

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

ELISA RODRIGUES DA SILVA

SOBRE O PROCESSO E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE
PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA:
Entre o prazer e o sofrimento

UBERLÂNDIA

2019

ELISA RODRIGUES DA SILVA

**SOBRE O PROCESSO E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE
PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA:**

Entre o prazer e o sofrimento

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia-MG, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Lucianne Sant’Anna de Menezes

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S586 2019	<p>Silva, Elisa Rodrigues da, 1982- SOBRE O PROCESSO E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA [recurso eletrônico] : Entre o prazer e o sofrimento / Elisa Rodrigues da Silva. - 2019.</p> <p>Orientadora: Lucianne Sant'Anna de Menezes. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2275 Inclui bibliografia. Inclui ilustrações.</p> <p>1. Geografia médica. I. Menezes, Lucianne Sant'Anna de, 1966-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.</p> <p>CDU: 910.1:61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

**SOBRE O PROCESSO E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE
PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA:**

Entre o prazer e o sofrimento

Dissertação aprovada para a obtenção do título de
Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde
Ambiental e Saúde do Trabalhador da
Universidade Federal de Uberlândia-MG pela
banca examinadora formada por:

Uberlândia, ____ de _____ de 2019

Profa. Dra. Lucianne Sant’Anna de Menezes – UFU-MG

Profa. Dra. Yasmin Lívia Queiroz Santos – ULBRA-GO

Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva – UFU-MG

*“Aos meus pais e namorado,
que acompanharam cada passo dessa longa e árdua caminhada.”*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela permissão por tudo que foi vivenciado, aprendido e conquistado durante todo esse curso, e por afastar de mim a vontade que sempre vinha de largar tudo.

Aos meus pais... ah! o que dizer deles?! Minha fonte de inspiração, força, determinação, amor; minha maior motivação para viver e correr atrás da realização dos meus sonhos; os principais responsáveis por todas as minhas conquistas; os que sempre acompanharam minhas derrotas e os que mais torceram por minhas vitórias; exemplos de dignidade e de família – meu sustento de vida, meu tudo!

À minha cunhada Mariana, que me despertou a vontade de iniciar o mestrado, depois de já há algum tempo distante do meio acadêmico.

À minha sogra, que também me incentivou e orou por mim, com toda a força de sua fé, durante o processo seletivo.

À minha orientadora, pela entrega, dedicação e empenho na correção de cada detalhe dessa dissertação, na orientação de cada dificuldade, de cada dúvida, possibilitando que o resultado desse trabalho seja motivo de muito orgulho.

Ao meu companheiro, juntos há mais de 12 anos, por estar sempre tão presente; pela compreensão, paciência; ombro para meus desesperos e desabafos; além de outros auxílios técnicos e práticos durante todo este processo.

À minha cachorrinha Meg, que por muitas madrugadas me fez companhia, sempre me pedindo colo, quando me via por muito tempo no computador.

Às minhas amigas companheiras de mestrado, com quem pude partilhar momentos de ansiedade, medos, preocupações, estresse, numa relação de tanto carinho, amizade, cumplicidade e apoio mútuo.

À Prefeitura de Uberlândia, por meio da Secretaria de Saúde e da Coordenação da Atenção Primária, que permitiu a realização da pesquisa dentro dos serviços de saúde sob sua responsabilidade.

A todas as psicólogas trabalhadoras que aceitaram participar desse trabalho, enquanto sujeitos de pesquisa, e conseguiram expressar majestosamente todos os seus sentimentos relacionados ao trabalho na atenção básica, possibilitando que a pesquisa acontecesse.

Aos professores que aceitaram o convite para compor minhas bancas (defesa de projeto, qualificação e defesa da dissertação), reservando seu escasso e precioso tempo para a leitura desse trabalho e o acréscimo de valiosas sugestões.

A mim mesma, por ter suportado tantas burocracias, obstáculos, conflitos, dificuldades, renúncias, e ter desistido de desistir e, hoje, revendo todo o percurso, poder notar que valeu a pena, pois eu venci!

Ademais, agradeço aos professores de disciplinas que cursei no mestrado pelo aprendizado; as bibliotecárias pelas revisões textuais; as estagiárias de psicologia que auxiliaram na condução do grupo focal; à secretária do PPGAT pelos auxílios e orientações.

A todos, a minha mais profunda e sincera gratidão!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral analisar o processo e a organização do trabalho do psicólogo da Atenção Básica do município de Uberlândia-MG. Em consequência disso, os objetivos específicos são: 1) caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional; 2) caracterizar o ambiente e as condições de trabalho; 3) identificar aspectos geradores de prazer e de sofrimento no trabalho; 4) identificar as estratégias defensivas coletivas utilizadas pelos trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa no campo Saúde do Trabalhador, em que os resultados foram submetidos à análise de conteúdo temática e remetidos à categoria teórica de sofrimento psíquico de Christophe Dejours. Para coleta de dados no campo, foram realizadas aplicação de questionário sociodemográfico e profissional, observação-participante, entrevista individual semiestruturada e grupo focal. A partir das observações-participantes e das entrevistas foi possível criar seis eixos temáticos: jornada de trabalho; ambiente e condições de trabalho; processo e organização do trabalho; relacionamentos no trabalho; prazer e sofrimento no trabalho; estratégias defensivas. Já com base nos achados obtidos no grupo focal, foi possível recortar três eixos temáticos: sentimentos no trabalho; satisfação e insatisfação no trabalho; desejo de mudança. A análise do ambiente e das condições de trabalho, bem como do processo e da organização do trabalho, demonstrou que os psicólogos estão submetidos a vários riscos, podendo levá-los a perda da saúde, em especial, ao sofrimento psíquico e desgaste mental. Apesar disso, estes trabalhadores estão afetivamente ligados ao trabalho, que pode ser fonte de sublimação, propiciando prazer e satisfação. Esta pesquisa propõe reorganizar o processo de trabalho do psicólogo na Atenção Básica.

Palavras-chave: Psicologia. Saúde do trabalhador. Atenção básica à saúde. Sofrimento psíquico.

ABSTRACT

The following study has the main objective to analyze the work process and organization of basic attention psychologist of Uberlandia county in MG. In consequence the specific objectives are: 1) characterize the professional and sociodemographic profile; 2) characterize the environment and work conditions; 3) identify aspects that create welfare and suffering at work; 4) identify the collective defensive strategies used by workers. It is a qualitative exploratory research in the health worker's field, the results were subject of thematic content analyzes and related to theoretical category of psych suffering from Christophe Dejours. To collect field data, were applied sociodemographic and professional questionnaire, participant-observations, semi structured interview and focal group. Looking at participant-observations and interviews was possible to create six thematic axes: work journey; environment and work conditions; process and work organization; relationship at work; welfare and suffering at work; defensive strategies. With the data found on the focus group, was possible to define three thematic axes: feelings at work; satisfaction and dissatisfaction at work; desire for change. The analyze of environment and work conditions, as well as process and work organization demonstrate that psychologists are subject to many risks, it can lead to loss of health, in special, to psychic suffering and mental wear. Despite this, these workers are affectionately attached to work, which can be a source of sublimation, providing welfare and satisfaction. This research proposes to reorganize psychologist work process in Basic Attention healthcare.

Key-words: Psychology. Worker health. Basic health attention. Psych suffering.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Transição do Modelo Piramidal para as Redes de Atenção à Saúde	44
Figura 2 –	Uberlândia: mapa de setores urbanos, 2017	78
Figura 3 –	Uberlândia: hierarquia do sistema de saúde pública, 2017	79
Gráfico 1 –	Uberlândia: idade dos psicólogos da AB, 2018	82
Gráfico 2 –	Uberlândia: faixa salarial dos psicólogos da AB, 2018	83
Gráfico 3 –	Uberlândia: formação acadêmica dos psicólogos da AB, 2018	86
Gráfico 4 –	Uberlândia: setores urbanos de atuação dos psicólogos da AB, 2018	88
Gráfico 5 –	Uberlândia: carga horário do outro vínculo empregatício dos psicólogos da AB, 2018	89
Quadro 1 –	Uberlândia: alguns dados sociodemográficos e profissionais das entrevistadas, 2018	93
Quadro 2 –	Uberlândia: satisfação e insatisfação no trabalho do psicólogo da AB, 2018	190

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Uberlândia: dados sociodemográficos dos psicólogos da AB, 2018	84
Tabela 2 –	Uberlândia: atividades de lazer dos psicólogos da AB, 2018	85
Tabela 3 –	Uberlândia: atividades físicas dos psicólogos da AB, 2018	85
Tabela 4 –	Uberlândia: dados profissionais dos psicólogos da AB, 2018	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS IA	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Adolescência
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMMS	Fundação Maçônica Manoel dos Santos
GM	Gabinete do Ministro
GO	Goiás
HCUFU	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IGUFU	Instituto de Geografia
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos de Psicologia
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMU	Prefeitura Municipal de Uberlândia
PPGAT	Programa de Pós-graduação Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RN	Rio Grande do Norte
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SETTRAN	Secretaria de Trânsito e Transportes
SMRT	Saúde Mental Relacionada ao Trabalho
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta Ocupacional
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USP	Universidade de São Paulo
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 ASPECTOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	19
1.1 Trabalho, subjetividade e saúde	19
1.2 O mundo do trabalho: ontem e hoje!	24
1.3 A construção do campo Saúde do Trabalhador	30
1.4 Saúde Mental Relacionada ao Trabalho – SMRT	32
1.5 As contribuições da Psicodinâmica do Trabalho	37
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA	41
2.1 Saúde Pública no Brasil: entendendo um pouco melhor sobre o SUS	41
2.2 Atenção Básica: histórico, conceitos e ações	46
2.3 A Saúde do Trabalhador no contexto do SUS	50
3 A PSICOLOGIA E O PSICÓLOGO NO SUS	55
3.1 A Psicologia como ciência e como profissão: diretrizes curriculares	55
3.2 A inserção da Psicologia na Saúde Pública	61
3.3 O trabalho do psicólogo na Atenção Básica	63
4 O CONTEXTO DE TRABALHO DO PSICÓLOGO DA ATENÇÃO BÁSICA DE UBERLÂNDIA	72
4.1 Aspectos Metodológicos	72
4.1.1 Procedimento de trabalho e instrumentos utilizados	72
4.1.2 Análise do material obtido	76
4.2 Resultados e Discussão	77
4.2.1 Caracterização da AB de Uberlândia	77
4.2.2 Caracterização dos psicólogos da AB de Uberlândia	81
4.2.3 As atividades dos psicólogos na AB de Uberlândia	91
4.2.4 Eixos temáticos: explorando as entrevistas	93
4.2.4.1 Jornada de trabalho	94
4.2.4.2 Ambiente e condições de trabalho	98
4.2.4.3 Processo e organização do trabalho	109
4.2.4.4 Relacionamentos no trabalho	139
4.2.4.5 Prazer e sofrimento no trabalho	156
4.2.4.6 Estratégias defensivas	165
4.2.5 Eixos temáticos: explorando o grupo focal	171
4.2.5.1 Sentimentos no trabalho	171
4.2.5.2 Satisfação e insatisfação no trabalho	181
4.2.5.3 Desejo de mudança	191
CONSIDERAÇÕES FINAIS	199
REFERÊNCIAS	204
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	215
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	216
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	217
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	218
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	219
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	220

