicos da análise de conteúdo idealizados por Laurence Bardin, que entende a análise de conteúdo como “conjunto de técnicas de análise da comunicação que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1977, p. 42). A técnica utilizada foi a de análise categorial temática, que consiste na divisão do texto em unidades, em categorias, a partir da investigação dos temas do discurso.

Em uma primeira etapa, foi realizada leitura flutuante do material e marcação de verbalizações que poderiam representar os temas, sendo esses classificados em categorias, pelo critério de semelhança de significado semântico e lógico. Na segunda etapa, as categorias resultantes da análise foram agrupadas, obedecendo aos critérios de semelhança de significado semântico e lógico, compondo categorias-síntese apresentadas a seguir.

Resultados e Discussão

Condições de Trabalho

De acordo com a fala dos entrevistados, devido às constantes reduções de equipes com a finalidade de contenção de gastos, é intensa a rotatividade entre os profissionais de psicologia de forma que, ao completarem um ano de atuação em um CRAS, são realocados em outro equipamento. De acordo com um dos participantes, a rotatividade é justificada pela gestão como “sair da zona de conforto”. Como explicitado pela profissional:

Hoje se tem a impressão, pelo menos a impressão que eu tenho, se você começa a ficar muito tempo num território você começa a ser mal visto, vão mudar porque a pessoa não pode é... Como é que eles falam?! Ela não pode... Ela precisa sair da zona de conforto (P2).

Serpa (2012), em uma análise da política de assistência social do município de Vitória, destaca a alta rotatividade presente entre os profissionais da assistência social. Entretanto, os resultados relatados pela autora, vão de encontro à fala dos participantes ao mencionar que isso decorre da busca dos próprios profissionais por melhores condições empregatícias. Interessante notar, nesse caso específico, que a rotatividade está ocorrendo não porque o profissional deixa o serviço, mas por uma iniciativa da gestão. Cabe indagar os efeitos que estão sendo produzidos nos profissionais e nos usuários do serviço devido à adoção dessa nova postura.

A intensa rotatividade foi vista por todos os treze participantes como prejudicial, tanto para o profissional de psicologia quanto para o munícipe que é usuário do serviço, uma vez que, para os profissionais entrevistados, o estabelecimento de um vínculo com a família que é acompanhada pelo PAIF leva certo tempo e demonstra-se fundamental para a realização do trabalho, conforme foi explicitado pela fala de um dos psicólogos em relação à importância do vínculo – “[...] porque a gente percebe que, assim, os munícipes podem vir por benefício, mas eles continuam pelo vínculo, né, por confiar em você” (P10) – e complementado por uma participante acerca da influência da rotatividade no trabalho – “[...] Se eles não têm um vínculo com você. Eles não vão ter adesão porque eles não sabem se eles podem confiar! Porque também tem casos delicados, tem situações delicadas” (P8).

O fortalecimento de vínculos comunitários e familiares constitui a base das ações que são desenvolvidas em CRAS, previstas na PNAS (2004) (MDS, 2005). O documento ora citado caracteriza a proteção social básica como ações preventivas que reforçam convivência, socialização, acolhimento e inserção; visando “prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (MDS, 2005, p.33). Ademais, no documento “Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS” (CFP, 2007), a promoção e o fortalecimento dos vínculos socioafetivos aparece como uma das atividades do psicólogo no CRAS.

Cabe destacar que, embora a PNAS (MDS, 2005) coloque que o vínculo deve ser estabelecido com o serviço, por se tratar de uma relação que passa, invariavelmente, pela dimensão do afeto e da confiança, os munícipes se vinculam aos técnicos e não ao serviço. Dessa forma, podemos perceber que o aumento da rotatividade prejudica a base das ações previstas para serem realizadas em CRAS.

Os relatos evidenciaram que, seguindo o que é preconizado pelas orientações técnicas para CRAS (MDS, 2009), as equipes do CRAS possuem ao menos um técnico de nível superior que trabalha oito horas diárias. Nos CRAS visitados esse profissional é o psicólogo, pois segundo a lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010, a jornada de trabalho para assistentes sociais é de 30 horas semanais. Dessa forma, fatores como a carga horária de oito horas diárias, citada por três participantes, e a cobrança por maior produtividade, presente na fala de cinco entrevistados, foram mencionados como questões que contribuem para o adoecimento profissional. Conforme salientam:

A gente é cobrado como técnico de 8 horas, é o tempo inteiro a nossa produção tem que ser maior, porque nós somos 8 horas. Então, a gente já é penalizado porque não recebe uma capacitação adequada pra entrar no trabalho, né, [...] e na hora do vamo ver, a gente tem que produzir mais (P2).

Ademais, a falta de recursos para realizar as atividades, apontada por três psicólogos, a falta de autonomia e a baixa remuneração, presentes na fala de dois entrevistados, também foram fatores relacionados à saúde laboral, conforme citou um participante: “[...] O profissional luta muito, muito, muito, muito, muito com o que que restou sabe?! Talvez esse foi o adoecimento do profissional e a perda do munícipe de perder um bom profissional. Ele não dá mais conta, sabe?!” (P3).

Os psicólogos do presente estudo não fugiram ao cenário exposto na literatura (Cruz, 2009; CFP, 2010; Macedo, Larocca, Chaves & Mazza, 2011), trabalhando com vínculos

empregatícios precários, baixa remuneração e, agora, contando com poucos recursos para desenvolver suas atividades.

Suporte dos Pares

O relato dos participantes evidenciou que os psicólogos que atuavam há mais de seis anos na proteção social básica entraram em uma época na qual, ao ingressar no serviço de assistência social de Vitória, o profissional tinha a oportunidade de vivenciar um processo de capacitação no qual aprendiam sobre o SUAS e os critérios da assistência. Paralelo a essa capacitação, o profissional tinha a oportunidade de aprender com um psicólogo que se encontrava há mais tempo no serviço, acompanhando os atendimentos desse profissional, conforme o trecho de uma participante que iniciou suas atividades em CRAS no ano de 2008:

Eu passei tanto por treinamento, na Escola de Governo, e também fiz... Comecei a aprender junto com outro profissional de Psicologia. [...] Eu comecei a fazer esse trabalho com ele. Ele me apresentou pras famílias..., como é que fazia (P2).

Ao versar acerca da implantação do SUAS em Vitória, Serpa (2012) menciona que a formação continuada se desenvolveu no município por meio de um curso introdutório ao SUAS e de cursos de aprofundamento de temáticas relacionadas às diretrizes e eixos estruturantes do sistema social, que eram realizados em parceria com a Escola do Governo de Vitória (EGV), objetivando “difundir os princípios, diretrizes e conceitos básicos que orientam a política e a organização do SUAS” (p.91). Entretanto, fica nebuloso o período no qual esses cursos começaram a ser ofertados aos trabalhadores, e quando eles não puderam mais ser solicitados pelos profissionais que ingressavam no serviço.

Obtemos uma ideia mais clara da temática supracitada com Carvalho (2010), que, ao caracterizar a amostra de seu estudo também realizado no município de Vitória, relata que os profissionais que atuavam na assistência social participavam de capacitações ofertadas pela Prefeitura. Contudo, menciona que tais cursos se mostravam insuficientes, poucos eram os

profissionais que tinham acesso, e que não possuíam conteúdos que atendessem às demandas dos trabalhadores. Dessa forma, podemos inferir que o suporte teórico ofertado pela gestão, em 2008, para a participante dois (P2), no relato acima citado, sofreu alterações no decorrer do tempo, conforme evidenciado por Carvalho (2010), não sendo mais oferecido aos profissionais que ingressam no serviço atualmente.

Os psicólogos que atuavam há mais seis anos no serviço informaram que, em 2008, devido à falta de suporte teórico e técnico satisfatório para a realização de sua atividade em CRAS, os profissionais de psicologia fundaram um fórum, objetivando discutir e construir conjuntamente o espaço do psicólogo na política de assistência social. As reuniões ocorriam mensalmente, durante o expediente de trabalho, e delas participavam todos os psicólogos dos doze CRAS de Vitória. O fórum era realizado inicialmente nos espaços dos CRAS e, posteriormente, os psicólogos conseguiram respaldo do Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região – ES (CRP16/ES) para realizarem suas reuniões no espaço do Conselho. Entretanto, após o traslado das reuniões para o CRP16/ES, tiveram início as relações conflituosas com a gestão, em vigor na época, da Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Vitória (SEMAS/PMV) culminando na extinção do fórum, que, na ocasião, tinha pouco mais de dois anos de existência. Veja-se o relato pertinente reproduzido a seguir:

Foi um pouco complicado porque, na época que a gente foi pro Conselho, a gente teve alguns problemas na gestão, assim, como se os psicólogos estavam se reunindo por uma questão de resistência; [...] era muito pejorativo. (P4)

Tendo em vista que para Clot (2007) o desenvolvimento psicológico se dá por meio da atividade de trabalho, o espaço do trabalho não é somente um local para a realização de tarefas; ele também promove o desenvolvimento subjetivo dos indivíduos. Assim, diante de prescrições genéricas como “articulação de ações que potencializem as boas experiências no território de abrangência” (MDS, 2009, p.63) e com escasso suporte teórico-técnico para a realização de

sua atividade, haja vista que em 2008 as discussões sobre a atuação do psicólogo na assistência social ainda se encontravam incipientes, os psicólogos construíram o fórum, que parece ter se efetivado enquanto um coletivo de trabalho. Tal iniciativa pode ter representado não só a possibilidade de uma produção coletiva de suporte para atuar em CRAS, mas também a construção da própria subjetividade dos profissionais, enquanto psicólogos da assistência, “já que a identificação com [uma] profissão somente é possível caso os coletivos que a constituem disponibilizem materiais simbólicos necessários para construção desse vínculo singular entre um trabalhador e suas atividades” (Moraes, Rohr & Athayde, 2015, p. 80).

Ao que parece, na medida em que as diferentes formas que os psicólogos encontravam para realizar sua tarefa eram confrontadas e validadas ou não no coletivo de trabalho, elas constituíam-se como possibilidade viável, ou inviável, de se fazer a atividade, configurando-se enquanto possível instrumento de trabalho (De Freitas Fonseca & Aguiar, 2013). Podemos ter um vislumbre de tal processo no relato de um dos participantes:

Ainda se discutia muito a visão do psicólogo dentro do CRAS. Então, a gente fazia os encontros com os psicólogos, né, os psicólogos se reuniam pra gente discutir também qual a nossa função. E gente chegava, às vezes, em conceitos próprios [...] (P7).

A fala nos instiga a pensar que, aos poucos, esses profissionais estavam produzindo um modo de ser psicólogo que lhes permitiu “apreender e reinventar os meios de trabalho, renormatizando as formas de realizar as tarefas a partir de uma gestão de si e das atividades, onde cada trabalhador é mais que um reflexo passivo das imposições e dificuldades da profissão” (Moraes et al., 2015, p. 81).

Esse referencial, elaborado entre os trabalhadores, possivelmente estabelecia regras informais e mutáveis numa situação que se referia a um contexto específico de trabalho e que dizia de um conjunto de aptidões importantes na história daquele grupo de trabalhadores. Em outras palavras, dizemos de um conjunto de regras pré-ordenadas pelo coletivo de trabalho que

irão informar como cada trabalhador deve agir individualmente e às quais o grupo profissional se sujeita. Ademais, elas também regem a relação com os objetos da ação, e as regras que irão ordenar a relação dos trabalhadores entre si (Clot, 2007).

A partir da discussão exposta até o presente momento, podemos inferir que o fórum de psicólogos estava contribuindo para construir as bases para o desenvolvimento embrionário do gênero profissional de psicólogos que atuavam em CRAS de Vitória e, com isso, produzindo e potencializando a saúde desses profissionais (Clot, 2007). Entretanto, antes que esse gênero embrionário pudesse ter espaço e tempo para se desenvolver e consolidar, o fórum foi rompido:

E aí ela rompeu esse grupo de estudo, e que era um grupo, assim, riquíssimo! [...] foi a maior chateação que foi, na época que aconteceu... [...] E a gente queria a saúde do Trabalhador! A gente só queria não adoecer! (P2).

Com o passar do tempo, várias tentativas de retornar o grupo foram realizadas. Entretanto, os encontros advindos de tais tentativas eram esvaziados e interpretados com certo receio, uma vez que alguns profissionais que participaram do primeiro fórum sofreram sérios prejuízos em seu trabalho.

Para os profissionais entrevistados que não tiveram a oportunidade de pertencer ao fórum, a pouca especificidade da tarefa e a ausência de um suporte de pares para discussão sobre a atuação em CRAS confluíram produzindo um sentimento de desamparo e certo despreparo para a atuação, conforme o trecho que segue:

Eu entrei e já fui trabalhar, né, recebi umas 10 apostilas. ‘Leia, aprenda, atue, faça!’ [...] já chega, né, e ‘opa, o que que eu vou fazer? Como eu vou fazer? Eu preciso dar conta, já tem uns números pra cumprir’ (P3).

Interessante observar que resultados semelhantes foram encontrados por Fontenele (2008), em um dos primeiros estudos sobre a atuação do psicólogo na assistência. Percebe-se, assim, que os profissionais parecem vivenciar um sentimento que se assemelha a uma

precariedade subjetiva, caracterizando-se enquanto um “sentimento de precariedade que podem ter assalariados estáveis confrontados com exigências cada vez maiores em seu trabalho e que estão permanentemente preocupados com a ideia de nem sempre estar em condições de responder a elas” (Linhart, 2010, p.1 citado por Galbiatti, 2015).

Vivências no Trabalho

Oito psicólogos, dos treze profissionais entrevistados, apontaram em seu discurso que a atividade ainda era vista com certa estranheza, como se a realização de algumas tarefas os descaracterizasse enquanto psicólogos, especialmente aquelas relacionadas à concessão de benefícios eventuais. Ademais, a constante menção de que são técnicos de nível superior contribui para o sentimento de que estão atuando em um campo no qual não se reconhecem, conforme salientou um dos participantes: “A gente aprende é: que você é técnico dentro do CRAS. Você não é psicólogo, você é técnico, né. E eu não sou técnica, eu sou psicóloga!” (P3).

Em consonância com o que foi discutido na categoria acima, encontramos que a ausência de uma tarefa específica para o psicólogo, aliada a uma formação deficitária acerca de seu papel na assistência, produz no profissional que ingressa no serviço, a sensação de não ter uma função como psicólogo (Cruz, 2009; Fontenele, 2008; Silva & Corgozinho, 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010), segundo o trecho:

[...] meio sem função; eu me sentia sem função. Hoje, assim, eu tava até falando essa semana aqui com as colegas de trabalho, ‘ai, às vezes eu nem me sinto psicólogo aqui no CRAS’, eu acho que é uma angústia que todo psicólogo que trabalha no CRAS tem isso (P1).

Importante lembrar que o sentimento de descaracterização profissional foi relatado somente por um profissional, dentre os quatro que participaram do fórum anteriormente mencionado. Ao abordar determinado episódio, relativo à concessão de benefícios eventuais, uma participante mencionou:

E aí, a gente não pode fazer esse atendimento olhando ele [o usuário do serviço] como um todo, holisticamente, a gente tem que saber apenas se está dentro dos critérios ou não está, se eu concedo ou eu não concedo. Então, há um sofrimento. Esse adoecimento, também, passa por esse sofrimento. [...] A gente tem que ficar o tempo inteiro se policiando: ‘Opa, eu não sou psicólogo, não posso ser psicólogo’ (P2).

Nota-se na fala da participante o uso da locução pronominal “a gente” e não do pronome “eu”, como se tal experiência fosse compartilhada pelos demais profissionais, e não apenas por ela. Interessante notar que “psicólogo” é utilizado no masculino e não no feminino, sugerindo que não se trata dela, mas de uma entidade, “ser psicólogo”, que atravessa aqueles que pertencem a determinada categoria e delimita “as fronteiras móveis do aceitável e do inaceitável no trabalho” (Clot, 2007, p.49), ou seja, o gênero profissional.

Côncios de que o gênero profissional é ao mesmo tempo um traço de união, mediante ao qual o sujeito se reconhece e experiencia um sentimento de pertença, e um reservatório de recursos (Clot, 2007), o trecho da entrevista pode nos indicar que, mesmo não sendo possível se desenvolver, a construção coletiva promovida no fórum parece ter possibilitado aos psicólogos delimitar sua atividade no CRAS e ter relativa segurança para exercer seu papel. Entretanto, não se consolidou de forma suficiente para suprir a necessidade de uma referência de identificação profissional.

No que tange a essa questão, a locução pronominal “a gente”, o pronome “nós” e a denominação “o psicólogo” surgiram na fala de sete entrevistados associados à realização de grupos (em uma vinculação semelhante ao suporte terapêutico) e ao atendimento individual, relacionando-se com sentimentos como frustração e/ou descaracterização profissional. Outros dois entrevistados utilizaram tais termos ao versar acerca da falta de suporte para a realização da atividade no CRAS, associado a sentimentos como frustração e/ou descaracterização profissional.

Podemos supor que os psicólogos entrevistados, embora entendessem as prescrições para a atuação em CRAS e se orientassem no sentido de realizar o trabalho, se identificavam com o gênero de psicologia, do “ser psicólogo”, e não com um gênero construído a partir da atividade de trabalho do coletivo de psicólogos atuantes em CRAS, uma vez que este parece não ter passado de sua fase embrionária. Dessa forma, talvez essa seja uma justificativa para a produção de certo sentimento de descaracterização profissional relatado pelos participantes, pois o “ser psicólogo” ainda vincula-se em grande medida ao modelo clínico liberal privatista, o modelo da psicoterapia individual de inspiração psicanalítica, que privilegia a subjetividade em detrimento da realidade sócio-histórica e, portanto, não fornece subsídio para a atuação profissional na assistência social, haja vista as discussões presentes na literatura (Cruz, 2009; Fontenele, 2008; Oliveira, et al., 2011; Silva & Corgozinho, 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010).

Por fim, quatro profissionais, ao empregarem os termos analisados, referiram-se à construção e ao fortalecimento de vínculos e à realização de grupos, no sentido de mobilização para a ação e promoção de empoderamento junto aos munícipes. Cabe destacar que, dentre esses quatro trabalhadores, somente uma entrevistada não participou do fórum de psicólogos. Entretanto, relatou que atuou na área da saúde e que, para a realização de sua tarefa, buscou adequar algumas das produções partilhadas pelos trabalhadores daquele ofício, conforme sua fala: “Eu meio que peguei mais ou menos o que se fazia no hospital, e meio que transferi pra cá” (P10).

Ora, supondo-se que o gênero de psicólogos que atuam em CRAS ainda não se desenvolveu de forma satisfatória, o trabalhador deve lidar individualmente com os imprevistos presentes no meio de trabalho. Diante disso, semelhante aos outros psicólogos que não participaram do fórum, a participante salientou que recorreu às formas de se pensar o fazer no

trabalho, que não condiziam com as especificidades da atuação na assistência social, mas que permitiam “mais ou menos” a realização de sua tarefa.

Como colocam Moraes et al. (2015), é essencial que haja um gênero profissional para que o trabalhador realize estilização, uma apropriação singular do gênero dada durante os constrangimentos e imprevisibilidades da atividade cotidiana. O que parece se evidenciar diante da aparente precariedade que se encontra o gênero profissional dos psicólogos que atuam em CRAS e da fragilidade de um coletivo de trabalho que permita “a produção de meios de se compreender, atuar e transformar – a si mesmo, os colegas, as condições e as exigências do trabalho” (Moraes et al. , 2015, p. 79), é a redução da possibilidade de o psicólogo transformar sua tarefa e criar outros possíveis, a partir da mediação do gênero profissional; o que dificulta reconhecer-se em sua atividade de trabalho e contribui para a produção do adoecimento relatado na fala dos profissionais.

Evidenciar essa questão adquire fundamental importância uma vez que reconhecer-se naquilo que se faz implica na possibilidade de ser capaz de fabricar seu ofício. Envolve compreender a prescrição, apropriar-se dela e, frente aos obstáculos do real, confrontá-la com um arcabouço de formas de saber-fazer, de normas e pactuações, que são fruto de tentativas, de erros e acertos construídos ao longo de uma história de trabalho em comum (Clot, 2010). A gestão desse conflito, que também inclui os valores, possibilita que o trabalhador tenha “liberdades” com a tarefa “não lhe virando as costas, mas renovando-a. E essa renovação reclama dos profissionais que eles se sintam importantes em uma história a fazer viver” (Clot, 2013, p.7).

Destarte, no que se refere ao psicólogo que trabalha em CRAS, conforme viemos explicitando, a possibilidade de reconhecer-se em sua atividade de trabalho se vê diminuída exatamente pela dificuldade de se realizar esse debate de forma sadia ao trabalhador.

Conforme ressalta Clot (2010), “quando esse movimento é impedido ou contrariado, é que o trabalho se torna um risco para a saúde” (p. 290).

Por fim, agregando aos nossos resultados, Barreto (2011), em seu relato acerca da atuação na assistência social, menciona “a vivência de episódios depressivos, de experiências de frustração e de contínuo *stress*, com uma sensação habitual de sobrecarga nas demandas e impossibilidade de completar o trabalho” (p. 413). Ainda segundo esse autor, tais experiências são “comuns em profissionais que atuam na área social” (p. 413).

Considerações Finais

Fazer uma clínica do trabalho consiste em instigar os profissionais a refletir sobre o que se faz muitas vezes sem dar-se conta. Envolve instigá-los a trabalhar sobre seu trabalho; se debruçar sobre o processo que os conduziu à tomada de uma decisão e não de outra, quais foram seus critérios, suas referências, etc. É uma proposta que busca “sustentar a elaboração genérica para impedir que os canais de transmissão da experiência se vejam reduzidos ao silêncio” (Clot, 2007, p.202).

A partir do estudo, podemos dizer que os psicólogos que atuam em CRAS enfrentam um enfraquecimento dos recursos de ofício que caracterizam uma construção coletiva. Assim, a fala dos técnicos parece sinalizar que, diante impossibilidade da manutenção de discussões sobre a atividade de trabalho em CRAS – seja diretamente, mediante à ausência de espaços formais de discussão, seja indiretamente, devido à intensa carga de trabalho –, as estratégias singulares que respondem aos dramas do real do trabalho deixaram de ser compartilhadas, validadas ou não, e recriadas entre pares.

Nesse sentido, aquilo que foi iniciado no fórum de psicólogos e que ao longo do tempo aglutinar-se-ia em memória transpessoal e sócio-histórica do ofício, ampliando a capacidade de agir dos trabalhadores e dotando de sentido e significado a atividade laboral, deixou de ser alimentado pelas trocas e recriações do/no coletivo de trabalho e enfraqueceu-se. Aliado a isso,

as precárias condições de trabalho identificadas e a sensação de perda de identidade profissional parecem confluir, despotencializando a produção de saúde no trabalho dos psicólogos em CRAS.

Diante disso, adquire fundamental importância promover estudos que busquem compreender e contribuir para o processo de formação e transformação do gênero dos psicólogos que atuam em CRAS. Realizar essa análise pode indicar formas de transformar o trabalho, sobretudo ao promover reflexões sobre a atividade laboral, e contribuir para o fortalecimento do coletivo de trabalho desses profissionais. Ademais, pode possibilitar a reconstrução de referenciais de atuação produzidos a partir dessas reflexões, viabilizando também a construção de negociações entre trabalhadores que possam vir a intervir, inclusive, na própria organização do trabalho. Enfim, pesquisas que possam “permitir que uma pessoa adquira meios de gerir uma situação que muda sem cessar” (Durrive, 2007, p. 303).

Referências

- Bardin L. (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barreto, A. F. (2011). Sobre a dor e a delícia da atuação Psicológica no SUAS. *Psicologia Ciência e profissão*, 31(2), 406-419.
- Beato, M. S. F., Sousa, L. A., de Florentino, B. R. B., Junior, W. M., Neiva, K. M., & Toffaneli, V. F. (2011). A identidade profissional em questão. In: Conselho Regional de Psicologia (CRP-MG) (Orgs.) *A Psicologia e o Trabalho no CRAS*. (pp. 39-54) Belo Horizonte: Autor.
- Carvalho, A. P. (2010) *Olhando uma Realidade, Olhando o Outro: Representações Sociais da Pobreza e do Usuário entre os Profissionais da Assistência Social*. Dissertação de Mestrado em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, Brasil.
- Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília: autor.
- Conselho Federal de Psicologia (2010). *Atuação dos psicólogos no CRAS/SUAS. Relatório descritivo preliminar de pesquisa*. Brasília: autor.
- Cruz, J. M. O. (2009) Práticas psicológicas em centro de referência da assistência social (CRAS). *Psicologia em foco*, 2(1), 11-27.
- Clot, Y. (2006) Entrevista: Yves Clot. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(2), 99-107.
- Clot, Y. (2007). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- De Freitas Fonseca J. C. & Aguiar I. O. (2013) Clínica da Atividade no contexto brasileiro: sobre ciências, territórios e compreensões. In: Pujol A.; Dall'Asta, C. (Org.) *Trabajo, actividad y subjetividad. Debates abiertos* (pp. 33-52).

- Durrive, L. (2007). O formador ergológico ou “Ergoformador”: uma introdução à ergoformação. In: Durrive, L.; Schwartz, Y. (Orgs.) *Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana* (pp. 297-309). Niterói, RJ: Universidade Federal Fluminense.
- Falzon, P. (2007). Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia: elementos de uma análise cognitiva da prática. In: Falzon, P. (Org.) *Ergonomia* (pp. 3-19). São Paulo: Blucher.
- Fontenele, A. F. G. T. (2008). *Psicologia e sistema único de assistência social – SUAS: estudo sobre a inserção dos psicólogos nos Centros de Referência de Assistência Social (SUAS)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Fraser, M. T. D.; Gondim, S. M. G. (2004) Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paideia*, 14 (28), 139-152.
- Galbiatti, F. (2015) *O Poder de agir de trabalhadoras da assistência social no contexto neoliberal*. Dissertação de Mestrado *Stricto Sensu* em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, SP, Brasil.
- Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010*. Estabelece a jornada de trabalho de 30 horas semanais para assistentes sociais. Obtido em 20 dezembro, 2015, Recuperado em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm
- Lima, V. C. (2014). A psicologia que não se reconhece na assistência social e a psicologia que assume que apenas as suas contribuições podem efetivar a assistência social: Contradições na inserção de psicólogos no SUAS [Resumo]. Anais do IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, *Abstracts*, 2, 26.

- Macedo, L. C., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., & Mazza, V. A. (2008). Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 12(26), 649-657.
- Mattedi, A. P. V.; Louzada, A. P. F.; Teixeira, D. V.; Pinheiro, D. A. L.; Zamboni, J. & Barros, M. E. B. (2014) Cartografando gêneros e estilos: nas bordas da atividade. In Rosemberg, D. S.; Filho, J. R.; Barros, M. E. B. (Org.) In: *Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises*. (pp. 51-80) Vitória: EDUFES.
- Melo, E. P. E. (2011) *Vamos à luta: o fazer do(a) psicólogo(a) no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)*. Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.
- Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome. Secretaria nacional de assistência social. (2005). *Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004). Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome. (2009). *Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Moraes, T. D., Rohr, R. V., & Athayde, M. (2015). Ingresso, permanência e abandono na profissão de motoboys: Constituição de si e da profissão. *Laboreal*, 11(1), 69-83.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Solon, A. F. A. C., & Amorim, K. M. O. (2011). A prática psicológica na proteção social básica do SUAS. *Psicologia & Sociedade*, 23, 140-149.
- Osorio, C. (2010). Experimentando a Fotografia como Ferramenta de Análise da Atividade de Trabalho. *Informática na Educação: teoria & prática*, 13(1), 41-49.
- Ribeiro, M. E., & Guzzo, R. S. L. (2014). Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Reflexões Críticas Sobre Ações e Dilemas Profissionais. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 9(1), 83-96.

- Roger, J. L. (2013). Metodologia e métodos de análise em clínica da atividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(1), 111-120.
- Ruelland-Roger, D. (2013). Gênero de atividades profissionais, variantes estilísticas e genericidade em clínica atividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(1), 133-144.
- Santos, M. (2006). Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. *Laboreal*. 2(1), 34-41.
- Serpa, A. M. P. (2012) O processo de implantação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) em Vitória (ES): relato da experiência. In: Serpa, A. M. P. & Raizer, E. C. (Org). *Política de Assistência Social no Município de Vitória (ES): olhares sobre a experiência (2005-2012)*. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória.
- Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos (2012). *Programa Capixaba de Redução da Pobreza Incluir*. Vitória: Autor.
- Silva, J. V. & Corgozinho, J. P. (2011). Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia Social Comunitária: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 23, 12-21.
- Vidal-Gomel, C., Delgoulet, C., & Geoffroy, C. (2014). Competências coletivas e formação em condução de veículos de socorro num contexto de especialização de bombeiros sapadores em França. *Laboreal*, 10 (1), 14-31.
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 9-24

ARTIGO 4.**A atuação de psicólogas em CRAS: relações entre gênero profissional e saúde**

Resumo

Tendo em vista que na teoria da clínica da atividade a presença do gênero profissional e sua constante atualização pelo coletivo de trabalho é a chave para a produção de saúde laboral, este estudo objetivou identificar e analisar o gênero profissional dos psicólogos que atuam nos CRAS de Vitória-ES e sua relação com o processo de saúde/doença vivenciado por esses profissionais. Foram realizados encontros com cinco psicólogas de CRAS, que debateram sobre sua atividade a partir do método de oficina de fotos. Para análise de dados utilizamos a análise do discurso. Podemos dizer que as condições de trabalho e a fragilidade de um coletivo profissional constituíram as bases para o adoecimento relatado pelas psicólogas no presente estudo. Os resultados desta pesquisa permitem orientar futuras intervenções para produção de saúde de profissionais que atuam nos CRAS.

Palavras-chave: psicologia; atividade de trabalho; sistema único de assistência social; gênero profissional.

The performance of psychologists in CRAS: relationships between professional gender and health

Abstract

Considering that the theory of the Activity Clinic the presence of the professional gender and its constant updating by the collective of work is the key to the production of occupational health, this study aimed to identify and analyze the professional gender of the psychologists who work in the CRAS of Vitória- ES and its relationship with the health / illness process experienced by these professionals. It was held meetings with belt CRAS psychologists who debated about their activity from the method of photo workshop. For data analysis we use discourse analysis. We observed that the working conditions and the absence of a professional collective, were the bases for the illness reported by the psychologists in the present study. The results of this research allow guiding future interventions for the health production of professionals working in CRAS.

Keywords: psychology; work activity; single social assistance system; professional gender.

La actuación de psicólogas en CRAS: relaciones entre género profesional y salud

Resumen

En vista de que en la teoría de la Clínica de la Actividad la presencia del género profesional y su constante actualización por el colectivo de trabajo es la clave para la producción de salud laboral, este estudio objetivó identificar y analizar el género profesional de los psicólogos que actúan en los CRAS de Vitória- ES y su relación con el proceso de salud / enfermedad vivido por estos profesionales. Se realizaron encuentros con cinco psicólogas de CRAS, que debatieron sobre su actividad a partir del método de taller de fotos. Para el análisis de datos utilizamos el análisis del discurso. Observamos que las condiciones de trabajo y la fragilidad de un colectivo profesional, constituyeron las bases para el enfermo relatado por las psicólogas en el presente estudio. Los resultados de esta investigación permiten orientar futuras intervenciones para la producción de salud de profesionales que actúan en los CRAS.

Palabras clave: psicología; actividad de trabajo; sistema único de asistencia social; género profesional.

Introdução

Este artigo apresenta o resultado do debate empreendido com um grupo de psicólogas que atuam na proteção social básica do SUAS acerca de sua atividade de trabalho e as reverberações desta na saúde das profissionais. As discussões foram guiadas pela perspectiva teórico-metodológica da Clínica da Atividade (CAAt) (Clot, 2006), na qual a análise do trabalho surge como um dispositivo clínico com o objetivo de ampliar a capacidade de agir das profissionais, sobre elas mesmas e sobre seu campo de atuação, potencializando o coletivo de trabalhado e, com isso, intervindo na saúde laboral. Cabe sinalizar, ainda, que o conceito de gênero profissional configura o cerne da discussão aqui proposta por permitir explicar questões que atravessam a atividade de trabalho das participantes, assim como traçar pistas para promoção de saúde.

O SUAS, instituído pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, reorganizou os serviços socioassistenciais por níveis de proteção, inaugurou a “centralidade do Estado no acompanhamento às famílias, a territorialização das ações e a oferta de serviços da Proteção Social Básica, prioritariamente para famílias beneficiárias de transferência de renda” (Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome [MDS], 2009, p. 5). Suas ações se dividem por níveis de complexidade nos âmbitos da proteção social básica, que visa prevenir situações de risco pessoal e social, e da proteção social especial, cujo serviço se destina a pessoas que vivenciaram ameaça ou violação de direitos ou cuja convivência familiar mostra-se prejudicial para sua proteção e desenvolvimento (MDS, 2005).

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a unidade na qual são executados serviços de proteção social básica. No CRAS a família referenciada tem acesso aos serviços, programas, projetos e benefícios que buscam promover a socialização, o acolhimento, o estímulo e o suporte para inserção no mercado de trabalho e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (MDS, 2005). A equipe socioassistencial mínima necessária para a

realização das ações da proteção social básica é composta por um psicólogo, um assistente social, dois técnicos de nível médio, além do coordenador do serviço; articulando suas ações de modo interdisciplinar.