INTRODUÇÃO

Desde que me formei em Psicologia, meu primeiro trabalho foi na Saúde Pública, especificamente na Atenção Básica. São 12 anos de formada e 11 anos trabalhando nesta área tão ampla, complexa, fascinante, mas também repleta de percalços e dificuldades. Durante o curso de graduação, não tive nenhum contato, nem teórico nem prático, com a área da saúde pública. Em meio às adversidades de transitar (trabalhar) por um caminho desconhecido, além de outros constrangimentos que o próprio trabalho no sistema público oferece, em 2010, iniciei um curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública e da Família, pelo Instituto Passo 1 (atual Centro Universitário Leonardo da Vinci), a fim de me capacitar melhor para o serviço.

No final de 2016, tive a oportunidade de realizar o processo seletivo para o curso de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia. Em 2017, iniciei o curso de mestrado, ávida por novos desafios e conhecimentos e, sobretudo, com muita vontade de trazer contribuições para minha categoria profissional.

O interesse por esta pesquisa surgiu em decorrência da experiência de atuação em postos de saúde e de diálogos estabelecidos com psicólogos colegas de trabalho, sobretudo em reuniões semanais de equipe, em que foi possível observar as expressões, bem como o compartilhamento de sentimentos de frustração, impotência, insatisfação, indignação, referentes às condições e dificuldades no trabalho. Desse contato, surgiu a questão norteadora deste estudo: *quais as principais dificuldades enfrentadas pelos psicólogos que trabalham na Atenção Básica? Este quadro poderia gerar sofrimento psíquico para estes trabalhadores?*

Na esteira das perguntas anteriores e articuladas com o campo Saúde do Trabalhador e com a teoria Psicodinâmica do Trabalho, surgiram as seguintes indagações: *como se organiza o processo de trabalho dos psicólogos da Atenção Básica? Como esta configuração pode influenciar a saúde destes trabalhadores?* Desse modo, o presente estudo trata sobre o tema da saúde dos trabalhadores psicólogos da Atenção Básica do município de Uberlândia-MG, com foco no processo produtivo e nos possíveis aspectos que podem gerar sofrimento psíquico a estes trabalhadores.

Dejours (2011) afirma que o trabalho é central na construção da identidade, podendo modificar as estruturas psíquicas inerentes à própria subjetividade, sendo fundamental para a realização pessoal, assim como para as relações interpessoais. O autor deixa claro que o trabalho pode ser fonte de prazer e de realização, mediador da construção da saúde mental,

como também fonte de sofrimento e descompensação psíquica. Uma estrutura organizacional rígida, hierarquizada, autoritária, que fere os direitos e a subjetividade do trabalhador, convertendo-o em objeto, transforma o trabalho em atividade sem sentido, gerando o sofrimento psíquico e até o adoecimento do trabalhador. No entanto, a teoria Psicodinâmica do Trabalho considera os trabalhadores capazes de se protegerem dos constrangimentos organizacionais nocivos à saúde mental, construindo estratégias defensivas.

O campo Saúde do Trabalhador surge em meio a um intenso processo político e social de mudança no âmbito das relações trabalho e saúde e vem superar as práticas desenvolvidas até então, em busca de conhecer o processo saúde-doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho, sobretudo na conjuntura do “novo capitalismo”, marcada pela lógica neoliberal e pelo poder gerencialista, que transformam o humano em recursos, o indivíduo em capital humano e precarizam as relações de trabalho. A análise do processo e da organização do trabalho é de extrema importância para compreender e intervir em condições de trabalho que possam gerar várias formas de sofrimento, a fim de prevenir riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (LACAZ, 2007; LAURELL; NORIEGA, 1989; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2009).

O objeto desse estudo é o trabalho do psicólogo da Atenção Básica. A Atenção Básica à Saúde é o primeiro nível de assistência do Sistema Único de Saúde à saúde da população, composto por um conjunto de ações preventivas e promocionais, dirigidas às populações de territórios bem delimitados (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; AZEVEDO; TATMATSU; RIBEIRO, 2011; BRASIL, 2015b). O trabalho na Atenção Básica exige dos profissionais de saúde lidar com o sofrimento humano. Os psicólogos precisam haver-se, no cotidiano de trabalho, com aspectos da subjetividade de cada usuário, da sua própria subjetividade, bem como da dos profissionais com quem trabalham (LANCETTI; AMARANTE, 2006; NUNES, 2009). Apesar disso, poucos estudos se dedicam à avaliação das condições de trabalho e da saúde psíquica dos psicólogos que atuam na Atenção Básica (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; MEDEIROS; NUNES; MELO, 2012; MOREIRA, 2014; MOREIRA et al., 2016; SCHERER, 2012).

Em decorrência de todas essas considerações, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo e a organização do trabalho do psicólogo da Atenção Básica do município de Uberlândia-MG. Em consequência disso, os objetivos específicos são: 1) caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional; 2) caracterizar o ambiente e as condições de trabalho;

3) identificar aspectos geradores de prazer e de sofrimento no trabalho; 4) identificar as estratégias defensivas coletivas utilizadas pelos trabalhadores.

A hipótese deste estudo é que o ambiente e as condições de trabalho do psicólogo na Atenção Básica podem gerar insatisfação e sofrimento nos trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa no campo Saúde do Trabalhador, em especial, pelo recorte do trabalho do psicólogo na Atenção Básica em Saúde, em que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2009; MINAYO, 2008), e remetido à categoria teórica de sofrimento psíquico de Christophe Dejours. A pesquisa foi realizada com psicólogos da Atenção Básica, na cidade de Uberlândia.

O procedimento de trabalho se dividiu em cinco etapas: 1) levantamento bibliográfico referente ao tema, no período de 10 anos (2007 a 2017), considerando apenas os artigos completos publicados em idioma português, nas bases de dados BVS, Lilacs, Pepsic, Scielo, Portal Capes, Portal de Teses e Dissertações da UFU (Universidade Federal de Uberlândia), da USP (Universidade de São Paulo), da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), com a combinação variada dos seguintes descritores: psicólogo, atenção básica, atenção primária, organização do trabalho, processo de trabalho, clínica do trabalho, sofrimento psíquico, sofrimento humano, sofrimento mental, saúde mental, doença mental. No total, foram encontrados 30 artigos, 2 teses e 16 dissertações, dos quais foram utilizados apenas 14 artigos e 7 dissertações, tendo em vista que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa, por estarem em conformidade com seus objetivos.

As outras etapas foram: 2) aplicação de questionário sociodemográfico e profissional a todos os psicólogos da Atenção Básica de Uberlândia que quiseram e puderam participar da pesquisa, a fim de realizar uma caracterização dessa classe trabalhadora e compor duas amostras não probabilísticas intencionais: uma para ser submetida à entrevista, e outra para participar do grupo focal; 3) observações-participantes do processo produtivo de alguns psicólogos, escolhidos aleatoriamente; 4) entrevistas individuais semiestruturadas; 5) grupo focal.

A partir das observações-participantes, das entrevistas e do grupo focal, foi possível descrever e analisar o processo e a organização do trabalho, assim como o ambiente e as condições de trabalho, o que permitiu obter maiores detalhes de todo o contexto de trabalho e identificar os riscos e potenciais agravos à saúde destes trabalhadores, assim como marcar fatores de sofrimento psíquico e desgaste mental. Para levar a cabo essa proposta, a presente dissertação se dividiu em 4 capítulos e considerações finais.

No primeiro capítulo, buscou-se apresentar algumas reflexões sobre os conceitos de trabalho e sua relação com a subjetividade e com a saúde, assim como seu desenvolvimento ao longo da história e da Saúde do Trabalhador. Também foi realizado um recorte sobre a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), um subcampo da Saúde do Trabalhador, com foco na teoria Psicodinâmica do Trabalho e suas contribuições para este campo: as noções de sofrimento e prazer no trabalho e a influência da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores.

No segundo capítulo, foram sintetizados conceitos, estruturação, funcionamento, fluxo e ações de alguns programas e políticas públicas de saúde, no Sistema Único de Saúde, em especial, na Atenção Básica, retratando inclusive a saúde do trabalhador no contexto do SUS.

Já no terceiro capítulo, foram realizados alguns apontamentos referentes à constituição da Psicologia enquanto ciência e profissão, suas diretrizes curriculares e seu desenvolvimento e consolidação em outras áreas de atuação, além da área clínica; a inserção da Psicologia e dos psicólogos na Saúde Pública; e as ações dos psicólogos e as dificuldades por eles enfrentadas no desempenho de suas atividades na atenção básica.