A inserção do profissional de psicologia como requisito para composição da equipe de referência mínima dos CRAS reflete a compreensão da importância de se trabalhar, simultaneamente, fatores psicológicos e sociais em contextos de risco e vulnerabilidade. Entretanto, a recente entrada da profissão no campo da assistência social soma-se à imprecisão das prescrições institucionalizadas para a atuação do profissional de psicologia em CRAS, considerando que não se especifica sua função nesse espaço (Yamamoto & Oliveira, 2010; Flor & Goto, 2015). Tal feito promove confusão para os trabalhadores, que têm dificuldade em diferenciar sua atuação e a do assistente social, e para as instituições, que parecem apresentar dificuldade em diferir o papel dos técnicos (Leão, Oliveira & Carvalho, 2014). Nesse sentido, a perda da identidade profissional é uma questão emergente na literatura que aborda a atuação do psicólogo na proteção social básica (Leão et al., 2014; J. Macedo & Dimenstein, 2012).

Se levarmos em consideração que, para construir sua atividade profissional o psicólogo deve fazer frente à nebulosidade das prescrições (Yamamoto & Oliveira, 2010; Flor & Goto, 2015), à carência de referenciais teórico-metodológicos específicos para sua atuação (Andrade & Romagnoli, 2010; Yamamoto & Oliveira, 2010) e às precárias condições de trabalho – com sobrecarga laboral, instabilidade dos vínculos empregatícios, falta de recursos humanos e materiais e remuneração insatisfatória (Leão et al., 2014; J. Macedo & Dimenstein, 2012; Romagnoli, 2016) –, podemos nos questionar acerca da dificuldade relatada pelos trabalhadores de se reconhecerem naquilo que fazem, uma vez que parece haver uma intensa mobilização subjetiva, além da produção de um conhecimento próprio sobre o trabalho advindo da experiência prática, para que seja possível realizar sua tarefa.

J. Macedo e Dimenstein (2012) acrescentam, ainda, que a vivência profissional do psicólogo nesses espaços é marcada por sentimentos como estranhamento, medo, impotência e frustração, além de um ressentimento quanto ao funcionamento dos serviços. Diante disso, temos algumas pistas que nos permitem inferir que a necessidade de gerir prescrições genéricas diante das precárias condições de trabalho e da falta de suporte teórico específico pode contribuir para produzir o sofrimento relatado pelos autores e o sentimento de descaracterização profissional percebido na literatura (Leão et al., 2014; J. Macedo & Dimenstein, 2012). Isso posto, a teoria da CAAt é um caminho possível para esclarecer as questões levantadas a partir dos estudos apresentados.

Atividade e subjetividade

Para a clínica da atividade, a atividade de trabalho está intrinsecamente vinculada à subjetividade. Essa perspectiva teórico-metodológica visa desenvolver a capacidade de agir dos profissionais “sobre o mundo e sobre si mesmos, coletiva e individualmente” (Clot, 2011, p.72). Nesse sentido, fundamenta sua atuação no estudo da perspectiva desenvolvimental da atividade, buscando analisar e desenvolver aspectos nos quais o trabalho constrói sentido e mobiliza a subjetividade dos profissionais de maneira que a singularidade do fazer de cada trabalhador possa ser construída a partir da atualização, frente à interpretação do real, de uma produção coletiva (re)vitalizada e, portanto, produtora de saúde (Clot, 2006; E. Silva, 2011).

Um dos pontos que merece destaque nessa perspectiva é o conceito de real da atividade de trabalho. Clot (2006) avança nas categorias conceituais clássicas da ergonomia de tarefa e atividade, trabalho prescrito e trabalho real, ao perceber que o que se faz é somente uma ínfima parte de todos os possíveis que, por algum motivo, não foram realizados. Nesse sentido, o trabalho prescrito pode ser definido como aquilo que os profissionais devem fazer segundo a organização do trabalho, sendo o trabalho real o que de fato se faz a fim de lograr a realização da tarefa. Todavia, entre o trabalho prescrito e aquilo que na prática foi efetivado pelo

trabalhador, existe e persiste um oceano de possibilidades de ação em constante conflito. De fato, é o “conflito entre todas as atividades possíveis que acabará por determinar o desenvolvimento da atividade vencedora” (Fernández & Clot, 2010, p. 11, [tradução livre]).

Dessa forma, com o conceito de real da atividade, Clot (2010) sinaliza que a atividade não se limita mais somente ao que é realizado. “O que não está feito, o que se pretenderia fazer, o que deve ser refeito e mesmo o que se faz sem se querer fazer, é acolhido na análise da atividade esclarecendo seus conflitos” (p. 149).

Considerando agora o campo de possibilidades presentes no real da atividade e, ainda, a singularidade de cada trabalhador ao gerir a imprevisibilidade do meio a fim de realizar sua tarefa, nos deparamos com um leque, sempre em mutação, de possibilidades de se fazer a mesma tarefa. Segundo Clot (2006; 2010), é o coletivo de trabalho que se encarregará de validar e organizar as diferentes formas de saber-fazer o trabalho, constituídas em determinado espaço sócio-histórico para responder a demandas específicas, transformando-as em recurso para a realização da atividade.

Ao longo do tempo, esse acumulado de recursos para a ação, mobilizado e construído pelo coletivo de trabalho, adquirirá um caráter histórico e irá retratar a memória laboral daquele coletivo profissional. Essa memória transpessoal e coletiva, que contribui com densidade e sentido para o fazer de cada trabalhador e do coletivo de trabalho, é o que Clot (2010) denomina de gênero profissional. Assim, o gênero profissional “contém a integralidade dos equívocos do trabalho coletivo, a memória dos fracassos, das perguntas sem resposta e das proezas realizadas, mas também as ‘pequenezas’ em que insistem o não realizado e o realizável em gestação” (Clot, 2010, p. 286).

O gênero profissional fornece um conjunto de normas e estratégias de ação maleáveis, que podem ser adaptadas pelo profissional durante seu fazer. O gênero, ao ser renovado continuamente a partir do trabalho coletivo do coletivo de trabalho, fortalece e respalda a

atividade profissional (Fernández & Clot, 2010). Nesse sentido, Clot (2010) destaca que quando o gênero profissional se encontra enfraquecido, ou seja, quando a produção desses previsíveis genéricos do trabalho encontra-se suspensa ou ausente, a saúde no ambiente de trabalho começa a se deteriorar. “Cada um, individualmente, é confrontado, então, com surpresas ruins de uma organização do trabalho que o deixa ‘sem voz’ diante do real” (p.171).

Tendo em vista que para Clot (2010) a presença do gênero profissional e sua constante atualização pelo coletivo de trabalho é a chave para a produção de uma atividade de trabalho saudável, este estudo objetivou identificar e analisar o gênero profissional dos psicólogos que atuam na proteção social básica e sua relação com o processo de saúde/doença vivenciado pelos psicólogos.

Método

Haja vista a perspectiva teórico-metodológica adotada, o presente estudo tem como foco de discussão o desenvolvimento da atividade de trabalho, para além de seu funcionamento. Assim, torna-se necessária a utilização de um método que se proponha a analisar aquilo que, diante do real do trabalho, os profissionais fazem com os desafios que emergem e as soluções encontradas, ou não, para confrontá-lo (Clot, 2006).

Participantes

Participaram da pesquisa cinco psicólogas que atuavam em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em Vitória-ES, no serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). O PAIF é um serviço continuado de trabalho social com famílias que objetiva fortalecer os laços sociofamiliares, contribuindo para convivência, reconhecimento de direitos e construção de caminhos para o enfrentamento de questões que possam apresentar risco de ruptura de vínculos e/ou violação de direitos no âmbito familiar ou comunitário (MDS, 2009).

Das psicólogas que compuseram o grupo de trabalho, encontramos que duas atuavam há um ano em CRAS, outras duas encontravam-se no serviço por três anos e somente uma

participante possuía sete anos de trabalho na proteção social básica. Ademais, convém sinalizar que duas profissionais possuíam vínculo empregatício por contrato temporário com a Prefeitura, ao passo que as demais eram vinculadas a uma Organização Não Governamental.

Instrumentos e procedimentos para a coleta das informações

Como instrumento foi utilizado o método da oficina de fotos, que tem como objetivo instigar o profissional a refletir sobre sua atividade de trabalho rotineira. Em outras palavras, “a tarefa apresentada aos sujeitos consiste em elucidar para o outro e para si mesmo as questões que surgem durante o desenvolvimento das atividades” (Clot, 2006, p. 136).

Como definido por Osorio (2010), as fotos apresentam marcas da atividade que será analisada, contribuindo para produzir um distanciamento que abre espaço para reflexão consigo mesmo e com o gênero profissional. Segundo Alves e Osorio (2014), esse método possibilita que os trabalhadores se envolvam diretamente ao produzirem os retratos de seu trabalho. Além disso, para as autoras, as fotos adotam uma perspectiva lúdica que se favorece na medida em que se torna mais próxima da realidade vivenciada pelos trabalhadores, deixando-os mais confortáveis para decidirem sem que seja necessária a constante intervenção do pesquisador.

O município de Vitória possui doze CRAS, responsáveis por atender as doze regiões de maior vulnerabilidade da cidade. Os psicólogos dos doze CRAS foram convidados pessoalmente à construção coletiva e informados da permissão para sua liberação pela Gerência de Atenção à Família (GAF) da Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Vitória (SEMAS/PMV), órgão responsável por coordenar as atividades realizadas nos serviços de proteção social básica. A atividade de pesquisa-intervenção foi realizada na Universidade Federal do Espírito Santo, conforme a decisão do grupo. As reuniões aconteceram no período compreendido entre novembro e dezembro de 2015, subdivididos em quatro encontros quinzenais de duas horas, realizados às sextas-feiras.

No primeiro encontro, foram apresentados os objetivos da pesquisa e a perspectiva teórico-metodológica da clínica da atividade, buscando esclarecer possíveis dúvidas acerca da temática e dos objetivos da pesquisa. Ademais, realizou-se a apresentação das participantes e a discussão acerca de suas vivências enquanto psicólogas do PAIF e como compreendiam o papel e a atuação do psicólogo nos serviços de proteção social básica. Cabe informar que a anuência das trabalhadoras foi firmada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que autorizou a gravação dos encontros e sua posterior transcrição na íntegra.

No segundo encontro, o debate desenvolveu-se em torno da apresentação e pertinência do método proposto pela pesquisadora e da escolha dos temas compartilhados pelo grupo para realização da fotografia. As participantes validaram o método proposto, sendo decidido que seriam realizadas no mínimo três fotografias que representavam vivências positivas em seu trabalho, promovendo saúde laboral, e três fotografias de situações que despotencializavam sua saúde.

Dentre as três fotos de cada categoria, duas seriam decididas em grupo e, no mínimo, uma seria realizada a partir da experiência singular de cada psicóloga. Ademais, as participantes optaram por efetuarem as fotografias a partir de seus aparelhos celulares e acordaram enviá-las para a pesquisadora organizar a apresentação das produções, a fim de expô-las no terceiro encontro.

A escolha das fotos de situações negativas e positivas foi ancorada na experiência relatada por Osorio (2010) com profissionais da área de saúde. Além disso, a opção pelo debate prévio das fotografias que representavam temas comuns a todas deu-se por questões estratégicas, tendo em vista que algumas participantes relataram que a sobrecarga do serviço e/ou conflitos com a hierarquia poderiam dificultar a participação em todos os encontros.

Ademais, nos terceiro e quarto encontros foram discutidas as fotografias individuais e as questões construídas a partir da experiência de realização das fotos.

Análise de dados

Para análise de dados foi utilizada a Análise do Discurso (AD), subsidiada pelo trabalho de Daniel Faïta (2005), que constrói as análises da atividade profissional respaldado pelas construções de Bakhtin. Isso posto, a análise do discurso busca compreender os sentidos estabelecidos nas práticas discursivas, que podem ser verbais ou não verbais. Assim, uma vez que a AD não trabalha com o conteúdo específico do texto, mas com os sentidos produzidos, o pesquisador deve “estar atento ao silêncio, ao não verbalizado, ao que foi explicitamente incluído, ao tom da voz e, mesmo, às falas que se esvaziam de sentido para aquilo que está sendo discutido” (L. Macedo, Larocca, Chaves & Mazza, 2008, p.652).

O primeiro passo para a realização de uma análise do discurso consiste na leitura lenta e exaustiva do material; é um processo demorado no qual o pesquisador volta várias vezes aos dados (diários de campo, gravações e transcrições) buscando frases, expressões ou metáforas que possuam significado semelhante e que pareçam representar a situação. Dessa forma, durante as leituras buscou-se identificar, nos discursos produzidos, suas unidades de registro e as categorias que dele emergem, sempre levando em consideração o contexto a partir do qual ocorreu a produção (L. Macedo et al., 2008). As narrativas dos encontros propiciaram compreender, a partir das análises da atividade de trabalho realizadas no diálogo entre o saber da experiência das participantes e o saber acadêmico da pesquisadora, o desenvolvimento do processo de produção de saúde/doença e sua relação com o gênero profissional das psicólogas atuantes em CRAS.

Resultados e Discussão

Conforme sinalizado no método, durante o segundo encontro foi discutido e acordado entre as participantes duas fotografias que retratavam aspectos considerados como negativos à sua saúde e duas fotos que se referiam a aspectos positivos. As fotografias que versavam sobre aspectos negativos foram: cesta básica e visita domiciliar (simbolizada por fotos da paisagem do território). A primeira foi elencada uma vez que, segundo as psicólogas, a presença de tal benefício implicava risco de reprodução do assistencialismo pelo serviço. Ademais, a foto também remetia à dificuldade de se trabalhar tais questões junto à população atendida, haja vista que para elas muitos munícipes pareciam compreender a função do CRAS somente como distribuição de cesta básica. A segunda foto referia-se ao risco corrido pelas profissionais ao adentrarem no território durante conflitos entre gangues para a realização das visitas domiciliares.

Os aspectos positivos de seu trabalho, evocados a partir das imagens, foram as visitas domiciliares e o grupo de trabalho (pesquisadora e psicólogas). A primeira fazia alusão à importância, reconhecida pelas técnicas, de se fortalecer os vínculos com a família atendida, além da possibilidade de exercer sua atividade para além dos muros do CRAS. Ademais, os encontros foram escolhidos por oportunizar a troca de experiências entre as participantes e discussão sobre sua atividade de trabalho.

Curiosamente, as fotografias individuais apresentaram forte similaridade, muitas vezes com o mesmo significado. Retratos de cadeira, ralo do banheiro, sala de atendimento e vale-transporte disseram da precarização das condições de trabalho. O relatório quantitativo – instrumento de mensuração de atendimentos, enviado mensalmente à gestão – e a foto do Cadastro Único, realizada por duas participantes, expressaram a gestão por metas e a exigência de produtividade. Por fim, uma participante fotografou a placa da coordenação, simbolizando o autoritarismo da gestão quanto às formas de atuar, o que restringia e sufocava a profissional.

A equipe técnica foi retratada por todas as profissionais como um aspecto positivo de seu trabalho, referindo-se à importância do trabalho em equipe e ao apoio prestado pelas assistentes sociais para a realização de sua atividade. Além disso, também foram apresentadas fotografias que retratavam atividades com as famílias acompanhadas, simbolizando o valor dos debates e do processo grupal para as técnicas como fortes instrumentos para luta por garantia de direitos e construção de vínculos comunitários.

As fotos serviram como dispositivo para que as diferentes formas de saber-fazer o trabalho pudessem ser atualizadas no discurso das profissionais, oportunizando seu confronto e produção de sentido compartilhado. Dessa forma, as análises que se seguem apresentam um recorte das redes de significados e interconexões tecidas ao longo do complexo trabalho de se traduzir a atividade em palavra.

“Falta tudo!”: precarização do trabalho

Indo ao encontro da literatura (J. Macedo & Dimenstein, 2012; Romagnoli, 2016), as psicólogas relataram que a intensa rotatividade entre os trabalhadores mostrou-se prejudicial para a realização do serviço e para as atividades em equipe, conforme sinalizou uma participante: “gente, teve mês esse ano que eu estava de férias e entrou uma técnica e saiu e eu nem conheci a técnica. [...] E como você trabalha vínculo se a própria equipe não tem vínculo?” (P10).

As psicólogas definiram a construção do vínculo com as famílias acompanhadas pelo PAIF como a base da produção do trabalho em CRAS, o que vai ao encontro da PNAS (MDS, 2005), que estabelece o fortalecimento de vínculos sociocomunitários e familiares como o eixo organizador das ações desenvolvidas nesse serviço. Entretanto, por se tratar de uma relação que se constitui na dimensão do afeto e da confiança, muitas famílias evadiam com a mudança de seu técnico de referência.

Para além da alta rotatividade, o discurso das profissionais também sinalizou um modelo de organização do trabalho, definido por metas estipuladas pela gestão, corroborando com os resultados encontrados por Romagnoli (2016). Tal modelo, aliado a uma relação autoritária com a coordenação do serviço na qual existia pouca flexibilidade de argumentação, contribuía para que as psicólogas se sentissem pressionadas e, muitas vezes, fazia com que se expusessem ao risco:

Tem uma meta a cumprir, então, às vezes, se você não consegue localizar aquela família, você é pressionada estar buscando. [...] semana passada mesmo: ‘Não, mesmo com tiro você vai subir’ [fala da coordenadora do serviço]. E eu tinha que subir. [...] Assim, você sabe do seu compromisso, mas você também é um ser humano, você também fica apreensiva (P1).

A rotatividade relatada pelas profissionais surgiu como efeito da precarização dos vínculos trabalhistas, definido por Franco, Druck e Silva (2010) como a primeira dimensão da precarização do trabalho. Trata-se de um processo que envolve a perda de direitos trabalhistas, perdas salariais e produz uma desestabilização das referências de proteção social do trabalho, conduzindo à metabolização cotidiana da insegurança e da instabilidade, “terrenos em que prolifera e se move a gestão pelo medo” (p.231).

Nesse sentido, as autoras aduzem que o controle estabelecido a partir da instrumentalização do medo à demissão produz uma intensificação do trabalho, que passa a se caracterizar por metas cada vez mais exigentes e ritmos de trabalho cada vez mais intensos, constituindo a segunda dimensão do processo de precarização laboral (Franco et al., 2010). Embora o medo à demissão não tenha surgido na fala das profissionais, tendo em vista a extrema competitividade e o atual cenário do mercado de trabalho brasileiro, podemos inferir que tal receio figura como um dos possíveis motivos pelos quais as técnicas, muitas vezes, arriscaram sua segurança.

Outras profissionais relataram algumas estratégias utilizadas para evitar tal exposição ao risco, como não cumprirem as metas ou, ainda, ocultarem que não realizavam visitas domiciliares quando ocorria conflito no território, conforme sinalizou uma participante: “você falando a questão da visita... a relação que eu tenho com a minha coordenadora hoje é uma relação assim. [silêncio] Mas, aí eu também me arrisco nesse sentido. O que acaba me adoecendo. Meu risco é não cumprir a meta” (P4). Percebe-se que tais “transgressões” às prescrições foram realizadas de maneira solitária, na sombra e na inquietação, produzindo sofrimento para as trabalhadoras.

Clot (2010) ressalta que, diante do enfraquecimento ou ausência do gênero profissional, dos previsíveis genéricos que mediam a gestão dos imprevisíveis do real do trabalho, os sujeitos são expostos ao isolamento. Assim, “cada um é individualmente confrontado, então, com surpresas ruins de uma organização do trabalho que os deixa ‘sem voz’ diante do real” (p. 171) e coloca em risco sua saúde, conforme pode-se perceber no discurso da participante.

Ora, o enfraquecimento do gênero profissional ocorre diante do mutismo do coletivo de trabalho, de seu esgotamento (Clot, 2010). A hipótese de um possível enfraquecimento do coletivo de trabalho dos psicólogos que atuam em CRAS é corroborada pela fala de uma das técnicas que relatou, ao que parece, um dos possíveis fatores que contribuiu para tal esmorecimento: “a gente teve um fórum de psicólogos há muito tempo atrás que foi... eu acho que foi o máximo! Que a gente conseguiu chegar na discussão. E depois agente regrediu” (P4).

Podemos dizer que a “regressão”, mencionada pela participante, ocorreu, uma vez que a manutenção da vivência social entre os sujeitos era imprescindível para que os esquemas técnicos, o confronto entre as construções singulares no fazer e a produção de um saber partilhado não viesse a se extinguir (Clot, 2006). Nesse sentido, podemos supor que a dissolução do fórum, que era um espaço formal de discussão sobre a atividade de trabalho, impactou profundamente o coletivo de trabalho desses profissionais, enfraquecendo-o.

O fórum no qual os psicólogos dos CRAS de Vitória se reuniam para discutir sua atividade era realizado mensalmente, durante o expediente de trabalho. Os encontros iniciaram-se em 2008 e continuaram por dois anos; entretanto, os efeitos de tais mobilizações terminaram por incomodar a gestão em vigor na ocasião, que dissolveu o grupo. Após o término do grupo, uma participante relatou que houve tentativas de reuniões informais: “Aí, aos poucos a gente voltou a fazer reunião de uma maneira muito informal e a gente acabou enfraquecendo e acabando” (P4).

Segundo Moraes e Athayde (2014), o coletivo de trabalho está intrinsecamente vinculado às atividades de trabalho de uma determinada profissão e constitui-se por meio dos relacionamentos, formais e informais, estabelecidos entre os trabalhadores. Ele é atravessado por afetos, sistemas de identificação profissional e partilha de valores, instigado em resposta aos “entraves, as exigências, as demandas das tarefas e das condições e formas de organização do trabalho” (p.332). Nesse sentido, quando uma participante mencionou “a gente acabou enfraquecendo e acabando” (P4) para além do término do fórum, o “a gente” pode referir-se ao coletivo de trabalho. O que foi “acabando”, esmorecendo-se a partir da dissolução do fórum, podemos conjecturar, foram os sistemas de identificação profissional e, em última instância, a própria identidade profissional dos psicólogos de CRAS, que estava sendo forjada – conforme veremos adiante.

Por fim, as participantes vivenciavam falta de recursos humanos e materiais, precarização dos vínculos laborais, insatisfação com os salários e a necessidade, muitas vezes, de realizarem dupla jornada de trabalho para aumentar seus recursos, integrando o cenário exposto por outros estudos (Leão et al., 2014; J. Macedo & Dimenstein, 2012; Romagnoli, 2016). Assim, “Faltam recursos financeiros, cortaram um monte de colegas nossos que trabalhavam com a gente, falta tudo [grito]! O que não falta é presença de município dentro da unidade, que continua só aumentando!” (P4).

Não obstante, a redução das equipes gerava sobrecarga de trabalho para as psicólogas, conforme relato: “Então, são 36 famílias, mais acolhida, mais as reuniões... e a assistente social está de férias. Então... aaahhhhh [grito]” (P11). Podemos dizer que o grito da participante manifestou-se como expressão da angústia da necessidade de atuar em tal estado de precariedade. Foi um grito contido e que, embora não pudesse se manifestar em qualquer espaço, fez-se presente no grupo por lhe oportunizar elaboração.

Revelado não apenas como uma forma de desespero, o grito expressou-se enquanto um movimento catártico que permitiu, em sequência, um segundo movimento de elaboração favorecido no e pelo grupo, tal qual o trabalho demonstrará. Assim, o discurso das profissionais nos sugere que as reverberações ocasionadas pelo desmantelamento do fórum de psicólogos atuantes em CRAS somaram-se à precarização dos vínculos empregatícios, da organização e das condições laborais, com a falta de recursos, intensificação dos ritmos e gestão por metas – o que dificultava em grande medida que as técnicas dialogassem entre si acerca de sua atividade de trabalho –, sustentando a hipótese do esmorecimento do coletivo de trabalho dessas profissionais. Nesse sentido, as participantes confrontavam-se com o esgotamento dos recursos de ofício característicos de uma construção coletiva, o que, somado à precarização de seu trabalho, pareceu contribuir para a diminuição do poder de agir dessas trabalhadoras e para a precarização de sua saúde.

Amputação do poder de agir das psicólogas de CRAS

Para além do que já foi mencionado, as participantes necessitavam gerir aspectos contraditórios do serviço. Como sinalizado na categoria supracitada, as psicólogas do PAIF necessitavam cumprir metas de atendimento às famílias, sendo um dos objetivos dos serviços do CRAS o enfrentamento à vulnerabilidade (MDS, 2005). Entretanto, diante da falta de recursos, rotatividade e redução da equipe, a meta de famílias para a obtenção de recursos algumas vezes não era atingida. Nesse sentido, mesmo que o objetivo do CRAS seja combater

a vulnerabilidade, assim reduzindo o número de famílias atendidas pelos programas, para se obter os recursos é necessário um alto número de famílias cadastradas, o que se mostrava paradoxal segundo as participantes:

Você tem que combater aquilo [vulnerabilidade] mas ao mesmo tempo você precisa daquela pessoa para você ter o recurso. Gente, que viagem! Não dou conta, não dou conta [bate forte em alguma superfície], não dou conta! (P1) É, adoece! (P8) Adoece! (P1) Adoece! [Grupo].

Cabe destacar que, mesmo diante da ausência de recursos para a realização de suas tarefas, as profissionais continuavam sendo cobradas a atingirem a meta de famílias cadastradas, necessária para a obtenção do recurso. Nesse sentido, as psicólogas demonstravam revolta e frustração diante de tal necessidade. Sentiam que a realização de sua atividade de trabalho era impedida, pois, de certa forma, necessitavam que a família permanecesse vinculada ao CRAS para que o serviço pudesse receber os recursos, em consonância com a fala de uma técnica: “E o nosso trabalho, para onde vai? (P1) Risos... Silêncio [Grupo]”.

Para Clot (2006), na atividade de trabalho o sujeito exerce seu poder de recriação, ou seja, a atividade permite que o trabalhador produza um contexto para viver e constitui-se enquanto “fonte de uma espontaneidade indestrutível. Mesmo brutalmente proibida, nem por isso ela é abolida” (p. 14). Ao mesmo tempo potência criadora de vida e saúde, ela corre o risco de se desregrar e voltar-se contra o sujeito na medida em que o trabalhador, por mais que tente, percebe-se impedido de realizar sua atividade ou é forçado a impedir-se de realizá-la, como pareceu ser o caso das participantes. “Quando chegam a isso, é ao preço de um insidioso esgotamento, de uma fadiga que é o ponto de partida para novos conflitos” (Clot, 2006, p.15).

Interessante notar que em vários momentos (alguns retratados ao longo do texto) as profissionais engasgavam ou silenciavam, o grupo silenciava. Ao analisarmos as situações nas quais ocorria o mutismo ou o entrave do discurso das psicólogas, percebemos que sempre se

relacionava ao impedimento de sua atividade, seja pela falta de recursos, por questões como definição rígida dos territórios de abrangência do CRAS, que muitas vezes dificultava sua atuação, ou pela imposição do cumprimento de metas, que para elas reduzia a qualidade do serviço ofertado. Nesse sentido, a atividade travada, silenciada, amputada, manifestava-se também no discurso das profissionais que silenciavam, gaguejavam e engasgavam quando atualizavam e, conseqüentemente, (re)criavam tais situações de trabalho na discussão (Clot, 2010).

Seguindo adiante no debate, as técnicas expuseram que a falta de recursos exigiu a gestão da distribuição das cestas básicas, o que se mostrava extremamente complexo e produtor de aflição, considerando que o cadastro no programa pressupõe que a família já se encontre em condições de extrema pobreza, segundo nota-se no excerto:

E essa questão também de achar que a gente tem o poder de decidir dói tanto! Isso dói tanto! (P4) Isso dói mesmo, dói demais! (P1) Você ser obrigado a escolher, né (P8). Parece, assim, que você tem que decidir uma vida (P1).

Se por um lado, diante da falta de recursos elas tinham “autonomia” para decidir sobre quais famílias receberiam as cestas, quando os recursos estavam disponíveis, elas deviam seguir rigidamente os critérios para a concessão de cesta básica, mesmo identificando a necessidade da família receber o benefício. O discurso construído nos CRAS era de que as cestas, mesmo que suficientes para atender à demanda, só deviam ser distribuídas para os miseráveis dentre os miseráveis, uma vez que o recurso poderia faltar e outra família “precisar mais”. Tal prescrição tácita era confusa para as profissionais e gerava conflitos na equipe, uma vez que a avaliação das psicólogas, muitas vezes, era desautorizada pela equipe conforme observamos no trecho que se segue:

Às vezes eu fico me questionando qual é a autonomia do técnico. Porque tem lá do lado da mesa de cada técnico e ali tá a regrinha do 77 per capita. E aí [...] se você abre

[exceção] para uma família a equipe já cai em cima de você questionando, tipo assim, você avaliou família. Você tem autonomia pra isso ou não? (P11).

Conforme demonstrado, as psicólogas eram expostas continuamente a uma série de exigências, ou normas, e prescrições em seu meio de trabalho. Devido ao hiato que se coloca entre essas prescrições e as inúmeras variações possíveis na situação local, essas profissionais incessantemente reinterpretem o prescrito e as normas. Fazendo isso, elas tentam “configurar o meio como o seu próprio meio. É o processo de renormalização que está no cerne da atividade” (Schwartz & Durrive, 2008, p. 27). Nessa perspectiva, compreendendo poder de agir enquanto “o raio de ação efetivo do sujeito ou dos sujeitos em sua esfera profissional habitual, o que se pode também designar por irradiação da atividade, seu poder de recriação” (Clot, 2010, p. 15), podemos dizer que ter poder de agir é ser capaz de renormalizar, de ser senhora de seu próprio trabalho.

Assim, tendo em vista que a renormalização é o cerne da atividade de trabalho, possibilidade de produção modos existir e de saúde (Schwartz & Durrive, 2008), percebe-se que amputar o poder de agir das psicólogas é ferir aquilo que há de inestimável no trabalho. Diante disso, Clot (2010) acrescenta que o sujeito, na maioria das vezes, deixa de se reconhecer naquilo que faz, tendo em vista que os objetivos e metas que lhe são determinados diferem significativamente daquilo que é importante, que constitui sentido, para ele. Ora, diante do que já foi exposto até o presente momento, não surpreende que as profissionais relataram adoecimento e, como veremos a seguir, que não se reconhecessem enquanto psicólogas na assistência. Nesse sentido, uma participante comenta: “Então, hoje eu acho que a gente tá tão perdido, a gente está tão esgotado, que a gente nem sabe o que está fazendo mais” (P4).

A clínica da atividade enquanto clínica

Para Clot (2006) a análise do trabalho configura-se como dispositivo que possibilita restaurar a capacidade diminuída, ou seja, ampliar o poder de agir dos sujeitos, sobre o seu

trabalho e sobre si mesmos, a partir do fortalecimento do coletivo de trabalho e do resgate ao gênero profissional. Nesse sentido, quando os sujeitos se deslocam de posição e passam a ter como objeto de análise seu trabalho, este último transforma-se e cria possibilidade de restauração da saúde.

Isso posto, pretende-se sinalizar a mudança no discurso das psicólogas ao longo dos encontros em direção ao início da produção de um (re)conhecimento profissional que encontrou voz no bojo da partilha e debate de normas, valores e estratégias que se mostraram pertinentes ou não para responder aos entraves da tarefa e/ou da organização do trabalho. Em outras palavras, apontamos para o que parece ter sido um indício do desenvolvimento inicial de uma identificação desenvolvida e mediada pelos pares.

Conforme sinalizado anteriormente, o primeiro encontro implicou, dentre outras coisas, na discussão acerca de como as participantes interpretavam o papel do psicólogo no CRAS. As profissionais afirmaram não se reconhecer enquanto psicólogas da proteção social básica, expressando dificuldade em se perceberem como profissionais de psicologia a partir de sua atuação na assistência. Ademais, informaram não saber qual seria o papel do psicólogo ou o que caracterizaria a especificidade de sua atuação profissional naquele espaço, conforme sinalizou uma técnica:

Eu entrei também com essa pergunta: o que faz o psicólogo no CRAS? [...] E aí, quando começa a trabalhar, você vai ver que não existe uma identidade pro psicólogo. Que realmente é mais um ali para ajudar; talvez com um olhar diferente. E aí, tô lá há um ano, vai fazer um ano (P8).

A fala das trabalhadoras vai ao encontro de estudos (Leão et al., 2014; J. Macedo & Dimenstein, 2012) que indicam que os técnicos de psicologia não se identificam profissionalmente com o trabalho no SUAS, apresentando dificuldade em distinguir sua função da função do assistente social. Motta e Scarparo (2013) relatam que tal dificuldade também se

expressa nas instituições, que não compreendem com clareza o papel e as atribuições do psicólogo, o que corrobora com a fala das participantes:

Aí, a gente se perde. Por que esse profissional no CRAS, ele se perde pelo próprio fazer do CRAS. [...] na prática, e a gente ouve o tempo inteiro, né, sempre tem um coordenador, um gerente, um gestor, que fala assim: ‘vocês fazem a mesma coisa’ [referindo-se ao psicólogo e ao assistente social] (P4).

Algumas participantes mencionaram sentir-se inseguras quanto à sua atuação, haja vista o atual déficit de debates e produções construídas e compartilhadas coletivamente pelos psicólogos atuantes nos CRAS em Vitória, a carência de referências teórico-metodológicas específicas (Andrade & Romagnoli, 2010; Yamamoto & Oliveira, 2010) e a nebulosidade das prescrições. Assim, uma psicóloga relatou: “Você está sozinha. Enfim, tem coisas que vão atrapalhando o andamento vamos dizer assim. Mas, assim, eu às vezes fico meio na dúvida. Será que tá legal? Será que eu poderia estar fazendo mais? Será que a limitação é minha?” (P1).