Por fim, no quarto capítulo, apresentamos a metodologia utilizada, assim como os resultados, análise e discussões. A análise do material obtido consistiu em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, em que os temas redigidos foram remetidos aos objetivos da pesquisa e à hipótese, por meio de análise interpretativa. A partir das observações-participantes e das entrevistas foi possível criar seis eixos temáticos: jornada de trabalho; ambiente e condições de trabalho; processo e organização do trabalho; relacionamentos no trabalho; prazer e sofrimento no trabalho; estratégias defensivas. Já os achados obtidos por meio do grupo focal permitiram recortar três eixos temáticos: sentimentos no trabalho; satisfação e insatisfação no trabalho; desejo de mudança. Os resultados foram colocados em interlocução com autores do campo Saúde do Trabalhador, da Psicodinâmica do Trabalho, da Sociologia e da Saúde Pública que tratam da temática das relações entre trabalho, subjetividade e saúde, em especial, do sofrimento psíquico e das defesas utilizadas contra o sofrimento.

Sem dúvida, a realização deste estudo foi muito relevante, na medida em que proporcionou o conhecimento e a reflexão crítica sobre o trabalho do psicólogo na Atenção Básica, e me possibilitou novos questionamentos e mudanças de atitudes no cotidiano do meu trabalho, bem como o compartilhamento de informações e conhecimentos adquiridos para minha equipe de trabalho.

Assim sendo, convido o leitor para mergulhar nesse universo da saúde mental daquele que cuida da saúde mental e, ao desfrutar dos achados de nossa pesquisa, descobrir: *afinal, o trabalhador psicólogo da Atenção Básica vivencia sofrimento psíquico em seu trabalho? E o que o processo de trabalho tem a ver com isso?*

1 ASPECTOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

1.1 Trabalho, subjetividade e saúde

A identidade é o alicerce da saúde mental e o trabalho, por meio da ação do reconhecimento, constitui um artifício para edificar e desenvolver a identidade e adquirir, assim, uma melhor resistência psíquica diante dos desafios da vida (DEJOURS, 2009). Neste sentido, Dejours (2011) afirma que o trabalho é central na construção da identidade e da saúde mental, sendo fundamental para a realização pessoal, assim como para as relações interpessoais e a evolução da cultura. De fato, as relações cotidianas, por meio de trocas materiais e afetivas, contribuem para a construção da identidade. Na vida adulta, o espaço do trabalho privilegia estas trocas e aparece como mediador dessa construção. Isso porque o trabalho ocorre no âmbito de várias relações intersubjetivas, com a chefia, colegas, subordinados, clientela.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003) concebem o trabalho como uma categoria social, resultante de um emaranhado de relações econômicas, sociais, políticas e tecnológicas que se realizam de forma conflituosa e interdependente. Navarro e Padilha (2007) entendem o trabalho para além da atividade laboral que exige conhecimento multidisciplinar; é também fonte de experiência psicossocial, dada a sua centralidade na vida das pessoas, já que ocupa parte importante do espaço e do tempo em que se desenvolve a vida humana contemporânea. A centralidade do trabalho se dá tanto na esfera econômica, na medida em que representa fonte de renda da maioria da população mundial, sendo o meio de satisfação das necessidades básicas, como também na esfera psíquica, enquanto fonte de identificação e de autoestima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade. Neste sentido, o trabalho é a fonte de humanização e fundador do ser social. O trabalho projeta o ser humano para perspectivas profissionais, sociais e para a realização pessoal.

O trabalho, portanto, não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo, e trabalhar não é somente produzir; vai além da construção de uma realidade a partir da matéria prima; é mais que uma relação salarial, um emprego: é também uma forma de relação social, uma oportunidade de exercício da subjetividade, de desenvolver novas habilidades, de transformar a si mesmo e realizar-se. Isso significa que trabalhar, além de transformar a realidade concreta, pode também modificar as estruturas psíquicas inerentes à própria subjetividade. Refere-se a “[...] gestos, *saber-fazer*, um engajamento do corpo, a

mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar [...]”, como enfatiza Dejours (2004, p. 28).

Para Dejours (2011, p. 38), o trabalho é criação do novo, exige iniciativa, de forma que o que está prescrito nunca é suficiente. Segundo o autor,

[...] O trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. O trabalho tem, ainda, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade.

De acordo com Dejours (2013, 2016), a subjetividade está presente e impulsiona todas as ações do viver humano, inclusive o trabalhar. O desempenho de um trabalho de qualidade implica a subjetividade e a identidade dos trabalhadores. A subjetividade está engajada no trabalho não somente durante o tempo de trabalho, mas também fora dele – pensar no problema quando já se saiu do trabalho –, o que pode trazer consequências para os relacionamentos familiares; pode desencadear pesadelos durante a noite ou mesmo insônias; irritabilidade.

Ainda sobre a subjetividade, Dejours (2013) lembra que o trabalho não é mensurável, uma vez que é essencialmente subjetivo e a subjetividade não pertence ao mundo visível. Além disso, em virtude do modo como o trabalho convoca a personalidade, bem para além do horário e do local de trabalho, ainda não é possível medir o tempo psíquico e intelectual, nem mesmo os recursos psicológicos que um trabalhador dedica ao seu trabalho para adquirir as aptidões e as competências que precisa para atingir os objetivos e ter um bom desempenho.

O trabalho comum que convoca a subjetividade do trabalhador competente e que passa pelo corpo, pela inteligência, insônia, sonhos, pela transformação da relação de si consigo mesmo, Dejours (2013, 2016) denomina de zelo ou trabalho vivo. Desta forma, o trabalho convoca a subjetividade ao nível das camadas mais íntimas, no corpo, lugar da experiência subjetiva e da inteligência. A inteligência tem seu lugar no corpo por inteiro, uma vez que é preciso vivenciar afetivamente a relação com o real e, para isso, é necessário um corpo. O corpo aqui retratado não é o biológico, mas o corpo erógeno, subjetivo, o que está envolvido na expressividade, no gesto. Com efeito, há no trabalho de qualidade uma promessa de crescimento ao nível da sensibilidade e da inteligência do corpo, que é também uma promessa de realização de si mesmo.

Menezes (2012) destaca que, para Freud (1930), o trabalho é um instrumento que o homem criou para lidar com seu desamparo e viver em sociedade. Nesse sentido, é mola propulsora das criações culturais e a principal forma de inserção do indivíduo no campo social. No entanto, ao longo da trajetória laboral do homem, por um lado o trabalho vem adquirindo valor central na vida das pessoas e status de felicidade; por outro lado, lócus de sofrimento, seja pela relação do homem com outros homens ou pela ineficiência das formas de institucionalização do trabalho. A atividade profissional, exercício que favorece os relacionamentos com os outros homens, é fonte de satisfação libidinal se for livremente escolhida, isto é, se por meio de sublimação tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos (moções pulsionais) persistentes ou constitucionalmente reformados.

Baseado na psicanálise freudiana, Dejours (1986) afirma que o trabalho pode se tornar o mediador essencial na construção da saúde mental, como também conduzir à descompensação psíquica. O trabalho é gerador de sofrimento, na medida em que confronta as pessoas com imposições externas, favorecendo o adoecimento, podendo até mesmo, em determinadas condições, precipitar o suicídio; mas é também fonte de prazer, realização e emancipação, por representar oportunidade central de constituição da identidade e do desenvolvimento psíquico, permitindo ao trabalhador progredir, aprimorar-se, realizar-se. O trabalho em si não é nocivo à saúde; o que o torna nocivo é a forma como o mesmo é organizado pelo próprio homem. Seria mais favorável à saúde se ele fosse livremente escolhido e se sua organização fosse flexível aos seus desejos, necessidades e suas variações. O trabalho possibilita benefícios essenciais para a saúde mental quando permite a sublimação e se torna uma atividade socialmente valorizada, resultando em crescimento dos registros de sensibilidade do corpo, da identidade e do amor-próprio.

Antunes (2009) também argumenta com vigor acerca da centralidade do trabalho no mundo contemporâneo, afirmando que se trata de uma atividade central do ser social fundamental à vida humana, tanto para a construção da identidade quanto para a existência social do sujeito. Para ele, é impossível uma sociedade capitalista sem exploração do trabalho, já que o capital necessita do trabalho vivo para se reproduzir. Na medida em que a sociedade capitalista converte o trabalho em meio alienado e assalariado de subsistência, ele se transforma em mercadoria, frente a valorização do capital e, assim, passa a não mais satisfazer o trabalhador, podendo levar à degradação do sujeito.

Seguindo esse entendimento, trata-se de um grande desafio conseguir unir a eficiência do trabalho, mensurada em qualidade e quantidade de produtos e serviços, com a realização de si mesmo. Por isso, é fundamental conhecer o sentido ou a falta de sentido do

trabalho, uma vez que “[...] a questão da identidade, da realização de si mesmo, é central na construção da saúde mental e física [...]”, como bem lembra Dejours (2011, p. 446).

Com relação ao conceito de saúde, um aspecto importante de ser marcado é que Dejours (1986) critica a definição estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e como se fosse um estado estável que, uma vez atingido, pudesse ser mantido. A crítica está na impossibilidade de definir e de existir um perfeito e completo estado de bem-estar e de conforto. O organismo não se encontra num estado estável, pelo contrário, está o tempo todo em mudança. Sendo assim, saúde não é um estado de calma, de bem-estar e de ociosidade; é algo que muda constantemente, um objetivo a ser alcançado, do qual o indivíduo busca se aproximar e que é instável, pois é um processo que implica movimento. Em relação ao psiquismo, saúde não é ausência de sofrimento. Não se trata de acabar com o sofrimento, mas de lidar com ele buscando sua superação, de desejar mudanças e engajar a subjetividade na busca de soluções.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, teoria de Christophe Dejours que estuda a vida psíquica no trabalho, a saúde mental resulta dos modos como os sujeitos-trabalhadores reagem e agem frente ao sofrimento originado nos constrangimentos impostos pela organização do trabalho. Dessa forma, saúde no trabalho não significa ausência de sofrimento e o sofrimento não exclui o prazer, mas o potencial que cada trabalhador possui de utilização dos recursos internos e externos para transformação do sofrimento na busca pelo prazer e realização, como enfatiza Dejours (2011).