Subsidiados por outras pesquisas (Flor & Goto, 2015; J. Silva & Corgozinho, 2011; Yamamoto & Oliveira, 2010) que são atravessadas pelas mesmas questões, podemos dizer que a nebulosidade das orientações definidas pelo MDS (2009) sobre as atribuições de um técnico de referência que atua em CRAS, que não prescreve tarefas específicas para um profissional de psicologia, contribui para a incerteza que foi demonstrada pelas trabalhadoras e pela gestão do serviço. Nesse sentido, Flor e Goto (2015) colocam que “reuniões entre os psicólogos dos CRAS, discussões e até mesmo supervisões do fazer psicológico” (p. 31) poderiam auxiliar os profissionais a regular tal defasagem; entretanto, apontam a inexistência de tais espaços de construção coletiva.

Ora, Clot (2006) afirma que o gênero profissional, construído e renovado no seio do trabalho de discussão e organização empreendido pelo coletivo de trabalho, fornecerá os subsídios necessários para que os profissionais encontrem segurança para enfrentar a assimetria

entre a prescrição e o real do trabalho. O gênero, transmutado em instrumento na atividade *in situ*, permitirá que o técnico acesse “procedimentos, organização do tempo, linguagem de ofício, organogramas, instrumentos técnicos, planos, regras implícitas, mas também todas as metáforas gestuais e verbais que conservam a memória das emoções de um meio de trabalho” (p. 154). Não obstante, no gênero encontra-se a sedimentação da experiência da atividade de trabalho coletiva, forjada ao longo da história daqueles trabalhadores. Essa memória transpessoal e sócio-histórica do ofício aglutina as marcas constitutivas e simbólicas, formas de ação e interpretação do mundo, ampliando o poder de agir dos trabalhadores e dotando de sentido e significado a atividade laboral.

Retomando o que discutimos na primeira categoria, pode-se conjecturar que a fragilidade do coletivo de trabalho dos psicólogos que atuam em CRAS dificulta em grande medida a manutenção e renovação de um patrimônio coletivo, dos pressupostos genéricos da atividade, favorecendo a construção do sentimento de solidão relatado pela psicóloga. Conforme Clot (2006) argumenta, quando o sujeito se encontra isolado de um coletivo de trabalho, na maioria das vezes, torna-se penoso saber por onde começar a desenvolver sua atividade. Assim, desassistidos frente às imprevisibilidades do real do trabalho, os indivíduos são levados a construir sua atividade sozinhos, a errar sozinhos, e a alcançar as metas e os objetivos impostos pela organização do trabalho ao preço custoso de sua saúde (Clot, 2006). Diante disso, talvez possamos compreender a dificuldade que as psicólogas expressaram de se reconhecerem em sua atuação na proteção social básica e relatarem adoecimento.

Sem embargo, as psicólogas realizavam seu trabalho no contexto no qual ele se construía e esforçavam-se a fim de atingir as metas e conquistar, mesmo assim e apesar de tudo, os objetivos traçados pela PNAS. Embora afirmassem não saber o papel do psicólogo no CRAS, ao começarem a discutir acerca de sua atividade de trabalho – o que faziam, como

faziam, o que não conseguiam fazer, o que gostariam de fazer – a partir de exemplos de sua atuação, foram tecendo aos poucos o fazer psicológico em CRAS.

Embora inicialmente não pudessem formular acerca de seu papel naquele espaço, a partir de exemplos de sua atividade foi possível perceber que, para as profissionais, cabia ao psicólogo em CRAS articular a realização do trabalho social junto aos demais serviços da rede socioassistencial, construir e fortalecer vínculos sociofamiliares, mediar o diálogo intrafamiliar e trabalhar as potencialidades de seus membros, visando superar sua situação de vulnerabilidade socioeconômica, e colaborar com a construção de processos de mobilização política e social dos usuários. Nesse sentido, percebe-se que as autoprescrições construídas pelas profissionais no tocante ao papel do psicólogo vão ao encontro do que é proposto na “Nota Técnica com Parâmetros para atuação das e dos profissionais de Psicologia no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”, elaborada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) (Nota técnica, 2016).

Ainda se destaca que a concessão de benefícios eventuais e a realização do cadastro socioeconômico não foram citadas pelas profissionais durante os exemplos que emergiram ao longo do debate acerca do papel do psicólogo em CRAS. Entretanto, as psicólogas realizavam tais tarefas por estarem prescritas como funções de um técnico da assistência social (MDS, 2009), conforme se percebe nas categorias supracitadas. Diferente do que destaca Lima (2014), apostamos que tais tarefas se ausentaram dos exemplos das profissionais, não pelo fato de elas ignorarem sua importância ou, ainda, pensarem que ao conceder o benefício estavam corroborando com o assistencialismo, mas sim porque existe uma carência de referências sobre qual seria o papel da psicologia nessas situações (Yamamoto & Oliveira, 2010; J. Silva & Corgozinho, 2011).

Além disso, a ausência de um espaço formal de discussão, ou mesmo a dificuldade encontrada pelas técnicas de dialogarem sobre sua atividade de trabalho ao nível interpessoal,

devido à intensa carga de trabalho, prejudicava em grande medida que as trabalhadoras pudessem, elas mesmas, construir um saber sobre tais questões e, assim, contribuir para a identificação profissional com tais tarefas. Ao se amputar espaços de discussão sobre o trabalho ou embarçar, de uma forma ou de outra, o diálogo entre os profissionais acerca de sua atividade, restringe-se as vias que permitem formalizar um saber que é próprio da experiência, mas que, de modo algum, é ausente de preparo, de possibilidades (Faïta, 2005).

Apesar dessas falas iniciais, chamamos atenção para a mudança no discurso das participantes ao longo dos encontros em direção à construção de uma identificação partilhada pelo grupo, no que se referia aos psicólogos de CRAS. No primeiro encontro, a fala das técnicas era direcionada aos CRAS nos quais elas atuavam. Assim, quando diziam “a gente”, se referiam à equipe técnica do CRAS; seus exemplos e falas dificilmente eram generalizados em direção a um discurso que pudesse dizer daquele grupo de psicólogas da proteção social básica. O relato construía-se a partir da experiência pessoal enquanto psicóloga em CRAS, sinalizando isso com falas como “eu”, “isso pra mim”, “é a minha experiência, tá gente”, ou então, retratavam a equipe técnica: “a gente”.

Entretanto, a partir da metade do segundo encontro, o “a gente” passou a refletir as psicólogas de CRAS, suas falas passaram a generalizar a experiência laboral daquele grupo. Começaram a interromperem-se umas às outras, completando frases sobre situações de trabalho e sentimentos que atravessavam a vivência naquele espaço. A percepção de que compartilhavam uma mesma linguagem e eram atravessadas por sentimentos semelhantes, no que tange à atuação, foi recebida com surpresa e empolgação. Neste trecho, uma participante exemplificava a dificuldade em gerir a concessão de cestas básicas a partir de um episódio vivenciado por ela durante um atendimento individual, sendo logo interrompida, em sequência, pela fala de outras colegas que complementaram seu discurso:

‘Olha, a gente não tem cesta. Eu não estou negando. É que a gente não tem cesta’. Mas, assim, elas [as usuárias do serviço] não deixavam de ir. Podia reclamar, mas não deixavam de ir. Mas aí, com aquele monte de cestas que chegaram no início do ano, virou parece que uma obrigação (P1) e parece que a gente mentiu (P4). É! É! [grito] Depois cai em cima também: ‘poxa, tem tanta cesta...’ (P1) porque como é a gente que escolhe, às vezes eles [os usuários do serviço] ficam na dúvida ‘será que não tem mesmo? Por que não me deram?’ (P8).

Podemos dizer que a percepção desses sentimentos e vivências, partilhados pelo grupo de psicólogas, foi possível a partir das discussões provocadas na oficina de fotos. As participantes sugeriam uma imagem-símbolo ou, então, situações de trabalho a serem fotografadas; que seriam validadas ou não no movimento dialógico dos encontros. Mobilizadas a justificar a escolha do retrato, elas deslocavam-se de posição colocando em análise sua atividade laboral (Alves & Osorio, 2014). Assim, a partir do confronto entre suas vivências singulares, as participantes puderam perceber que compartilhavam algo em comum além de realizar as mesmas tarefas no CRAS. Podemos inferir que o processo vivenciado no/pelo trabalho do grupo de trabalho propiciou o terreno para construção de um senso de vivência compartilhada de sentimentos, anseios, estranhezas, entraves e também conquistas que as atravessavam enquanto profissionais de psicologia atuantes na assistência.

Interessante observar que a construção dessa identificação, que era partilhada pelo grupo, foi refletida no discurso das profissionais. Ao longo das construções, o debate da fotografia das visitas domiciliares propiciou a discussão acerca da territorialização dos CRAS, que, embora necessária, definia limites rígidos para as participantes e usuários do serviço, o que restringia sua atuação. Destarte, a mudança do “eu” para o “nosso” pode ser percebida no fragmento que se segue: “é complicado eu... Eu...Argh... Essas coisas... Essas coisas... Essas

pontuações da gestão são necessárias. Eu acho que o meu.... A nossa... O meu... Eu falo a nossa compreensão enquanto psicólogo! Isso acaba amarrando demais!” (P1).

Convém sinalizar que as participantes relataram que após os encontros, realizados às sextas-feiras, reuniam-se para confraternizar em um local próximo à universidade: “Da última vez nós saímos daqui fomos no Bar Boteco [nome fictício do estabelecimento]” (P8). Quiçá, tais encontros possibilitem explicar o motivo pelo qual as fotos individuais representaram as mesmas situações de trabalho.

Ao final dos encontros, retomou-se a pergunta inicial de como elas interpretavam o papel do psicólogo em CRAS. Curiosamente, as participantes responderam de forma similar ao primeiro encontro, ou seja, relataram dificuldade em sinalizar uma resposta para tal questão. Entretanto, quando a pesquisadora apontou as construções realizadas ao longo das discussões, o sentimento foi de espanto, conforme observamos no seguinte trecho:

Eu queria saber como vocês avaliam isso que eu falei (Pesquisadora). Eu... Eu nem sei falar [risos] ai, ai (P10). Acho que é por isso que a gente valorizou tanto espaço. Que a gente falou ‘ai que bacana!’ Que é aqui que gente consegue reforçar e reafirmar isso. Você falando agora eu pensei assim ‘não, gente!’ (P4) É! Eu sou psicólogo! [grito] (P10) [...] Então assim, ouvir as meninas a gente conversando... Desde o primeiro encontro, nossa, dá muito gás! Até para gente conseguir se organizar. Porque quando a gente vai para a prática parece que tudo tende a se destruir e, aqui, parece que a gente consegue juntar os nossos caquinhos, assim...(P4) Sim! E aí as meninas falavam umas coisas e eu voltava para o CRAS pensava ‘vou fazer isso também!’ então, assim, me engrossava! (P10)

A partir da fala das profissionais, podemos perceber que o “a gente” referiu-se ao grupo de psicólogas. Ademais, inferimos que, ao colocar “Que é aqui que a gente consegue reforçar e reafirmar isso” (P4), a participante sinalizou que aquilo que se reafirmava e reforçava pelo

trabalho coletivo de discussão da atividade de trabalho era a identidade profissional. Os encontros criaram espaço para que fosse possível que as técnicas partilhassem formas diversas de se pensar e fazer o trabalho psicológico na proteção social básica, estratégias construídas frente ao real e a vivência de sentimentos e anseios a partir de uma linguagem comum, transformando-os em recurso para ação (Clot, 2006, 2010).

Nesse sentido, os encontros “engrossavam” as profissionais, uma vez que possibilitaram a ampliação de sua capacidade de agir. Restaurar a capacidade diminuída, “juntar os caquinhos” dos trabalhadores, contribuindo para aumentar seu poder de agir sobre trabalho, potencializa produção de saúde laboral (Clot, 2010).

Conclusão

Podemos dizer que as condições de trabalho e a fragilidade de um coletivo profissional, que pudesse construir e renovar os pressupostos genéricos da atividade de trabalho, constituíram as bases para o adoecimento relatado pelas psicólogas no presente estudo. Em síntese, as técnicas vivenciavam tanto um desgaste afetivo, com a experiência de sentimentos de ansiedade, frustração, impotência e insegurança, também demonstrado por J. Macedo e Dimenstein (2012), quanto um desgaste físico, devido à necessidade de realizarem as visitas domiciliares de ônibus e, muitas vezes, caminhando: “falando de adoecimento do corpo, eu estou com meu joelho direito que falhou duas vezes numa escadaria lá. Eu falei: ‘gente, eu preciso ir no médico!’ (P8).

Como demonstrado, a oportunidade de discutirem sobre seu trabalho e compartilharem possibilidades de ação e saberes construídos de forma solitária por cada psicóloga face ao real do trabalho abriu espaço para que o grupo validasse ou não algumas estratégias de atuação, além de perceber a vivência de sentimentos comuns; o que contribuiu para aumentar a capacidade de ação dessas trabalhadoras e auxiliar na promoção de saúde ao fornecer “muito gás” (P4) para a atuação profissional, como colocou uma participante.

Inferimos que, se fosse possível a expansão e permanência de tais encontros sobre o trabalho, “pelo fato de passar de mão em mão e de boca em boca” (Clot, 2011, p. 76) ao longo do tempo os saberes, vivências e formas do fazer laboral, construídas e compartilhadas no coletivo de trabalho, iriam renovar sua dimensão genérica e produziriam junto aos trabalhadores o sentimento de viver uma mesma história. Nesse sentido, somente a partir do trabalho de debate do coletivo de trabalho ao longo do tempo, tornar-se-ia possível construir e renovar continuamente um plano de referência genérico que orientaria a ação e produziria sentido para um grupo profissional (Clot, 2006). Em outras palavras, a possibilidade de fortalecer e manter vivo o gênero profissional permitiria aos trabalhadores se reconhecerem em sua atuação e nos resultados obtidos, assim como no que produzem de si mesmos em sua atividade de trabalho (Clot, 2010).

Não obstante, a partir do relato das profissionais – da experiência de solidão durante a atuação, vivência de insegurança e do sentimento de perda da identidade profissional –, podemos dizer que o gênero de psicólogos de CRAS, ou da assistência social, encontra-se extremamente enfraquecido o que produziu, junto à precarização do trabalho, o adoecimento das técnicas. Entretanto, por meio de nossa experiência, sugerimos que fortalecimento do coletivo de trabalho, que potencializa e renova o gênero profissional, possibilitaria a potencialização da saúde laboral, figurando como um fator protetivo para os profissionais.

Referências

- Alves, E. A. P., & Osorio, C. (2014). Clínica da atividade e oficina de fotos: eletricitistas em foco. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(2), 62-71.
- Andrade, L. F. & Romagnoli, R. (2010). O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. *Psicologia ciência e profissão*, 30(3), 604-619.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Clot, Y. (2011) Clínica do trabalho e clínica da atividade. In P. Bendassolli, e L. Sobbol (Orgs.). *Clínicas do trabalho* (pp.71-83). São Paulo: Editora Atlas
- Faïta, D. (2005). *Análise Dialógica da Atividade Profissional*. Rio de Janeiro.
- Fernández, G. & Clot, Y. (2010). Entrevistas en auto-confrontación: un método en clínica de la actividad. *En Informática na educação: teoria & prática*, 13(1), 11- 16.
- Flor, T. C. & Goto, T. A. (2015). Atuação do psicólogo no CRAS: uma análise fenomenológico-empírica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 21(1), 22-34.
- Franco, T., Druck, G. & Silva, E. S. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 35(122), 229-48.
- Leão, S. M., Oliveira, I. M. F. F. D. & Carvalho, D. B. D. (2014). O Psicólogo no Campo do Bem-Estar Social: atuação junto às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). *Estudos e pesquisas em psicologia*, 14(1), 264-289.
- Lima, V. C. (2014). *A psicologia da pobreza e a pobreza da psicologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

- Macedo, J. P. & Dimenstein, M. (2012). O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 182-192.
- Macedo, L. C., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., & Mazza, V. A. (2008). Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 12(26), 649-657.
- Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome. Secretaria nacional de assistência social. (2005). *Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004). Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome. (2009). *Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Moraes, T. D., & Athayde, M. R. C. D. (2014). Dimensões do coletivo na atividade de trabalho dos motoboys. *Fractal: Revista de Psicologia*, 26(2), 327-348.
- Motta, R. F. & Scarparo, H. B. K. (2013). A psicologia na assistência social: Transitar, travessia. *Psicologia & Sociedade*, 25(1), 230-239.
- Nota Técnica com Parâmetros para atuação das e dos profissionais de Psicologia no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*, de 21 e 22 de outubro de 2016. Estabelece diretrizes para a atuação do psicólogo e psicóloga no SUAS. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Nota-te%CC%81cnica-web.pdf>
- Osorio, C. (2010). Experimentando a Fotografia como Ferramenta de Análise da Atividade de Trabalho. *Informática na Educação: teoria & prática*, 13(1), 41-49.
- Romagnoli, R. C. (2016). Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano da equipe profissional do centro de referência em assistência social – CRAS. *Psicologia e Sociedade* 28(1), 151-161.
- Schwartz, Y. (2011). Manifesto por um ergoengajamento. In P. Bendassolli, e L. Sobbol (Orgs.). *Clínicas do trabalho* (pp.132-166). São Paulo: Editora Atlas

- Schwartz, Y. & Durrive, L. (2008). Glossário de Ergologia. *Laboreal*, 4(1), pp.23-28
- Silva, E. S. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez
- Silva, J. V. & Corgozinho, J. P. (2011). Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 23 (spe.), 12-21.
- Yamamoto, O. H. & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (spe.), 9-24.

DISCUSSÃO GERAL

Ao longo desta dissertação, foram apresentados quatro artigos, provenientes da realização de três estudos, que discutiram a relação entre a atuação do psicólogo na proteção social básica e suas reverberações na saúde e subjetividade desses profissionais. Consideramos que os estudos atingiram os objetivos propostos e, conforme se percebe a partir da leitura dos textos, existem pontos que se interconectam e complementam-se, confluindo na construção do argumento que será tecido a seguir. Cabe destacar que, a fim de facilitar a leitura e discussão, serão retomadas algumas falas e resultados outrora apresentados.

Durante a realização das entrevistas, analisadas na primeira parte do terceiro estudo, os profissionais foram convidados pessoalmente a responderem o questionário *online* sobre a saúde dos psicólogos atuantes nos CRAS. No momento da entrevista, alguns técnicos já haviam respondido o questionário, sendo que todas as psicólogas que participaram do grupo de trabalho, segundo momento do terceiro estudo, relaram que contribuíram para a realização da pesquisa quantitativa. Assim, assumiremos que os dados provenientes do segundo estudo também dizem da realidade de trabalho dos psicólogos que atuam nos CRAS em Vitória.

Conforme apresentado na revisão bibliográfica, a precarização do trabalho é uma realidade vivenciada pelos psicólogos que atuam na proteção social básica desde 2007 (Macedo, 2007). Os psicólogos do presente estudo integram a realidade nacional (Macedo et al., 2011) e corroboram com várias pesquisas que apresentam as mesmas questões (Barreto, 2011; Leão et al., 2014; Macedo et al., 2011; Macedo & Dimenstein, 2012; Romagnoli, 2016) ao relatarem a carência de recursos humanos e materiais, vínculos laborais terceirizados, contribuindo para a rotatividade dos técnicos, insatisfação com os salários e necessidade de realizarem dupla jornada de trabalho para aumentar seus recursos.

Além disso, notamos que os psicólogos da proteção social básica de Vitória vivenciavam uma organização e gestão do trabalho “*by stress*” com a intensificação do trabalho, aceleração das cadências e intensa pressão construídas a partir do estabelecimento de metas de produção e altas cargas laborais (Cardoso, 2015).

Ora, no segundo estudo, estabelecemos algumas relações significativas entre as características laborais – mensuradas a partir do *Job Content Questionnaire* (JCQ) – e aspectos sociodemográficos que se mostram interessantes para nossa discussão. Percebemos que funcionários terceirizados apresentaram maior insegurança no trabalho do que trabalhadores efetivos, assim como níveis médios superiores de licenças de saúde do trabalho e, conseqüentemente, uma menor média de qualidade de vida. Ademais, a falta por motivos laborais encontrou-se relacionada com carga horária de trabalho e a dimensão meio ambiente, abordada no questionário WHOQOL-bref sobre qualidade de vida. Conforme sinaliza Fleck et al. (2000), o domínio meio ambiente está relacionado aos recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas habilidades e segurança física.

Nesse sentido, observamos a estreita relação entre os estudos qualitativo e quantitativo, que pode ser confirmada a partir da retomada de alguns relatos dos profissionais que participaram da terceira etapa deste trabalho. Durante as entrevistas os profissionais sinalizaram que a jornada de trabalho do psicólogo no CRAS é superior à do assistente social, haja vista que a partir da lei nº 12.317 de 26 de agosto de 2010 a jornada de trabalho para assistentes sociais é de 30 horas semanais. Com carga horária superior à dos colegas, eles eram cobrados a apresentar um maior nível de produtividade, o que foi apontado como uma das questões que contribuiriam para o adoecimento profissional, conforme se percebe no seguinte trecho:

A gente é cobrado como técnico de 8 horas, é o tempo inteiro a nossa produção tem que ser maior, porque nós somos 8 horas. Então, a gente já é penalizado porque não recebe

uma capacitação adequada pra entrar no trabalho, né, [...] e na hora do vamo ver, a gente tem que produzir mais (P2).

Ademais, as psicólogas do grupo de trabalho também sinalizaram a vivência de insegurança física, como notamos no excerto abaixo:

Tem uma meta a cumprir então às vezes se você não consegue localizar aquela família, você é pressionada estar buscando. [...] semana passada mesmo: ‘não, mesmo com tiro você vai subir’ [fala da coordenadora do serviço] e eu tinha que subir. [...] Assim, você sabe do seu compromisso, mas você também é um ser humano, você também fica apreensiva (P1).

Nesse sentido, a precarização do trabalho dos psicólogos que atuam nos CRAS – caracterizada a partir da intensa carga de trabalho, da dificuldade de adquirirem capacitações adequadas e da insegurança física, laboral e financeira –, presente tanto nos relatos dos profissionais quanto nas respostas aos questionários do segundo estudo, apresentou forte contribuição negativa para a saúde desses profissionais. Esse aspecto é corroborado pelas relações significativas entre tais características e as faltas por motivos laborais e licenças de saúde no trabalho.

Um dado alarmante apresentado no segundo artigo foram os altos índices de transtornos mentais comuns (TMC), atingindo mais da metade da população estudada (54,7%). Os transtornos mentais comuns apresentam-se enquanto sintomas como cansaço, diminuição da capacidade de concentração, esquecimento, insônia, irritabilidade, sintomas depressivos e queixas somáticas que, embora possam não se relacionar diretamente ao tratamento psicofarmacológico, contribuem para que o profissional se ausente do trabalho – haja vista que a presença de transtornos mentais comuns se associou às faltas por motivos de doenças laborais entre os psicólogos da proteção social básica – e reduz a qualidade de vida dos trabalhadores, uma vez que a variável *tmc* associou-se negativamente com todos os domínios do WHOQOL-

bref (Carlotto, Amazarray, Chinazzo & Taborda, 2011; Lucchese, Sousa, Bonfin, Vera & Santana, 2014).

Durante a realização dos grupos de trabalho, uma das profissionais ausentou-se dos segundo e terceiro encontros por questões de saúde. Tal participante, embora tenha autorizado a gravação de sua entrevista por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, na primeira etapa do terceiro estudo, pareceu sentir-se mais tranquila para expressar suas questões após a gravação. Ela comentou que perdia a voz anualmente e que esse adoecimento talvez pudesse se relacionar às suas vivências laborais.

No segundo encontro do grupo, as psicólogas questionaram acerca do motivo da ausência da colega, dando origem ao seguinte trecho:

Então, agora ela tá passando mal direto, né, tadinha (P1). Ela contou que pelo menos uma vez por ano ela passa mal porque ela perde a voz (Pesquisadora). Esse ano ela ficou sem voz 10 dias, sem voz nenhuma. A voz dela tinha cortado. Ela fez um monte de exames, mas era emocional. Ela mesma falou (P1).

O adoecimento psicossomático e as queixas de cansaço e de fadiga podem ser percebidos no discurso dos profissionais ao longo do momento qualitativo desta pesquisa. Barreto (2011) sinaliza que ao trabalhar na assistência social o profissional pode experienciar sobrecarga emocional que comumente se transforma em estresse, frustração e episódios depressivos. Além disso, o autor relata que durante sua trajetória vivenciou “contínuo *stress*, com uma sensação habitual de sobrecarga nas demandas e impossibilidade de completar o trabalho” (p.413).

Interessante notar que Clot (2006a), na introdução do livro “A função psicológica do trabalho”, sinaliza que durante a vivência cotidiana, no vocabulário coloquial, as noções de fadiga e estresse se aproximam em grande medida. O autor propõe, assim, “vincular sua comum

resistência na linguagem ordinária a uma raiz comum: a amputação da atividade possível” (p.17).

O autor ainda argumenta que essa amputação do agir mostra-se com maior clareza nos serviços de mediação e intervenção social, nos quais o objeto de trabalho é a existência de um outro que se encontra, comumente, em dificuldades socioeconômicas. Em tais situações, cuja demanda aumenta continuamente, começa-se a perceber incidências psicopatológicas nos profissionais que executam o serviço, “diretamente expostos que estão à angústia vital de seu semelhante” (Clot, 2006a, p. 17).

Nos encontros com o grupo de psicólogas de CRAS, percebemos o impacto que a convivência com situações de miséria e condições sub-humanas, vivenciadas pelo público atendido, exercia nas profissionais. A concessão do benefício da cesta básica apresentou particular influência na angústia experienciada pelas técnicas, uma vez que nessas situações elas lidavam de forma direta com a fome e eram responsáveis por conceder ou não o benefício. Durante a discussão, uma participante se emocionou ao atualizar a experiência no grupo, conforme o relato:

O filhinho dela de dois anos ele abraçou o pacote de leite em pó e quando ele abraçou eu fiquei estatelada porque eu nunca tinha visto uma simbologia de fome tão forte assim. E ela ‘filho, deixa a mamãe colocar na sacola’ e ele não queria largar e ela tava quase batendo nele falando ‘solta! Você vai deixar isso cair no meio da rua’ e ele apertava e a outra [filha], que era um pouquinho mais velha, falava assim ‘eu amo leite’ [Nesse momento a participante se emociona]. E aí eu fiquei tão feliz [voz embargada]. E aí, tá! Mas eu não conseguia contar para as meninas [assistentes sociais] porque eu estava em choque (P4).

Esse relato nos auxilia a pensar no complexo processo enfrentado pelos psicólogos na gestão de cestas básicas quando o benefício encontra-se em falta. Para além do conhecimento

da situação de pauperidade dos usuários, devemos levar em consideração os vínculos afetivos construídos com a população atendida. Nesse sentido, Macedo e Dimenstein (2012) assinalam que, diante de casos que ultrapassavam suas condições de intervenção, algumas vezes os profissionais amortizavam seus sentimentos, recorrendo ao saber técnico como estratégia de proteção.

Soma-se às questões supracitadas o fato de que, ao se inserir no serviço, muitos psicólogos não possuíram um par, tampouco um coletivo de trabalho fortalecido, para auxiliar na construção de estratégias para lidar com situações técnicas e afetivas, de acordo com o relato:

Eu entrei e já fui trabalhar, né, recebi umas 10 apostilas. ‘Leia, aprenda, atue, faça!’ [...] já chega, né, e ‘Opa! O que que eu vou fazer? Como eu vou fazer? Eu preciso dar conta já tem uns números pra cumprir’ (P3).

Clot (2010) aduz que, diante da ausência ou do enfraquecimento de um coletivo de trabalho, o sujeito buscará apoiar sua atividade de trabalho nas prescrições, não obtendo sucesso. Nesse sentido, a atividade individual irá oscilar entre os polos do conformismo e da transgressão, ambos os aspectos possuindo em comum o desconforto do sujeito diante do real do trabalho. Ao longo das discussões, percebemos que o discurso dos profissionais também oscilou entre esses dois polos, embora o conformismo fosse vivenciado enquanto uma tentativa diante da completa impossibilidade de intervir, ambos provocando angústia.

Curiosamente, mesmo diante da alta incidência de transtornos mentais comuns entre os profissionais de psicologia de CRAS, o *Job Content Questionnaire* (JCQ) indicou que o trabalho dos profissionais teoricamente não produz estresse laboral. Tal instrumento sinalizou que a atuação na proteção social básica configura-se enquanto um trabalho ativo, no qual existe uma alta demanda psicológica e um alto controle (Araújo et al., 2003).

Conforme discutido anteriormente, no trabalho ativo encontramos um alto nível de controle associado a elevados índices de demanda psicológica. Esta última relaciona-se às exigências psicológicas que o trabalhador deverá gerir a fim de realizar seu trabalho, como pressão de tempo e necessidade de esperar pelo trabalho de outros. Ao passo que a dimensão controle envolve o uso e desenvolvimento de habilidades – implicando necessidade de aprender novas práticas e ser criativo – e autoridade decisória, expressa pela possibilidade de se tomar decisões acerca do próprio trabalho (Araújo et al., 2003; Karasek, 1979).

Analisando os dados, agora à luz das questões evocadas na terceira etapa do estudo, podemos perceber que o discurso dos profissionais se coaduna ao argumento anteriormente construído com base em outras pesquisas (Araújo et al., 2003; Barone, 2012, Flor & Goto, 2015; Leão et al., 2014; Macedo & Dimenstein, 2012). Destarte, os psicólogos dos CRAS de Vitória relataram que o trabalho na proteção social básica exigia que o profissional desenvolvesse novas habilidades diante da carência de referências específicas para atuação, conforme o trecho:

Às vezes eu tenho impressão de quem tá escrevendo aquilo [orientações para atuação em CRAS] não sabe o que tá falando. Não, porque: ‘vai atingir a subjetividade das famílias e dos seus...’ Beleza, a política está falando a mesma coisa (P4). Eu vou confessar para você, só ficava me debruçando para ver o que fala que o psicólogo faz; mas não tem (P10). Não tem. E aí a gente dá uma lida na internet da experiência que alguém teve, estuda um texto e a gente vai construindo isso assim... (P4).

Soma-se a isso o fato de que as habilidades necessárias para a realização do seu trabalho deviam ser desenvolvidas tendo em conta a imprecisão das orientações institucionalizadas para a realização de sua tarefa, que não apontavam com nitidez qual a função do psicólogo naquele espaço (Leão et al., 2014; Flor & Goto, 2015). Tal feito promovia confusão para os trabalhadores que tinham dificuldade em diferenciar sua atuação e a do assistente social,

algumas vezes sentindo-se perdidos, conforme o relato: “Então, eu me sinto muito perdida, né, mesmo estando a quase um ano ali no CRAS tem horas que eu me deparo assim ‘Ai meu Deus, cadê eu aqui no meio disso tudo?’” (P1).

Ademais, para além da construção de novas formas de atuar, os psicólogos também necessitavam elaborar soluções criativas para realizarem a tarefa diante da falta de recursos físicos. Corroborando com os dados encontrados por Barone (2012), uma participante compartilhou que, diante da falta de recursos financeiros, ela e sua equipe técnica buscavam criar uma estratégia para realizar a confraternização de natal com as famílias acompanhadas pelo PAIF:

[...] Porque a gente tem que pensar! A gente pensou: ‘a gente pega uma cesta básica, faz um macarrão, alguma coisa’, mas a gente não tem gás (P8). É o básico (P1). De qualquer forma a gente vai ver o que faz (P8).

Ainda acerca de situações laborais nas quais existe um alto controle, Araújo et al. (2003) apontam que o aumento da responsabilidade, proveniente do crescimento da autonomia, envolve aumento da carga de trabalho e maior nível de tensão para os profissionais. Embora a autonomia relatada pelos psicólogos da proteção social básica de Vitória deva ser considerada com parcimônia, a gestão da cesta básica diante da ausência de recursos ocasionava grande pressão e angústia para os profissionais. Dessa forma, o desenvolvimento de novas habilidades, a necessidade de ser criativo e a autonomia vivenciada pelos psicólogos dos CRAS de Vitória, nesse contexto, parecem não contribuir positivamente para sua saúde.

Cabe lembrar que a alta demanda psicológica, evidenciada pelos participantes da pesquisa, associou-se significativamente à carga horária de trabalho. Ora, conforme mencionado no início o texto, os psicólogos de Vitória possuíam maior carga horária de trabalho, em relação aos assistentes sociais, e eram cobrados a apresentar maior produtividade. Se retomarmos a pressão experienciada pelas técnicas diante da necessidade de se cumprir as

metas estipuladas pela gestão, relatada no grupo de trabalho, podemos conjecturar que a exposição dos profissionais a tais condições por um maior período de tempo, diante das agruras de se construir o trabalho mediante a escassez de recursos físicos, dificilmente pode ser produtora de saúde.

Dentro desse contexto, mantemos nosso parcial questionamento da tese de que há relação entre trabalho ativo, com o alto índice de controle e alta demanda psicológica apresentada pela amostra, e a produção de saúde, conforme preconiza o modelo da Demanda e Controle. Esses questionamentos são corroborados pelos dados aprestados por Araújo et al. (2003) e Duarte e Moraes (2016).