O autor afirma que “[...] para o bem-estar físico é preciso a liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo [...]”. Já bem-estar psíquico é “[...] a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida.” E, por fim, o bem-estar social é “[...] a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si.” (DEJOURS, 1986, p. 11). Nesse mesmo sentido, conforme Papparelli, Sato e Oliveira (2011), a saúde configura-se como um processo, e não um estado, no qual o mais importante é o ser humano enquanto sujeito, que tem condições e instrumentos para interferir naquilo que lhe causa sofrimento.

Essa concepção aproxima-se da definição de saúde de Georges Canguilhem, o qual afirma que a saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal. Saúde diz respeito à capacidade de o ser vivo estabelecer normas, de tolerar e enfrentar as infidelidades e as agressões do meio. Ser saudável significa, então, ser capaz de detectar, interpretar e reagir; é a capacidade de ficar doente e poder recuperar-se. A saúde é “[...] uma maneira de

abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais.” (CANGUILHEN, 2009, p. 79).

Nessa perspectiva, não há fato algum que seja normal em si, sendo indispensável considerá-lo no interior de uma relação entre organismo e meio ambiente. O que caracteriza a saúde é uma margem de tolerância aos acontecimentos do meio, a seu devir e sua história. A normalidade e a anormalidade fazem parte do campo da saúde, o que não implica a doença. A normalidade está relacionada com o meio e com o subjetivo – entender o normal para aquele indivíduo (CANGUILHEN, 2009).

Da mesma forma, a doença é a produção de novas normas de ajustamento entre o organismo e o meio ambiente. Com isso, não há distúrbio patológico em si; o que é anormal só pode ser entendido em relação a uma situação determinada, e o patológico só começa quando é reconhecido como tal pela consciência marcada pela experiência da doença, ou seja, só existe doença quando o indivíduo se sente doente – experiência subjetiva da doença. Como enfatiza Canguilhen (2009, p. 79), “É, portanto, para além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo.” Os conceitos de saúde e enfermidade devem ser pensados a partir da correlação que se estabelece entre determinações sociais e limites ou capacidades vitais. A capacidade de tolerância para enfrentar as dificuldades está, portanto, diretamente associada a valores biológicos e sociais.

Laurell (1982) e Laurell e Noriega (1989) também discutem o caráter social do conceito de saúde e doença, e compreendem o processo saúde-doença como um conjunto de relações e variáveis que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade. Isso significa que para explicar o processo saúde-doença, não bastam os fatores biológicos individuais: é necessário esclarecer como ele está articulado no processo social, já que a história social do indivíduo condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de que ele adoça de um modo particular.

Dessa forma, nota-se que, para todos esses autores mencionados anteriormente, saúde refere-se à possibilidade do sujeito participar, regular e interferir no meio muito mais que um referencial unicamente biológico. Diz respeito ao sujeito enredado na subjetividade, sujeito implicado, como ator na cena. Na vida, o reconhecimento das categorias saúde e doença só é possível no plano da experiência, portanto, como um processo social e político, pontos de vista da Saúde do Trabalhador e também da Psicodinâmica do Trabalho, os quais serão elucidados mais adiante nesse capítulo.

1.2 O mundo do trabalho: ontem e hoje!

O surgimento e a consolidação do capitalismo, em meados do século XVIII com a Revolução Industrial, ocorreram em diversos ciclos de crescimento e de crises, envolvendo um conjunto de transformações significativas nas diversas instâncias do ser social, com destaque para o mundo do trabalho. Dentre essas transformações, pode-se mencionar a difusão do modelo taylorista/fordista de organização do trabalho, da rígida especialização das tarefas e da racionalização da produção (ALVES, 2005; MERLO; LAPIS, 2007).

Antunes (2000) conceitua o taylorismo e o fordismo como um padrão produtivo capitalista desenvolvido nos Estados Unidos, ao longo do século XX, fundamentado na produção em massa, em unidades produtivas concentradas e verticalizadas, com um controle rígido dos tempos e dos movimentos, desenvolvidos por um proletariado coletivo e de massa, sob forte despotismo e controle fabril. O trabalho “taylorizado”, cujo objetivo é o aumento da produtividade e a organização é muito rígida, domina não somente a vida durante as horas de trabalho, mas invade igualmente o tempo fora do trabalho (DEJOURS, 1992). De acordo com Merlo e Lapis (2007), o modelo taylorista/fordista está associado à criação de uma estrutura organizacional rígida, hierarquizada, com especialistas de controle, normas burocráticas e vigilância permanente dos supervisores. E é essa rigidez que transforma o trabalho em atividade parcelada, repetitiva e sem sentido, retirando do indivíduo sua conquista da identidade no trabalho e sua capacidade criativa e, conseqüentemente, gerando o sofrimento psíquico ou mesmo as doenças físicas e psíquicas.

A partir da década de 1970, o mundo do trabalho vivenciou uma situação fortemente crítica, devido à crise estrutural do capital, que se abateu no conjunto das economias capitalistas. As transformações ocorridas no mundo do trabalho na virada do século XX para o XXI, resultantes da reestruturação produtiva, marcam o “novo capitalismo”, fundamentado na ascensão do ideário neoliberal, caracterizado por: intensa flexibilidade e desestruturação do Estado e de sua rede de proteção de políticas públicas, em que o mercado aparece como regulador da sociedade, em especial, da relação entre o capital e o trabalho; enfraquecimento do movimento sindical; intensificação da exploração da força de trabalho; expansão de formas de trabalho precárias; fragilização dos vínculos, com estímulo ao individualismo e à competitividade; gradual desaparecimento de carreiras estáveis; a elevação das taxas de desemprego; crescimento da exclusão social; esvaziamento vivenciado a partir do empobrecimento do significado do trabalho que afeta as demais dimensões da vida social, laços familiares; além do sequestro do tempo e da subjetividade, por exemplo, com a

contradição entre os tempos sociais do trabalho (ritmos, intensidade, regimes de turnos, hora extra, banco de horas) e os biorritmos dos indivíduos, provocando acidentes e patologias, inclusive mentais (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; MERLO; LAPIS, 2007; NAVARRO; PADILHA, 2007).

Segundo Gaulejac (2007), no fim do século XX, o capitalismo industrial sofre uma transformação, na qual a lógica financeira substitui a lógica da produção, predominando a flexibilidade, desempenho, rentabilidade, imediatismo, o que levou à precarização do trabalho. Para o autor, a ideologia empresarial dominante – ideologia gerencialista – considera a regulamentação do trabalho e o intervencionismo do Estado como um obstáculo para a liberalização dos mercados, e se preocupa com o consumismo dos clientes, com o desempenho e a rentabilidade dos trabalhadores e a apresentação de resultados. O poder econômico procura impor suas regras à sociedade, de modo que os trabalhadores fiquem submissos a suas exigências e até mesmo o ritmo da vida humana deve adaptar-se aos ritmos do trabalho. Nesse sentido, a gestão gerencialista explora os modos de subjetivação do trabalhador, abusando do uso das defesas psíquicas para manter o trabalhador produtivo e desconhecedor das causas de sua angústia: alienado.

Como consequência, no capitalismo contemporâneo, o padrão produtivo taylorista e fordista vem sendo crescentemente substituído ou alterado pelas formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas, das quais a chamada acumulação flexível e o modelo japonês ou toyotismo são exemplos, conforme ressalta Antunes (2000). O toyotismo pode ser entendido como um modelo de organização do trabalho que nasce a partir da fábrica Toyota, no Japão, após o término da Segunda Guerra Mundial (1945), e que vem se expandindo pelo Ocidente capitalista, tanto nos países avançados quanto naqueles que se encontram subordinados. Trata-se de uma forma de organização do trabalho variada e bastante heterogênea, fundamentada no trabalho operário em equipe, com multivariada de funções; com produção vinculada à demanda; e que tem como princípio o *just in time*, o melhor aproveitamento possível do tempo de produção. Esse modelo horizontaliza e terceiriza o processo produtivo.

O toyotismo tem como objetivos elevar a produtividade, reduzir custos e promover um controle preciso da qualidade. A polivalência e a rotatividade de operações são formas de garantir a continuidade e o ritmo da produção diante das ausências, das pausas e das dificuldades (ALVES, 2008; MERLO; LAPIS, 2007). Esta forma flexibilizada de acumulação capitalista, baseada na reengenharia, na empresa enxuta, teve consequências enormes no mundo do trabalho (ANTUNES, 2000; ANTUNES; ALVES, 2004).

Antunes (2007) propõe que há uma ‘*nova morfologia do trabalho*’ com desenho multifacetado, fruto da reestruturação produtiva. No mundo contemporâneo, há um novo tipo de trabalho mais ‘polivalente’ e ‘multifuncional’, que o autor denomina de ‘*concepção ampliada de trabalho*’, com as seguintes características: 1) redução do proletariado estável, herdeiro da fase taylorista/fordista; 2) aumento do novo proletariado fabril e de ‘serviços’ presente nas diversas modalidades de trabalho precarizado – os terceirizados, subcontratados, temporários e *part-time*; 3) aumento significativo do trabalho feminino, porém, com remuneração inferior ao trabalho realizado por homens; 4) crescente exclusão dos jovens com idade para ingresso no mundo do trabalho que, sem perspectiva de emprego, submetem-se a trabalhos precários; 5) exclusão dos trabalhadores considerados ‘idosos’, com idade próxima dos 40 anos, que dificilmente reingressam no mercado de trabalho se submetendo a trabalhos precarizados do tipo informais e voluntários; 6) inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho; 7) expansão do ‘Terceiro Setor’ como alternativa de ocupação profissional; 8) expansão do trabalho domiciliar, por meio das tecnologias de informação, em que uma das grandes consequências é a exploração do contingente feminino.