Não obstante, amparados pelas discussões do terceiro estudo, podemos argumentar que os altos índices de TMC e a baixa qualidade de vida, relatada pelos psicólogos que participaram da segunda pesquisa, se relacionam à provável redução ou impedimento do poder de agir desses profissionais. Conforme as psicólogas da proteção social básica de Vitória relataram no grupo de trabalho, a falta de autonomia e/ou a desqualificação de sua avaliação na concessão de cesta básica, a escassez de recursos para realizar seu trabalho e a necessidade de gerir aspectos contraditórios do serviço – que necessita de um elevado número de famílias cadastradas para a obtenção de recursos financeiros, ao passo que a PNAS (MDS, 2005) coloca que o objetivo do CRAS é o combate à vulnerabilidade e, conseqüentemente, o desligamento da família do serviço – contribuem para a produção de um sofrimento que pode ser compartilhado pelos demais psicólogos dos CRAS do Espírito Santo.

O sofrimento no trabalho é destacado por Clot (2006a) como um impedimento do poder de agir. Citando Ricoeur (1990 citado por Clot, 2006a, p. 174), Clot salienta que o sofrimento laboral é um “impedimento que se tem de suportar na prova e no esforço de existir apesar desse entrave, o que, se envolve o risco de perder a saúde” (Clot, 2006a, p. 174).

Entretanto, apesar de restrita, a atividade de trabalho não se encerra, pois é “fonte de uma espontaneidade indestrutível. Mesmo brutalmente proibida, nem por isso ela é abolida” (Clot, 2006a, p. 14). Nesse sentido, os psicólogos criavam brechas e transgrediam a prescrição em busca de não somente sobreviver em um contexto, mas de criar um contexto para viver, de transformar seu trabalho, mesmo que por momentos, em mais vivível. Conforme Gaulejac (2011) coloca, “ser sujeito é resistir ao que não tem sentido para si. Ser sujeito é existir sem se curvar as injunções, cursos e mudanças que são impostas sem que o agente perceba nelas uma razão lógica” (p. 91). Podemos perceber isso na fala de uma profissional acerca da concessão da cesta básica para uma família que havia sido roubada:

Eu concedi a cesta para uma família numa semana e aí na outra semana ela voltou. [...] E ela falou assim para mim: ‘[P4], entraram na minha casa levaram a minha cesta. Roubaram a minha cesta e minha botija de gás’. E eu desesperada porque eu falei assim: ‘gente, como eu vou fazer? Qual vai ser a estratégia que eu vou usar para esconder que ela recebeu duas cestas no mesmo mês?’ [...] E eu falei: ‘leva!’. Todas as regras eu ultrapassei. Eu quebrei todas. Tô de saco cheio disso (P4).

Ora, diante da ineficácia das prescrições perante o real do trabalho e tendo em conta, ainda, sua nebulosidade no que concerne às orientações do MSD (2009), os profissionais construía, eles mesmos, suas prescrições e formas de trabalhar. A partir das tentativas, erros e acertos, e parcerias com profissionais de outras áreas, ao longo do tempo eles criaram uma prática relativamente estável e que lhes permitiu certo domínio sobre seu fazer nesses espaços, como foi possível perceber na discussão acerca do papel do psicólogo no CRAS engendrada no grupo de trabalho.

Entretanto, as apostas realizadas pelos psicólogos a fim de gerir a imprevisibilidade do real, diante da fragilidade de um coletivo de trabalho que lhes respaldasse e contribuísse na construção de previsíveis genéricos instrumentalizáveis na ação, muitas vezes os levava a se

arriscarem sozinhos. Nesse sentido, ao não conseguirem elaborar ou dispor de estratégias viáveis para fazer frente à gestão, percebemos, algumas vezes, que eles se sujeitavam a situações que podiam, inclusive, arriscar sua segurança conforme exposto anteriormente.

Destarte, notamos com as entrevistas que o fórum de psicólogos dos CRAS de Vitória contribuiu para que fosse possível não só uma produção conjunta de suporte para atuar em CRAS, mas também a construção da própria subjetividade dos profissionais enquanto psicólogos da assistência social. Entretanto, seu rompimento pela gestão em vigor na época impediu que as construções teórico-técnicas, identitárias e subjetivas continuassem a se desenvolver (Clot, 2006a), considerando a forte repressão sofrida por alguns trabalhadores. Conforme coloca uma psicóloga acerca do término do fórum:

E aí ela [a gestão] rompeu esse grupo de estudo, e que era um grupo, assim, riquíssimo! [...] foi a maior chateação que foi, na época que aconteceu... [...]. E a gente queria a saúde do Trabalhador! A gente só queria não adoecer! (P2).

Observamos que o esfacelamento do fórum de psicólogos de CRAS reverberou de duas formas: por um lado, os psicólogos que ingressaram não puderam acessar as construções e atalhos produzidos pelo trabalho coletivo, acessando somente as instruções oficiais; e, por outro lado, os psicólogos que participaram do grupo não puderam dar continuidade à construção e renovação dos pressupostos genéricos de sua atividade de trabalho, seja pela supressão do espaço formal de discussão, seja pela alta carga de trabalho que dificultava em grande medida as trocas interpessoais, o que contribuiu também para a diminuição de seu poder de agir (Clot, 2010).

Diante disso, os psicólogos que atuam nos CRAS, “por contar apenas com os próprios recursos psíquicos, cada um é reenviado, então, a si mesmo, à fragilidade de seus equilíbrios privados, aos riscos de desordens graves e simultâneas do corpo e do espírito” (Clot, 2010, p. 177). Assim, podemos dizer que as frustrações provenientes do impedimento do poder de agir

dos psicólogos que participaram da pesquisa, ao longo do tempo, podem ter se acumulado e exercido forte impacto na construção dos quadros de adoecimento mental e físico, relatados ao longo desta dissertação (Clot, 2010).

Ainda podemos acrescentar que a precariedade do coletivo de trabalho e a amputação do poder de agir dos psicólogos de Vitória contribuíram para a descaracterização profissional relatada, corroborando com dados presentes na literatura (Beato et al., 2011; Leão et al., 2014; Macedo & Dimenstein, 2012; Ribeiro & Guzzo, 2014). Como vimos no grupo de trabalho, as profissionais inicialmente não se identificavam como psicólogas a partir de sua atuação no CRAS; se pensarmos que a construção da subjetividade profissional, do “Ser psicólogo”, é ainda fortemente atravessada pelo modelo clínico tradicional (Dimenstein, 2000) e, ao que parece, continua sendo retroalimentada nessa direção (Macedo & Dimenstein, 2011; C. Silva & Yamamoto, 2013), torna-se extremamente complexo, considerando o contexto já apresentado, que as profissionais pudessem se reconhecer em sua atividade na assistência social e encontrar suporte que lhes permitisse atuar com segurança.

Entretanto, se retomarmos a fala da participante ao final do grupo de trabalho, quando disse “É, eu sou psicólogo!” (P10), percebemos que o “Ser psicólogo” naquele contexto abarcou também a atividade de trabalho em CRAS. Nessa direção, inferimos que as construções realizadas pelas profissionais no grupo de trabalho contribuíram para que elas, mesmo que momentaneamente, se identificassem com sua atuação em CRAS, reconhecendo-se enquanto psicólogas em sua atividade de trabalho na proteção social básica.

Somos levados a supor que, ao menos para aquele grupo, os pressupostos coletivamente partilhados do saber-fazer psicologia, do “Ser psicólogo”, transmutaram-se a partir do esforço no processo de discussão sobre a atividade de trabalho em CRAS, englobando também o fazer psicológico na proteção social básica, mesmo que por instantes. Daí depreende-se a importância nodal de se fortalecer os coletivos de trabalho para que o gênero da psicologia, do

“Ser psicólogo”, para além do contexto clínico, englobe o contexto da assistência social, a partir da produção de uma memória transpessoal e coletiva que possa dotar de sentido e conteúdo a atividade singular de cada sujeito, de forma que ele possa conduzir eficazmente seu trabalho e “suportar – em todos os sentidos do termo – os imprevisíveis do real” (Clot, 2010, p.123).

Por fim, podemos concluir com base nos relatos dos participantes da terceira etapa do estudo que a vivência de solidão durante a atuação, de insegurança e do sentimento de perda da identidade profissional, nos sugere fortemente que o gênero de psicólogos da proteção social básica encontra-se extremamente enfraquecido ou ausente, o que produz, junto à precarização do trabalho, o adoecimento dos profissionais. Essa constatação é corroborada pelos dados empíricos do presente estudo. Entretanto, por meio de nossa experiência, acreditamos que o fortalecimento do coletivo de trabalho, que constrói e renova o gênero profissional, possibilitaria a potencialização da saúde laboral, figurando como um fator protetivo para os psicólogos que atuam em CRAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Convém sinalizar como uma possível limitação da pesquisa quantitativa o fato de ela ter sido realizada com um número reduzido de respondentes, o que pode acarretar em aumento dos erros-padrão e redução do poder estatístico das análises, até porque pode ter havido vieses entre os profissionais que contribuíram com a pesquisa, influenciando os dados produzidos.

Ademais, uso do modelo *Effort-Reward Imbalance* (ERI) ou “desequilíbrio esforço-recompensa” (DER), idealizado por Johannes Siegrist, poderia ter se mostrado uma opção mais viável para análise do estresse laboral dos psicólogos de CRAS por abordar também aspectos

que exercem influência na população estudada, a saber: mercado de trabalho, salário, perspectiva de ascensão de carreira e ambiente de trabalho (fatores extrínsecos), além de características individuais do profissional (componente intrínseco) (Reis, Fernandes & Gomes, 2010; Robles et al., 2003). Nesse sentido, sugerimos a realização de novos estudos que busquem abordar tais questões a nível nacional, para que seja possível atingir uma parcela maior da população, bem como tecer um panorama mais fidedigno à realidade vivenciada pelos profissionais que atuam na proteção social básica brasileira.

No que concerne ao momento qualitativo da dissertação, buscamos, tanto quanto possível, realizar uma pesquisa *pelo e para o trabalho* – *pelo trabalho* porque a co-análise da atividade de trabalho foi a base na qual se constituiu o processo tanto da pesquisa quanto do grupo de psicólogas de CRAS; e *para o trabalho* porque a partir dessa análise foi possível elaborar instrumentos e conceitos que possibilitaram, em algum nível, mudança do próprio trabalho das profissionais. Além disso, esta dissertação retornará ao grupo de psicólogas para que possamos debater coletivamente os resultados levantados, idealizando-se uma possível contribuição e continuação ao trabalho realizado.

Cabe destacar, ainda, que ao final do grupo surgiu a demanda de se construir um espaço para a discussão do trabalho do psicólogo em CRAS visando a produção de um documento que apresentasse orientações mais específicas para a atuação desses trabalhadores no referido espaço. Essa demanda é necessária, uma vez que, de acordo com as participantes, os documentos epistêmico-metodológicos oficiais que orientam a atuação do psicólogo em CRAS não se apresentam plenos para suprir as dúvidas desse profissional; conforme observamos ao longo deste trabalho.

A partir da demanda, promovemos, em parceria com a SEMAS/PMV, um curso de formação com os psicólogos dos CRAS de Vitória que objetivou fornecer instrumentos teórico-técnicos que pudessem viabilizar a análise de sua atividade profissional. Essa análise, realizada

durante o curso, visou compreender as estratégias e ferramentas utilizadas na realização das tarefas e seus impactos na saúde.

De caráter teórico-prático enquadrando-se na estratégia de formação continuada, o curso conteve 100 horas, sendo 56 horas presenciais e 44 horas de atividade não presenciais, comprovadas por meio do trabalho desenvolvido, supervisionado e discutido ao longo das atividades. Os grupos aconteceram no período compreendido entre junho e dezembro do ano de 2016, subdivididos em 14 encontros de 4 horas. Inicialmente contando com a presença de 5 participantes, 4 psicólogas e 1 estagiário de psicologia, as atividades foram finalizadas com a participação de 12 profissionais.

Por meio dessa atividade, foram produzidos dois documentos: o primeiro tratou-se de uma descrição do cargo de psicólogo que atua em CRAS, no Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), elaborado a partir da experiência laboral das participantes, das diretrizes elencadas pelo Conselho Federal de Psicologia para a atuação do psicólogo no CRAS (CFP, 2007) e das atribuições para um técnico de nível superior que compõe a equipe interdisciplinar do CRAS (MDS, 2009); o segundo documento propôs um modelo de relatório para o psicólogo que trabalha em CRAS, com base na Resolução do CFP nº 030/2001 (Resolução n.030, 2001) acerca da elaboração de documentos produzidos por profissionais de psicologia.

Convém sinalizar, ainda acerca do curso, que as análises e discussões possibilitaram que as participantes identificassem algumas condições de trabalho que contribuíam para despotencializar a saúde em seus ambientes laborais. Dessa forma, foi elaborado um conjunto de sugestões e solicitações a fim de assegurar a melhoria nas condições de trabalho, da saúde das trabalhadoras e, conseqüentemente, do atendimento prestado ao município.

Por fim, gostaríamos de sinalizar algumas questões interessantes que surgiram durante a realização da terceira etapa do estudo. Conforme mencionado anteriormente, é preconizado que o atendimento às famílias seja realizado pela equipe psicossocial, composta, minimamente,

por um assistente social e um psicólogo (MDS, 2009). Entretanto, durante a realização da pesquisa, as profissionais que compuseram o grupo de trabalho relataram que, devido à redução da equipe, somente os grupos com as famílias, algumas vezes, eram realizados em parceria.

De acordo com o discurso das profissionais, o assistente social contribuía para enriquecer o trabalho por se atentar a aspectos mais objetivos – como particularidades legislativas e governamentais, dentre outras questões – que não ocorriam de imediato às psicólogas. Entretanto, tais diferenças na forma de interpretar a tarefa algumas vezes atravancavam a realização do trabalho, conforme o trecho que se segue acerca da realização de um grupo no qual os munícipes haviam sido desapropriados de suas residências pela Prefeitura:

E aí, assim, a assistente social tentando explicar a questão, né, [...] no sentido de informação mesmo, né? [...] E eu tentando falar assim: ‘Mas como é que foi sair dessa casa, né? Como foi deixar as memórias lá?’ E aí eles falavam: ‘Olha, eu estou voltando lá escondido à noite. Estou montando a minha casa’. [...] E a assistente social fala nesse movimento: ‘Olha, a casa não é mais sua!’ Aí você fala: ‘sim, mas o que vocês estão fazendo para retomar esse lar?’ eu tentando fazer uma ultra construção, assim...[...] (P4). Porque não era uma casa, era um lar (P10).

Podemos perceber que o trecho acima nos remete a algumas questões interessantes. Notamos que, para além de complementarem-se na atuação por interpretarem de forma diferenciada a tarefa, ao que parece, as formas de saber-fazer a atividade de trabalho das duas categorias em alguns momentos divergem ao ponto de dificultar a comunicação durante a realização da tarefa.

Considerando que o gênero profissional se refere a um contexto específico de trabalho e diz de um conjunto de aptidões e regras que irão ordenar a relação dos trabalhadores entre si, orientando o fazer profissional (Clot, 2006a), é instigante notar que, mesmo atuando lado a lado, os psicólogos e assistentes sociais parecem se orientar a partir de pressupostos laborais

distintos ao realizar sua atividade de trabalho, ocasionando muitas vezes dificuldades na comunicação.

Nesse sentido, talvez uma questão a ser pensada seria como se constitui o gênero profissional em contextos nos quais existem equipes interdisciplinares. O gênero é tecido a partir do trabalho do coletivo de trabalho em um determinado contexto – o da assistência social, por exemplo, que supostamente envolveria assistentes sociais e psicólogos – ou o saber-fazer oriundo da disciplina tem maior influência nessas construções?

REFERÊNCIAS

- Alves, M. G. M.; Hökerberg, Y. H. M. & Faerstein, E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 16(1), 125-136.
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Araújo, T. M., Graça, C. C., & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 991-1003.
- Araújo, T. M., & Karasek, R. (2008). Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *SJWEH Suppl, Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, (6), 52-59.
- Bardin L. (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barreto, A. F. (2011). Sobre a dor e a delícia da atuação Psicológica no SUAS. *Psicologia Ciência & Profissão*, 31(2), 406-419.
- Beato, M. S. da F., Sousa, L. A., de Florentino, B. R. B., Junior, W. M., Neiva, K. M., & Toffaneli, V. F. (2011). A identidade profissional em questão. In: Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP); Conselho Regional de Psicologia (CRP-MG) (Orgs.), *A Psicologia e o Trabalho no CRAS* (pp. 39-54). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia (CRP-MG).
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico* [tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas] (4.ed. rev.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cardoso, A. C. M. (2015). O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social*, 27(1), 73-93.