De acordo com Antunes (2002), não há, nos dias de hoje, uma prevalência de um ou outro regime de acumulação. O que se evidencia é que o fordismo e o taylorismo já não são únicos e passam a interagir com processos flexíveis de trabalho. Neste novo modelo neoliberal de desregulamentação, flexibilização, terceirização e privatização, o capital é supervalorizado em detrimento da força humana de trabalho, que só conta enquanto parcela imprescindível para a reprodução deste mesmo capital, precarizando as relações de trabalho e os direitos sociais, disseminando o desemprego (ANTUNES, 2000).

Conforme Antunes (2009) e Seligmann-Silva (2011), a precarização surge com o objetivo de recuperar as formas econômicas, políticas e ideológicas da dominação burguesa, e recai em um dos maiores alicerces da identidade e da saúde, desconsiderando o reconhecimento do trabalhador como pessoa e o trabalho por ele realizado. Sendo assim, essa nova fase do capitalismo, marcada por transformações no mundo produtivo, afeta também a classe trabalhadora (MERLO; LAPIS, 2007). Estas mutações criaram uma classe trabalhadora mais heterogênea, fragmentada e complexificada, “[...] dividida entre trabalhadores qualificados e desqualificados, do mercado formal e informal, jovens e velhos, homens e mulheres, estáveis e precários, imigrantes e nacionais, brancos e negros etc. [...]” (ANTUNES, 2000, p. 43).

A classe trabalhadora, segundo Antunes (2007, p. 14), abarca a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda de sua força de trabalho, não se restringindo aos trabalhadores manuais diretos, em que é preciso incorporar:

[...] a totalidade do trabalho social e coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria, seja ela material ou imaterial, em troca de salário. E devemos incluir também o enorme contingente sobrando de força de trabalho que não encontra emprego, mas que se reconhece enquanto parte da classe trabalhadora desempregada.

Além disso, deve-se incluir também o proletariado rural. Trata-se da *classe-que-vive-do-trabalho*, da classe trabalhadora de hoje, um conjunto de seres sociais que vivem da venda de sua força de trabalho. Como ressalta Antunes (2007, p. 21), “Só não fazem parte da classe trabalhadora moderna, os gestores do capital, pelo papel central que exercem no controle, gestão e sistema de mando do capital [...]”, assim como os pequenos proprietários rurais e urbanos, pequenos empresários e aqueles que vivem de juros e especulação.

Um dos efeitos para a *classe-que-vive-do-trabalho* diz respeito aos graves prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores, em consequência de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado da produção, fadiga e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (DEJOURS, 1992).

Para Navarro e Padilha (2007), tanto o taylorismo, o fordismo, como o toyotismo são formas de intensificação e controle do trabalho, que ferem os direitos e a subjetividade do trabalhador, gerando perdas para a classe trabalhadora do ponto de vista financeiro e também de sua saúde física e psíquica. O que varia, em diferentes momentos, são as formas disto se objetivar. Além disso, em uma revisão de Laurell e Noriega (1989) acerca dos reflexos de diferentes processos de produção sobre a saúde dos trabalhadores, os autores verificam que a dominação e o controle do capital sobre o trabalho – resultado das transformações que levam do trabalho artesanal ao taylorismo, passando pelo fordismo e a automação – intensificam-se e diminuem as possibilidades de o trabalhador ter controle sobre seu próprio trabalho.

Essas formas de organização do trabalho, que representam a separação entre concepção e execução e a apropriação capitalista do saber-fazer dos trabalhadores, procuram converter o sujeito-trabalhador em objeto, em fator objetivo do processo de produção, em coisa sem subjetividade. Afinal, como lembra Antunes (2002), numa sociedade em que o trabalho ainda ocupa um espaço/tempo central na vida social e individual, sua precarização dificulta o processo de identificação e construção de si, afetando a saúde dos trabalhadores.

Dejours (1986) ressalta que a Psicodinâmica do Trabalho possibilita uma compreensão contemporânea sobre a subjetividade no trabalho, e afirma que, para estudar o processo saúde-doença relacionado ao trabalho, é importante considerar as condições de trabalho e a sua organização. Para o autor, condições de trabalho referem-se a características físicas, químicas e biológicas presentes no ambiente laboral que atuam sobre a saúde dos trabalhadores. Já a organização do trabalho, define-se a partir de dois elementos: a) a divisão de tarefas, que atinge o nível do funcionamento psíquico, mobilizando sentimentos de afetividade, solidariedade e confiança, que diz respeito ao modo operatório e ao conteúdo das tarefas, o que atinge diretamente a motivação no trabalho; e b) a divisão dos homens, referindo-se às relações interpessoais e de hierarquia, o que atinge diretamente a questão do poder e do controle no trabalho; o grau de autonomia nas atividades, e as possibilidades de cooperação e comunicação.

A tarefa é aquilo que é prescrito pela organização do trabalho; diz respeito ao que deve ser feito segundo definições precisas e oficiais; define o objetivo a ser atingido, assim como o caminho a ser percorrido, ou seja, o modo de operacionalização do trabalho. A atividade se refere ao que concretamente fazem os trabalhadores, o que é efetivamente realizado, ao trabalho real (DEJOURS, 2009).

Nesse quadro, há um hiato irredutível entre o trabalho prescrito (a tarefa) e o trabalho real (o trabalho efetivo), e quanto maior esta distância, maior a chance de adoecimento do trabalhador. A organização prescrita do trabalho baseia-se na ideia – que reina sobre o mundo do trabalho desde Taylor – de que é possível prever o desenvolvimento, as etapas do processo de trabalho. Mas é impossível para os trabalhadores respeitarem as prescrições em sua totalidade, pois precisam lidar com acontecimentos inesperados, incidentes, paneles, defeitos, acidentes e imprevistos que inevitavelmente surgem para atrapalhar o funcionamento da produção, exigindo do trabalhador constantes ajustes, adaptação, reparos, inventividade, mobilização da inteligência, ou seja, um envolvimento total de sua subjetividade. Para que o trabalho corra bem, é preciso que o trabalhador invente e acrescente sobre as prescrições para que o sistema funcione. Assim sendo, mesmo que a organização do trabalho seja rigorosa e as prescrições sejam claras, o processo de trabalho só funcionará e terá qualidade se o trabalhador tiver espaço e oportunidade para exercer nele sua subjetividade, isto é, se a ele for permitido pensar, criar, acrescentar (DEJOURS, 2009, 2011, 2013, 2016).

Trabalhar é falhar e também ser capaz de suportar o insucesso o tempo que for necessário para encontrar a solução que permita superar o real. A cada nova configuração do real encontrado no trabalho, há a exigência do desenvolvimento de novas aptidões. É o

confronto com o real do trabalho que possibilita uma transformação dos sujeitos, o que os torna mais inteligentes, mais hábeis e com maior sensibilidade. Essa experiência do real é acima de tudo afetiva, na medida em que gera sentimentos de surpresa, nervosismo, irritação e impotência. Portanto, trabalhar implica a capacidade de lidar com o real, até encontrar a solução que permitirá superá-lo e para tanto, é preciso se engajar completamente, de corpo e alma, com toda sua subjetividade. A solução vem da capacidade de resistir ao fracasso, isto é, da capacidade de sofrer. O sofrimento é o que move o sujeito que trabalha a buscar a solução para se libertar desse sofrimento que o aflige (DEJOURS, 2013, 2016).

O mesmo hiato que existe no nível individual entre tarefa e atividade, no nível do trabalho coletivo, tem-se um hiato entre coordenação e cooperação, conforme enfatiza Dejours (2009, 2013, 2016). A tarefa está para a atividade assim como a coordenação está para a cooperação. A coordenação se refere à organização do trabalho como é concebida, as prescrições, as injunções para trabalhar em conjunto. Ela ordena a divisão das tarefas, o que está atribuído e a quem está atribuído, as prerrogativas de cada um, as limitações de papéis e de funções. É o lugar do exercício do poder e do domínio.

Já a cooperação repousa sobre a capacidade das pessoas de interpretar as ordens prescritas, porém uma interpretação compartilhada pela equipe. O trabalho em equipe torna possível a realização de defesas coletivas, uma atitude tomada coletivamente contra o sofrimento. Para isso, aqueles que se esforçam para trabalhar juntos como um coletivo, precisam reorganizar a divisão das tarefas e os recursos humanos, criando regras práticas, aceitas e respeitadas por todos, e estabelecendo relações de confiança, capacidade de exprimir e defender suas opiniões, bem como de escutar os outros. Para poder cooperar, o trabalhador precisa correr riscos, como mostrar o que faz e dizer o que pensa. Tudo isso consiste em acordos consensuais sobre as maneiras de se fazer e de trabalhar, sobre as responsabilidades e as obrigações de cada um, isto é, na decisão coletiva sobre “como” trabalhar em conjunto. Quando o acordo consensual não pode ser atingido, é necessário construir regras que organizem a convivência e estruturem o trabalho concreto (DEJOURS, 2013, 2016).