- Caregnato, R. C. A.; Mutti, R. (2006). Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso Versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 679-84.
- Carlotto, M. S., Amazarray, M. R., Chinazzo, I., & Taborda, L. (2011). Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)*, 19, 172-178
- Clot, Y. (2006a). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Clot, Y. (2006b) Entrevista: Yves Clot. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(2), 99-107.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Clot, Y. (2011). Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: P. F. Bendassolli, & L. A. P. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho* (pp. 71-83). São Paulo: Atlas.
- Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília: autor.
- Couto, B. R. (2009) O sistema único de assistência social: uma nova forma de gestão da assistência social. Em: Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome [MDS], UNESCO. *Concepção e gestão de proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília, DF: MDS; UNESCO.
- Cruz, J. M. O. (2009) Práticas psicológicas em centro de referência da assistência social (CRAS). *Psicologia em foco*. [online], 2(1), 11-27.
- De Freitas Fonseca J. C. & Aguiar I. O. (2013) Clínica da Atividade no contexto brasileiro: sobre ciências, territórios e compreensões. Em Pujol A.; Dall'Asta, C. (Org.) *Trabajo, actividad y subjetividad. Debates abiertos*. (pp. 33-52). [E-book] ISBN 978-987-29270-2-8.

- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de psicologia*, 5(1), 95-121.
- Duarte, L. C. B., & Moraes, T. D. (2016). Saúde mental de psicólogos atuantes em serviços de atenção primária à saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 123-146.
- Falzon, P.; Sauvagnac, C. Carga de trabalho e estresse. Em: Falzon, P. (Ed.) (2006). *Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183.
- Flor, T. C., & Goto, T. A. (2015). Atuação do psicólogo no CRAS: uma análise fenomenológico-empírica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 21(1), 22-34.
- Freitas, N. E. (2010) O SUAS e o princípio da universalidade. *Psicologia ciência e profissão*, 7, 17-19.
- Fontenele, A. F. G. T., Figueiredo, E. B. G. & Ribeiro, J. M. L. (2007) Psicólogos no SUAS – Sistema Único da Assistência Social: um resgate histórico da inserção da Psicologia nesse sistema. In: *V Congresso Norte Nordeste de Psicologia. Anais. Resumo. Maceió*. Publicação online. Recuperado em 22 de abril de 2012 em: <http://www.conpsi5.ufba.br/layout/padrao/azul/conpsi5/V_CONPSI.pdf>.
- Fontenele, A. F. G. T. (2008). *Psicologia e sistema único de assistência social – SUAS: estudo sobre a inserção dos psicólogos nos Centros de Referência de Assistência Social (SUAS)*. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Gaulejac V. (2011). A NGP: a nova gestão paradoxal. In: P. F. Bendassolli, & L. A. P. Soboll (Org.), *Clínicas do trabalho* (pp. 84-98). São Paulo: Atlas.

- Gomes, R. S. (2009). *O Trabalho no Programa Saúde da Família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistência*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 380-390.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Quar*, 24, 285-308.
- Koga, D. (2006) A Política de Assistência Social no Brasil: a Assistência Social como política de proteção social. Em: M.C., Albuquerque (Org.) *Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira*. (pp. 49-64). São Paulo: Instituto Pólis.
- Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010*. Estabelece a jornada de trabalho de 30 horas semanais para assistentes sociais. Obtido em 20 dezembro, 2015, Recuperado em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm
- Lucchese, R., de Sousa, K., do Prado Bonfin, S., Vera, I., & Santana, F. R. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 200-207.
- Leão, S. M., Oliveira, I. M. F. F. D., & Carvalho, D. B. D. (2014). O Psicólogo no Campo do Bem-Estar Social: atuação junto às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(1), 264-289.

- Lhullier L. A., & Roslindo J.J. (2013). As psicólogas brasileiras: levantando a ponta do véu. In L. A. Lhullier, (Org.) *Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho* (pp. 19- 51). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Macedo, J. P.; Sousa, A. P.; Carvalho, D. M.; Magalhães, M. A.; Sousa, F. M. S. & Dimenstein, S. (2011). O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos?. *Psicologia em estudo*, Maringá, 16(3), 479-489.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2012). O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 182-192.
- Mattedi, A. P. V.; Louzada, A. P. F.; Teixeira, D. V.; Pinheiro, D. A. L.; Zamboni, J. & Barros, M. E. B. (2014) Cartografando gêneros e estilos: nas bordas da atividade. Em Rosemberg, D. S.; Filho, J. R.; Barros, M. E. B. (Org.). *Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises*. (pp. 51-80) Vitória: EDUFES.
- Melo, E. P. E. (2011) *Vamos à luta: o fazer do(a) psicólogo(a) no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.
- Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome. Secretaria nacional de assistência social. (2005). *Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004). Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério do desenvolvimento social e combate à Fome. (2009). *Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)*. Brasília, DF: Autor.
- Moraes, T. D. (2008) *Coletivo de trabalho e atividade dos “motoboys”: gênero profissional, saberes operatórios e riscos da atividade de trabalho*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

- Morschel, A.; Pacheco, A. B.; Hebert, F.; Ramos, M. C.; Gomes, R. S. & Almeida, U. R. (2014) Relação “Saúde e Trabalho” e Clínica da Atividade. Em Rosemberg, D. S.; Filho, J. R.; Barros, M. E. B. (Org.). *Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises*. (pp. 81-98) Vitória: EDUFES.
- Motta, R. F., & Scarparo, H. B. K. (2013). A psicologia na assistência social: Transitar, travessia. *Psicologia & Sociedade*, 25(1), 230-239.
- Nery, V. P. (2009). *O trabalho de assistentes sociais e psicólogos na política de assistência social – saberes e direitos em questão*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Nogueira, C. (2001) A análise do discurso. Em L. Almeida e E. Fernandes (Edts), *Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação*. Braga: CEEP
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Solon, A. F. A. C., & Amorim, K. M. O. (2011). A prática psicológica na proteção social básica do SUAS. *Psicologia & Sociedade*, 23, 140-149.
- Osorio, C. (2010). Experimentando a Fotografia como Ferramenta de Análise da Atividade de Trabalho. *Informática na Educação: teoria & prática*, 13(1), 41-49.
- Reis, A. L. P. P. D., Fernandes, S. R. P., & Gomes, A. F. (2010). Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(4), 712-725.
- Resolução nº 30*, de 1 de dezembro de 2001. Institui o Manual de Elaboração de Documentos, produzidos pelo psicólogo, decorrentes de Avaliações Psicológicas. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf
- Ribeiro, M. E., & Guzzo, R. S. L. (2014). Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Reflexões Críticas Sobre Ações e Dilemas Profissionais. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 9(1), 83-96.
- Robles, M. D. M., Fernández-López, J. A., Hernández-Mejía, R., Cueto-Espinar, A., Rancaño, I., & Siegrist, J. (2003). Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital

- público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la version española del modelo «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa». *Medicina clínica*, 120(17), 652-657.
- Roger, J. L. (2013). Metodologia e métodos de análise em clínica da atividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(1), p. 111-120.
- Romagnoli, R. C. (2016). Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano da equipe profissional do centro de referência em assistência social – CRAS. *Psicologia e Sociedade*, 28(1), 151-161.
- Ruelland-Roger, D. (2013). Gênero de atividades profissionais, variantes estilísticas e genericidade em clínica atividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(1), 133-144.
- Santos, K. O. B. (2006). *Estresse ocupacional e saúde mental: desempenho dos instrumentos de avaliação em populações de trabalhadores na Bahia, Brasil*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil
- Santos L. N. (2014). *A psicologia na assistência social: convivendo com a desigualdade*. São Paulo: Cortez.
- Santos, M. (2006). Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. *Laboreal*. 2,(1), 34-41.
- Silva, J. V., & Corgozinho, J. P. (2011). Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia Social Comunitária: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 23, 12-21.
- Silva, C. A., & Yamamoto, O. H. (2013) As políticas sociais na formação graduada do psicólogo no Piauí. *Psicologia ciência e profissão*, 33(4), 824-839.
- Vieira, M. & FAÍTA, D. (2003) Quando os outros olham outros de si mesmo : reflexões metodológicas sobre autoconfrontação cruzada. *Polifonia*, 7, 27-67.

Vidal-Gomel, C., Delgoulet, C., & Geoffroy, C. (2014). Competências coletivas e formação em condução de veículos de socorro num contexto de especialização de bombeiros sapadores em França. *Laboreal*, 10, 1, 14-31.

Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 9-24.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Em 2 vias, firmado por cada participante e pelo responsável)

Eu, _____, tendo sido convidado a participar como voluntário do estudo “Relações entre trabalho e saúde em psicólogos que atuam em serviços de Proteção Social Básica nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) no município de Vitória-ES”, recebi da pesquisadora Iasmin Libalde Nascimento, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a investigar minhas percepções acerca da atuação do psicólogo em serviços de proteção social básica.
- Que a importância deste estudo é de enriquecer o campo de pesquisa e discussões sobre a saúde dos trabalhadores da assistência social, com destaque para o psicólogo.
- Que terei como benefício pela minha participação conhecer, analisar criticamente e transformar a minha atuação nos serviços de assistência social.
- Que a participação nesse estudo não prevê nenhum risco para mim, porém se for constatado algum risco ou dano a minha pessoa, minha participação será encerrada e a pesquisadora me dará apoio psicológico e o que mais for necessário para a recuperação do meu bem-estar.
- Que esse estudo começará em abril de 2016 e terminará em novembro de 2016.
- Que eu participarei das seguintes etapas: coleta de dados, através da observação participante, de breves entrevistas, das rodas de conversa e da análise coletiva da atividade.
- Que serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando dele e poderei retirar esse consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa e que a divulgação dessas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Que os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados em revistas científicas, com o objetivo de gerar novos conhecimentos para a capacitação de profissionais e que, nesta divulgação, a minha identificação não será possível.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa

Universidade Federal do Espírito Santo, Depto de Psicologia Social e do Desenvolvimento. Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, CEP 29075-210, Vitória – ES

Telefones para contato: 4009-2505 (institucional), 99891-2666 (Iasmin Libalde Nascimento)

Divulgação dos resultados: iasmin.libaldenascimento@gmail.com

ATENÇÃO: Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com.

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Assinatura do voluntário	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Iasmin Libalde Nascimento
---	--

Apêndice B – Questionário online do estudo 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Prezado (a) Participante,

Estamos convidando-lhe para participar desta pesquisa sobre processos de saúde/doença em psicólogos atuantes nos serviços de Proteção Social Básica.

A resposta ao questionário levará entre vinte e trinta minutos. Suas respostas são completamente anônimas e apenas os pesquisadores diretamente envolvidos no projeto terão acesso aos dados. Você nunca será pessoalmente identificado neste projeto de pesquisa ou em qualquer apresentação ou publicação decorrente do mesmo. A informação que você nos fornecer será codificada como um número.

Agradecemos o preenchimento atento ao questionário que se segue. Sua participação é totalmente voluntária. Você é livre para parar de respondê-lo em qualquer momento antes de finalizá-lo, e, mesmo assim, devolvê-lo para nós. Ao preencher e devolver o questionário você estará de acordo que os dados sejam utilizados e analisados.

Por favor, responda estas questões o mais sinceramente possível, utilizando-se das escalas de resposta apresentadas em cada seção, por meio da escolha do número que melhor representa sua opinião. Por favor, lembre-se que não existem respostas certas ou erradas. Nós estamos apenas interessados em conhecer sua opinião sincera!

Em caso de dúvida, você pode entrar em contato com os responsáveis por esta pesquisa:

Iasmin Libalde Nascimento (iasmin.libaldenascimento@gmail.com)

Prof. Dr. Thiago Drumond Moraes (tdrumond@gmail.com)

Muito obrigado por sua ajuda e cooperação nesta pesquisa!

WHOQOL-bref**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

SRQ-20**Instruções**

Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

Perguntas	Respostas
1- Você tem dores de cabeça frequentes?	() SIM () NÃO
2. Tem falta de apetite?	() SIM () NÃO
3. Dorme mal?	() SIM () NÃO
4. Assusta-se com facilidade?	() SIM () NÃO
5. Tem tremores de mão?	() SIM () NÃO
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	() SIM () NÃO
7. Tem má digestão?	() SIM () NÃO
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	() SIM () NÃO
9. Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM () NÃO
10. Tem chorado mais do que de costume?	() SIM () NÃO
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() SIM () NÃO
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	() SIM () NÃO
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	() SIM () NÃO
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() SIM () NÃO
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	() SIM () NÃO
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	() SIM () NÃO

17. Tem tido ideias de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
20. Cansa-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Job Content Questionnaire – JCQ

*Controle sobre o trabalho	
Seu trabalho lhe possibilita aprender novas coisas?	Seu trabalho é repetitivo?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Seu trabalho exige um alto nível de qualificação?	Seu trabalho requer que você seja criativo?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Em seu trabalho, você é encarregado de fazer muitas tarefas diferentes?	No seu trabalho, você tem oportunidade de desenvolver habilidades especiais?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Seu trabalho lhe permite tomar muitas decisões por sua própria conta?	Você tem muito o que dizer sobre o que aconteceu no seu trabalho?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazê-lo?	
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	
*Autoridade de decisão no nível macro	
Há possibilidade de suas ideias serem consideradas na elaboração das políticas adotadas na empresa? (contratação, nível salarial, demissão, compra de novos equipamentos, etc.)	Você supervisiona outras pessoas como parte de seu trabalho?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente

*Demandas psicológicas	
Seu trabalho exige que você trabalhe muito rapidamente?	Seu trabalho requer que você trabalhe muito?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Você é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho?	O tempo para a realização das suas tarefas é suficiente para concluí-las?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Em seu trabalho, você está livre de demandas conflitantes feitas por outros?	Seu trabalho é desenvolvido de modo frenético?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Suas tarefas são, muitas vezes, interrompidas antes que você possa concluí-las, adiando para mais tarde sua continuidade?	Seu trabalho exige longos períodos de intensa concentração nas tarefas?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Esperar pelo trabalho de outras pessoas, muitas vezes, torna mais lento o ritmo do seu trabalho?	
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	
*Demandas Físicas do trabalho	
Seu trabalho exige atividade física rápida e contínua?	Seu trabalho exige muito esforço físico?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça e seus braços em posições fisicamente inadequadas e incômodas?	Muitas vezes, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos em posições fisicamente inadequadas e incômodas?

1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
*Insegurança relativa à situação de trabalho	
Sua estabilidade no emprego é relativamente boa?	Em 5 anos, suas qualificações continuarão válidas?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Suas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas?	Durante o ano passado você esteve desempregado ou em trabalho temporário?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Algumas pessoas perdem permanentemente os empregos que gostariam de manter. Qual a possibilidade de, nos próximos 2 anos, você vir a perder seu emprego atual?	
1 () Muito improvável 2 () Pouco provável 3 () Provável 4 () Muito provável	
*Autoridade de decisão nível macro	
Quantas pessoas estão em seu grupo de trabalho ou setor/unidade?	Você tem influência significativa sobre as decisões em seu grupo de trabalho?
1 () Trabalho sozinho 2 () 2 a 5 pessoas 3 () 6 a 10 pessoas 4 () 11 a 20 pessoas 5 () 21 ou mais pessoas	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Seu grupo de trabalho ou unidade toma decisões democraticamente?	Você é um membro do sindicato ou da associação de empregados?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	1 () Sim 2 () Não
Seu sindicato ou associação de empregados tem influência sobre as políticas adotadas pela empresa?	Você tem influência sobre a política do sindicato ou associação de empregados?
1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente 8 () Não sou um membro da associação	1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente 8 () Não sou um membro da associação

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS. Finalmente, gostaríamos que respondessem algumas perguntas sobre você.

1. Idade: _____ anos **2. Sexo:** Masculino Feminino

3. Estado civil:

- Solteiro(a)
- Solteiro(a) namorando mulher
- Solteiro(a) namorando homem
- Casado(a) ou união estável com mulher
- Casado(a) ou união estável com homem
- Outro: _____

4. Você tem filhos: Sim Não Se sim, quantos? _____

5. Possui alguma pós-graduação ou especialização vinculadas à sua área de atuação profissional? _____ Se sim, qual? _____

6. Tipo de vínculo empregatício: Efetivo/concursado Contrato temporário

7. Carga horária de trabalho (horas por semana): _____

8. Remuneração (salário e valores adicionais, em reais): _____

9. Tempo de trabalho, em meses, que está trabalhando nesse serviço:

10. Emprego anterior, caso tenha: _____

11. Já precisou tirar licença-saúde do trabalho? _____ Se sim, quantas vezes?

12. Já precisou se ausentar/faltar por algum motivo de doença relacionada à função que desempenha? _____

13. Qual a última vez em que tirou licença-saúde ou teve que se ausentar do serviço por motivos de problemas de saúde? _____