Diante do exposto, abrem-se as seguintes questões: *sob quais condições de trabalho os psicólogos da Atenção Básica desempenham suas atividades? Como está organizado o processo de trabalho destes profissionais?*

1.3 A construção do campo Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador tem como objeto de estudo o processo saúde-doença relacionado ao trabalho. É importante lembrar que, em seu conceito original, o processo de trabalho diz respeito ao modo de acumulação de capital no trabalho produtivo industrial-fabril. Os diversos acontecimentos históricos, como as sucessivas revoluções tecnológicas na produção e as transformações econômicas do pós-Guerra (1945), permitem repensar o processo de trabalho e sua organização (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Atualmente, tal conceito vem sofrendo profundas transformações decorrentes da nova lógica produtiva. No “novo capitalismo”, o processo de trabalho é toda atividade orientada para um fim, que resulta na produção de valores de uso, de bens, processo técnico, social e econômico; é o meio para o processo de valorização, da produção da *mais-valia*, do lucro. O acúmulo do capital leva à exploração do trabalho, à apropriação dos meios de produção do trabalho excedente, ao controle do processo de trabalho, expropriando o “saber-fazer” dos trabalhadores. Sendo assim, o processo de trabalho é a materialização do processo de valorização e divisão do trabalho. Em outras palavras, trata-se da concretização da *mais-valia*, de modo que não é qualquer produção que interessa, mas a produção com lucro, e a saúde dos trabalhadores é secundária à produção com lucro (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Considerando o processo saúde-doença relacionado ao trabalho, em revisão de Mendes e Dias (1991), os autores mostram que, paralelamente ao processo de industrialização descrito anteriormente, surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, a Medicina do Trabalho enquanto especialidade médica. Nessa época, o consumo da força de trabalho – resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção – exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. A Medicina do Trabalho constitui fundamentalmente uma atividade médica, realizada nos locais de trabalho, centrada na figura do médico, com foco na adaptação dos trabalhadores às suas condições de trabalho, visando à produtividade. Neste sentido, a preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores, associada à inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência pública à saúde, consolidou-os como instrumento de criação da dependência do trabalhador e manutenção do controle de sua força de trabalho.

No contexto econômico e político de evolução acelerada da tecnologia industrial, bem como da Segunda Guerra Mundial e do pós-Guerra (1945), tem-se o aumento do número de acidentes, doenças e incapacidades provocadas pelo trabalho e, consequentemente, o aumento da insatisfação tanto dos trabalhadores, quanto dos empregadores, ávidos de mão-de-

obra produtiva e onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados, conforme Mendes e Dias (1991). Dentre os desdobramentos deste processo, desvela-se a relativa impotência da Medicina do Trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Surge a Saúde Ocupacional dentro das grandes empresas, enfatizando a ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões.

No entanto, a partir do final dos anos 60, surgiam as críticas à concepção positivista e onipotente da medicina, e o modelo da Saúde Ocupacional, desenvolvido para atender a uma necessidade da produção, também apresentou-se insuficiente, devido à manutenção das características básicas de uma visão empirista e positivista e de uma prática clínica medicalizada, de cunho individual – que privilegia o diagnóstico e o tratamento dos problemas orgânicos, e negligencia a subjetividade do trabalhador –, voltadas exclusivamente para os trabalhadores engajados no setor formal de trabalho. O fracasso de tal modelo ocorria diante de um cenário marcado pela renovação, revigoramento e redirecionamento de um movimento social; pelo questionamento do sentido da vida, do valor da liberdade, do significado do trabalho na vida etc. (LACAZ, 2007; MENDES; DIAS, 1991).

No início dos anos 1970, a medicina social latino-americana se destacou como um marco dentre as abordagens da medicina, enfatizando um modelo no qual se investiga o processo saúde-doença, e que o processo de trabalho se destaca como umas das mais importantes determinações (LAURELL; NORIEGA, 1989). Nesse contexto, fortalece-se a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade é colocada no trabalho enquanto organizador da vida social, e surge uma nova prática no âmbito das relações trabalho X saúde: a Saúde do Trabalhador. Trata-se de um campo em construção no espaço da Saúde Pública, cujo objeto é o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Nesta abordagem, conforme Mendes e Dias (1991), os trabalhadores assumem o papel ativo, de sujeitos capazes de pensar e de buscar o controle sobre as condições e os ambientes laborais, para torná-los mais saudáveis. Além disso, buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso à saúde.

Segundo autores como Lacaz (2007), Mendes e Dias (1991) e Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003), com a contribuição das ciências sociais na compreensão da Saúde do Trabalhador – que considera a dimensão social e histórica do trabalho e do processo saúde-doença –, foi possível uma ruptura com as concepções hegemônicas da Medicina do Trabalho

e da Saúde Ocupacional, as quais estabelecem um vínculo causal entre a doença e os fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, desconsiderando a subjetividade, além de se expressarem na atuação autoritária dos profissionais de saúde e na alienação e desinformação do trabalhador.

De acordo com os autores citados no parágrafo anterior, no campo Saúde do Trabalhador, busca-se conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença, privilegiando medidas de prevenção e incorporando o conhecimento dos trabalhadores, procurando compreender o sentido que eles conferem ao cotidiano do trabalho, suas formas de ser, sentir, perceber e agir, considerando o trabalhador como sujeito – com sua singularidade, com sua história – que, ao interagir com as condições objetivas, elabora categorias próprias de pensamento e ação. Em poucas palavras, a Saúde do Trabalhador destaca o lado humano do trabalho e a proteção contra agravos à saúde dos trabalhadores.

O campo Saúde do Trabalhador surge, então, em meio a um intenso processo político e social de mudança no âmbito das relações trabalho e saúde. Tem como características: manter-se em permanente construção, no contexto da Saúde Pública; denunciar a insuficiência do sistema de saúde na resolutividade das necessidades de saúde dos trabalhadores; o surgimento de novas práticas sindicais, prezando a melhora da qualidade de vida dos trabalhadores; a influência do trabalho na determinação do processo saúde-doença; o desvelamento de doenças profissionais clássicas e “novas” doenças relacionadas ao processo produtivo (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005; PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

1.4 Saúde Mental Relacionada ao Trabalho – SMRT

A Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) é um subcampo, ainda em construção, da Saúde do Trabalhador que reconhece o processo saúde-doença relacionado ao trabalho na sua dimensão psíquica, ou seja, a persistência dos problemas de saúde mental no campo do trabalho, a manifestação do sofrimento como transtorno psíquico resultante da relação sujeito e trabalho precarizado. Parte do pressuposto de que o trabalho é um elemento de construção de subjetividades, que pode interferir ou até mesmo contribuir para a relação saúde-doença mental (SELIGMANN-SILVA, 2009).

De fato, algumas características do processo de trabalho são traduzidas em cargas de trabalho e se expressam no aumento da prevalência de doenças e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho (ALVES, 2005, 2008; BRASIL, 2006).

Para Dejours (1992), a saúde física e as condições de trabalho são fontes de perigo para o corpo. Mas há também a carga (de trabalho) psíquica inerente ao trabalho perigoso, como por exemplo, a vivência do medo, da tensão nervosa, da ansiedade. Esta carga existe e contribui parcialmente para o sofrimento sentido, muitas vezes manifestado pelos problemas de sono e, sobretudo, pelo consumo de medicamentos psicotrópicos – ansiolíticos durante o dia, soníferos à noite e psicoestimulantes pela manhã. O autor afirma que as pessoas estão utilizando cada vez mais frequentemente substâncias psicoativas, numa tentativa de lidar com a solidão, o sofrimento no trabalho, a sobrecarga, o medo, o medo dos outros, bem como de ir além do limite do corpo fisiológico e do que suas capacidades psíquicas as permitiriam fazer (DEJOURS, 2016).

Seligmann-Silva (2011) também deixa claro o seu entendimento sobre a participação do trabalho na produção de transtornos mentais, considerando possíveis tanto o papel desencadeador, quanto o de produtor dos agravos. Para a autora, o sofrimento pode ser examinado em suas diferentes configurações, como fadiga, depressão, distúrbios psicossomáticos, síndromes neuróticas, reações psicóticas, alcoolismo etc.

Papparelli, Sato e Oliveira (2011, p. 124) consideram que o trabalho, tal qual se configura em suas condições e organização, frequentemente produz adoecimentos, ou seja, que as psicopatologias do trabalho derivam da organização do processo de trabalho. De acordo com os autores:

[...] os elementos presentes na organização e no ambiente do trabalho (divisão do trabalho, conteúdo das tarefas, ritmo de trabalho, relações de poder, condições ambientais, formas de avaliação e controle, hierarquias etc.) são entendidos como “fontes laborais de tensão”, que provocam o desgaste que se manifesta por diferentes configurações. Esse conceito, por sua abrangência, propicia o avanço dos estudos do campo SMRT [...].

Segundo Papparelli, Sato e Oliveira (2011) e Seligmann-Silva (2011), a SMRT trata-se de um subcampo multidisciplinar em que a multiterritorialidade implica os seguintes patamares de análise: *patamar internacional*, *patamar nacional*, *empresas* e *espaço microsocial do local do trabalho*. No *patamar internacional*, busca-se compreender a divisão internacional da riqueza, do poder e do trabalho. No *patamar nacional*, as análises concentram-se na compreensão das determinações estruturais, conjunturais, políticas, econômicas e de desenvolvimento social, legislação trabalhista e garantia de direitos, dentre outros, e engloba as *condições gerais de vida*, que incluem moradia, saneamento básico, transporte, alimentação, e que podem elevar o desgaste dos trabalhadores. No nível das

empresas, interessam as relações de trabalho, tipos de gestão, políticas de recursos humanos e possibilidades de controle dos trabalhadores, o que configuram situações de trabalho saudáveis ou não. No *espaço microssocial do local do trabalho*, procura-se o entendimento sobre as dinâmicas intersubjetivas e aspectos coletivos, assim como a individualidade, que abarca a trajetória pessoal e individual, a qual se confrontará com as forças dos demais territórios examinados e penetrará nas malhas de suas interações.

Nesse quadro, o desafio para os pesquisadores da SMRT, como ressalta Seligmann-Silva (2011), é integrar, de modo compreensivo, as contribuições de autores que se preocupam em analisar as instâncias *macrossociais* com os autores que estudam os fenômenos *microssociais* nas equipes e locais de trabalho, além daqueles que detectam a complexidade da dinâmica intrapsíquica decorrente da vida laboral.

De acordo com Seligmann-Silva (2011), considerada referência no subcampo da SMRT no Brasil, é possível agrupar os principais referenciais teóricos e modelos neste subcampo da seguinte forma: 1) teoria do estresse, 2) perspectivas psicanalíticas e 3) desgaste mental.

À semelhança de Seligmann-Silva, Jacques (2003) propõe quatro amplas abordagens que se articulam por percursos diversos com a Psicologia e com a Psicologia Social em particular: 1) as teorias do estresse; 2) a Psicodinâmica do Trabalho; 3) as abordagens de base epistemológica e/ou diagnóstica e 4) os estudos e pesquisa em subjetividade e trabalho.

As abordagens de base epistemológica e/ou diagnóstica – baseadas na epidemiologia e no modelo da determinação social da doença, com a aplicação dos conhecimentos das ciências sociais – reconhecem que o trabalho tem caráter essencial na determinação do adoecimento mental. Tal proposta preconiza a articulação entre o subjetivo e o objetivo, bem como a utilização de abordagens qualitativas e quantitativas. Já a temática subjetividade e trabalho está alicerçada em postulados do campo das ciências sociais e busca, por meio de abordagens qualitativas sem privilegiar os diagnósticos clínicos, analisar as experiências e vivências adquiridas no mundo do trabalho pelo sujeito trabalhador, em outras palavras, valoriza os aspectos qualitativos relacionados aos processos de adoecimento associados ao trabalho (JACQUES, 2003).

Os modelos com origem na teoria do estresse têm o referencial básico vinculado à Fisiologia, estando coerentes com a perspectiva positivista dominante nos estudos da Medicina e com a visão behaviorista. Tal teoria analisa os estressores ligados ao trabalho, utilizando o modelo demanda-controle. Entretanto, é uma teoria que apresenta diversas limitações, em especial, a impossibilidade de uma análise da complexidade das interações

entre os estressores vinculados as situações de trabalho (JACQUES, 2003; SELIGMANN-SILVA, 2011).

As correntes teóricas que se assentam na Psicanálise – a partir de Freud e outros psicanalistas importantes como Klein, Bion e Winnicott, dentre outros – concentram-se nos processos subjetivos e intrapsíquicos, bem como examinam os processos intersubjetivos e, por conseguinte, as relações interpessoais e as características dos laços sociais. Esta perspectiva tem sido bastante utilizada em estudos realizados no Brasil, especialmente a abordagem da “psicodinâmica do trabalho”, desenvolvida por Christophe Dejours, que acrescenta à SMRT a noção de sofrimento psíquico, objeto central desta teoria e que avança para o estudo de fenômenos de caráter coletivo que têm lugar nos locais de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011). Trata-se do referencial teórico de base desta pesquisa e, por isso, será mais bem discutido no próximo tópico.

Um modelo associado à corrente que tem como fundamentação teórica o materialismo dialético e a perspectiva histórica, e que vem sendo adotado no Brasil, é o desgaste mental, desenvolvido por Edith Seligmann-Silva e que tem como base as noções de desgaste e cargas de trabalho desenvolvidas por Asa Cristina Laurell e Mariano Noriega. Essa concepção está vinculada à ideia de consumo do substrato e das energias vitais do trabalhador pelos processos de trabalho.

Seligmann-Silva (2011, p. 85) define que a carga de trabalho “[...] representa o conjunto dos esforços desenvolvidos para atender às exigências das tarefas. Esse conceito abrange os esforços físicos e mentais, que por sua vez compreendem os cognitivos e os psicoafetivos (mobilização de sentimentos, controle emocional)”. Os psicoafetivos constituem as cargas psíquicas, que variam de acordo com o tipo de atividade e características da situação de trabalho a qual o indivíduo está inserido, podendo ser constituído por diversos sentimentos, como medo, repugnância, raiva e vergonha. Essas cargas interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, do que decorre o possível desgaste dos trabalhadores, resultante dos processos adaptativos que ocorrem em cada trabalhador.

A autora propõe a categoria “desgaste mental” para melhor compreender os transtornos mentais, cognitivos e psicoafetivos. Segundo ela, o desgaste “[...] é visualizado como produto de uma correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença.” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 135). O desgaste humano configura-se a partir de situações em que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador são consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados, e poderá se agravar de acordo com a

vulnerabilidade humana, a qual será mais intensa quanto maior for a precariedade das condições de vida e quanto menor for o respeito aos direitos humanos fundamentais e à cidadania.

O desgaste mental relacionado ao trabalho pode ser caracterizado em três níveis: 1) o desgaste literal ou orgânico – aquele em que ocorrem alterações físicas do sistema nervoso ocasionado por substâncias tóxicas como: metais pesados (chumbo, mercúrio e outros), solventes (estireno, tolueno e outros), metanol e outros produtos, levando a déficits intelectuais e transtornos mentais; 2) o desgaste funcional e as variações do mal-estar, relativas a fadiga física e mental, também conhecidas como “cansaço geral”, o qual pode se acumular ao longo do tempo desencadeando distúrbios do sono, irritabilidade, cansaço que não cede ao sono diário, desânimo, dores e até perda de apetite, afetando, em especial, o humor e a sociabilidade; 3) o desgaste da subjetividade, atingindo a identidade do trabalhador, por meio do ataque a dignidade e a corrosão dos valores, fruto das vivências vinculadas à gestão e à organização do trabalho.

O contexto de trabalho marcado pela lógica da gestão flexível visa o controle da subjetividade dos trabalhadores e a eliminação da cooperação entre eles e, por isso, é incapaz de garantir condições de trabalho minimamente adequadas à saúde física e mental dos trabalhadores. Como bem ressaltam Antunes e Praun (2015, p. 423), “As mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho.”

Assim sendo, conforme enfatiza Dejours (2009), os desgastes psíquicos causados pelo trabalho contemporâneo estão ligados à evolução do mundo do trabalho e da organização do trabalho. Este cenário tem gerado o aumento do sofrimento psíquico no trabalho e o crescente interesse em compreender as consequências dessas mudanças. Lancman (2011, p. 42) coloca que:

Entender a influência da organização do trabalho na qualidade de vida, na saúde mental, na geração de sofrimento psíquico, no desgaste e no adoecimento dos trabalhadores é de fundamental importância não somente para a compreensão e para a intervenção em situações de trabalho que possam acarretar diversas formas de sofrimento, mas para a superação e a transformação dessas organizações.

No entanto, analisar o conteúdo do trabalho em termos de exigências ou obrigações é insuficiente. E mesmo assim, ainda poucas pesquisas se preocupam com o conteúdo

simbólico e os aspectos invisíveis do trabalho, com as relações subjetivas do trabalhador com sua atividade, com o sofrimento gerado pelo trabalho e com seus efeitos sobre a saúde dos sujeitos.

Segundo Dejours (1992), é fundamental não negligenciar a avaliação subjetiva dos trabalhadores. A vivência subjetiva é um objeto privilegiado de análise das condições de trabalho e do trabalhador. Só é possível identificar elementos específicos da organização do trabalho por meio da fala dos trabalhadores, do discurso manifesto e latente, da análise da palavra, que se constitui mediadora entre representações psíquicas e a realidade. Na vivência dos trabalhadores, a inadaptação entre as necessidades provenientes da estrutura mental e a tarefa traduz-se por uma insatisfação ou por um sofrimento, ou até mesmo por um estado de ansiedade raramente precisada e explicitada pelo próprio trabalhador.

É pelo exposto acima que esta pesquisa se utilizará de metodologia qualitativa – como as entrevistas e o grupo focal – para melhor captar a subjetividade dos trabalhadores em questão. Afinal, *o que os psicólogos têm a dizer de suas vivências no trabalho na Atenção Básica? Será que são ouvidos em suas queixas e necessidades?*

1.5 As contribuições da Psicodinâmica do Trabalho

Proposta em 1992, a Psicodinâmica do Trabalho pode ser definida como “[...] análise dinâmica do sofrimento e de sua transformação em prazer pelo reconhecimento.” (DEJOURS, 2011, p. 92). A teoria considera que os homens não são passivos ante os constrangimentos organizacionais, mas sim capazes de se proteger dos eventuais efeitos nocivos sobre a saúde mental, construindo estratégias defensivas. Tem como foco o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para a superação e transformação da atividade laboral em fonte de prazer e de realização de si mesmo. Aborda não apenas o sofrimento, o homem e a organização do trabalho, mas também o prazer, o trabalho e as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna. Utiliza-se de conceitos que dão conta tanto do sofrimento, da loucura e da alienação, quanto do prazer e da normalidade, e volta a atenção para as defesas contra o sofrimento (DEJOURS, 2011, 2013).

Bouyer (2010), com base em trabalhos publicados por Dejours e colaboradores, destaca como eixos centrais da Psicodinâmica do Trabalho: 1) a importante contribuição do reconhecimento; 2) a construção da identidade; 3) o compromisso entre sofrimento e defesa; e 4) a sublimação como estratégia de enfrentamento.

Além da centralidade subjetiva do trabalho, este implica também, na maior parte das situações, a relação com o outro, o coletivo. Por isso, Dejours ressalta que o que mobiliza a maioria dos trabalhadores é a retribuição. Não tanto a material (salário, honorários, gratificações), que também é importante, mas a retribuição simbólica – o reconhecimento, ou seja, a gratidão pelo serviço prestado e o julgamento sobre a qualidade do trabalho realizado, de acordo com critérios extremamente rigorosos. Esse julgamento se faz sobre a utilidade econômica, social ou técnica da contribuição de um sujeito na organização do trabalho, e sobre a beleza do trabalho realizado por um trabalhador. Dessa forma, o sucesso da sublimação depende em boa parte do julgamento do outro e da lealdade de todos os envolvidos nesse reconhecimento. Apenas quando se obtém o reconhecimento da utilidade e da qualidade do trabalho é que o trabalhador tem a satisfação intensa da sua relação com o trabalho (DEJOURS, 2009, 2013).

Segundo o autor, quando o trabalho vivo é efetivamente julgado e orientado com vista a honrar a vida, os efeitos do trabalho sobre a identidade traduzem-se em acréscimo de autoestima. O reconhecimento tem, por esta razão, um impacto considerável sobre a identidade. É graças a ele que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho. Quando ocorre a falta de reconhecimento, os indivíduos se utilizam de estratégias defensivas para evitar o sofrimento, comprometendo a organização do trabalho. As estratégias defensivas são definidas como mecanismos pelos quais os trabalhadores buscam modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que os fazem sofrer. Conforme o autor, elas “[...] contribuem para a ocultação da realidade do sofrimento e de seu relacionamento dinâmico com o trabalho.” (DEJOURS, 2011, p. 97).

Dejours (1992) ressalta que o sentido do trabalho não se esgota nos índices e nos salários. Trata-se mais da imagem de si que repercute do trabalho, tanto mais honroso se a tarefa é complexa, tanto mais admirada pelos outros se ela exige mais conhecimento, responsabilidade, riscos. Contudo, quando o trabalhador aceita colocar o seu zelo a serviço de ordens e de prescrições que desonram a vida, ele fragiliza as bases intrasubjetivas da sua identidade e se torna ainda mais dependente do reconhecimento da empresa para manter a sua identidade. O que é grave aqui, do ponto de vista psicopatológico, é que um recurso suplementar de sublimação é anulado, causando sofrimento ético – o sofrimento que desencadeia a experiência da traição de si mesmo (DEJOURS, 2013). Nessa perspectiva, é coerente lembrar a questão de Gaulejac (2007, p. 26): “Como conservar a autoestima quando devemos realizar atos contrários a nossos valores?”

Seligmann-Silva (2011) trata sobre o modo como as organizações podem influir nas transformações da personalidade. De acordo com a autora, à medida que a rigidez de tais estruturas organizacionais se eleva, haverá uma maior facilidade para construção de personalidades paranoicas entre seus membros. Para que a organização do trabalho seja benéfica para o trabalhador e não comprometa a sua saúde, é preciso considerar o desejo do indivíduo – somos seres de fala, de pulsões e de desejos – e que ele possa encontrar estratégias de defesa para lidar com o sofrimento. Certas organizações do trabalho favorecem a psicodinâmica do reconhecimento e permitem inscrever o trabalho como mediador insubstituível da saúde. Outras já desestruturam as condições do reconhecimento e da cooperação e minam as bases do viver em conjunto no trabalho (DEJOURS, 2009).

Dejours (2013, p. 27) afirma que “[...] as organizações do trabalho que impedem a sublimação, como o Taylorismo ou a avaliação individualizada do desempenho, são nocivas para a saúde mental.” Quanto mais a organização do trabalho é rígida e mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo. Correlativamente, o sofrimento aumenta, uma vez que nenhuma adaptação do trabalho à personalidade é possível. Nem mesmo as más condições de trabalho são tão prejudiciais quanto uma organização de trabalho rígida e imutável (DEJOURS, 1992).

O autor ainda acrescenta que não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento. A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento. Em outras palavras, o sofrimento começa quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação; quando um trabalhador usou de tudo de que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa; quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física (DEJOURS, 1992).

Dejours (2011) mostra que há dois tipos de sofrimento: o *sofrimento patogênico* e o *sofrimento criativo*. O *sofrimento patogênico* está relacionado à ausência de flexibilidade da organização do trabalho e surge quando há fracasso das possibilidades de adaptação ou de ajustamento do sujeito à organização do trabalho, gerando frustração, sentimento de injustiça, destruição de sua subjetividade. Já o *sofrimento criativo* é aquele que impulsiona o indivíduo, que o faz produzir, deslanchar, criando soluções favoráveis para sua vida e saúde em geral. O indivíduo mobiliza-se na transformação do seu sofrimento em algo benéfico para ele mesmo. Para isto, deve encontrar certa liberdade na organização do trabalho que ofereça margem de negociação entre as imposições organizacionais e o desejo do trabalhador. Considerando estes conceitos, *a partir do estudo da organização do processo de trabalho dos psicólogos da*

Atenção Básica, seria possível identificar a presença de sofrimento patogênico nestes trabalhadores?

Neste sentido, o trabalho é a oportunidade de aprender a se implicar no exercício democrático. Para que as pessoas consigam produzir acordos e as regras do trabalho – o que Dejours chama tecnicamente de atividade deôntica – é necessário que as pessoas falem dos respectivos trabalhos, que tenham um espaço de circulação da palavra, de tomar a palavra para si, mas também de escutar (DEJOURS, 2016). Dejours (1992) revela a importância da escuta dos trabalhadores para melhor compreender e dar visibilidade, dar sentido ao que acontece nas relações de trabalho, bem como conhecer as defesas individuais e coletivas contra o sofrimento, utilizadas pelos trabalhadores. Pensando no trabalho do psicólogo na Atenção Básica, *que tipo de estratégias defensivas esses profissionais utilizam para lidar com o sofrimento psíquico?*

Se não há espaços de fala e a democracia deixa de ocorrer no mundo do trabalho, então não haverá mais acordos entre as pessoas, não haverá mais a constituição de regras do trabalho, mas sim o cada um por si, a concorrência e competição desleal. Fato que vem acontecendo no mundo contemporâneo: com a evolução dos métodos de organização do trabalho e a vigência da política neoliberal, ao priorizar a performance individual, não tem havido espaço para a cooperação. Atualmente, os trabalhadores não contam mais com os suportes sociais – as estratégias coletivas de defesa – que os ajudam a suportar o peso das agruras impostas pelo trabalho, como é o caso dos sindicatos, por exemplo, que foram enfraquecidos. Por um lado, aumentou-se consideravelmente a pressão produtiva e, por outro, o isolamento e a solidão, de modo que, no lugar da confiança, da lealdade e da solidariedade, instala no mundo do trabalho o cada um por si, a deslealdade, a desestruturação do convívio (DEJOURS, 1992, 2009, 2016).

A partir dessas discussões sobre as condições e organizações de trabalho que interferem na saúde dos trabalhadores, sob a ótica do campo Saúde do Trabalhador, bem como da teoria Psicodinâmica do Trabalho, de Dejours, questiona-se: *o que a Saúde Pública tem a ver com isso?* De fato, as condições adversas de trabalho nem sempre foram consideradas e tratadas como uma questão de saúde pública. Contudo, os problemas de adoecimento mental continuam a demandar atendimentos em serviços públicos, afastamentos do trabalho e aposentadorias por invalidez (PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011). Como o objeto desse estudo é o trabalho do psicólogo da Atenção Básica, no próximo capítulo, serão abordadas algumas questões relativas à Saúde Pública e sua relação com a saúde do trabalhador, em especial, do psicólogo.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA

2.1 Saúde Pública no Brasil: entendendo um pouco melhor sobre o SUS

A Saúde Pública no Brasil se fundamenta na política da assistência integral do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis Federais nº 8.080/1990 e 8.142/1990, previsto na Constituição Federal de 1988, que detalha a organização e o funcionamento do sistema. O SUS tem como princípios e diretrizes: a *universalidade*, que assegura o direito e o acesso à saúde a todos os cidadãos sem discriminação; a *equidade*, que prioriza a oferta de ações e serviços aos grupos sociais mais vulneráveis, excluídos e com precárias condições de vida; a *integralidade*, que pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença e, assim, oferecer a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BRASIL, 1990; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Ainda conforme os autores acima, são princípios do SUS: a descentralização, a hierarquização, o direito à informação e a participação comunitária. O primeiro enfatiza tanto a municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, atribuindo ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços, quanto a regionalização da saúde, cujo objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população. Já a hierarquização busca ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados. E o direito à informação assegura ao cidadão usuário o domínio das informações sobre sua saúde individual e acerca dos riscos e dos condicionantes que afetam a saúde coletiva, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito. Por fim, a participação comunitária garante a participação dos cidadãos de maneira decisiva na definição e na execução da política de saúde, nas três esferas de governo, por meio de Conferências e Conselhos de Saúde, e participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde.

Para garantir o cumprimento de seus objetivos, o SUS oferece tanto serviços básicos de atenção à saúde, quanto ambulatoriais especializados e de diagnose e terapia, além da rede hospitalar de média e alta complexidade. De acordo com Cecilio (1997), o atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. No primeiro, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, com baixa complexidade

tecnológica, distribuídas de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adscritas), constituindo-se na porta de entrada para o acesso da população ao sistema de saúde, cujo objetivo é resolver os problemas médico-sanitários mais comuns e prioritários, a fim de prevenir a necessidade de atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Na atenção secundária, têm-se basicamente os serviços ambulatoriais, de complexidade tecnológica intermediária, com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como hospitais distritais. Já a atenção terciária é composta pelos serviços hospitalares de maior complexidade tecnológica, públicos ou privados, de caráter regional, estadual ou nacional, por meio dos serviços de urgência/emergência e ambulatoriais.

Apesar da magnitude da rede de serviços, constata-se dificuldade de integração entre eles e problemas de qualidade na atenção ofertada à população em muitas unidades, com prejuízos à integralidade do cuidado e repercussões negativas sobre a legitimidade do sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Segundo Mendes (2010), o atual sistema de atenção à saúde é fragmentado, ou seja, organizado de forma hierárquica e incapaz de prestar uma atenção contínua à população. Nesse tipo de sistema, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Dessa forma, a atenção primária à saúde não pode exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Em outras palavras, um sistema fragmentado dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada (LAVRAS, 2011). Além disso, caracteriza-se pela atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no cuidado médico; passividade da pessoa usuária; ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; financiamento por procedimentos (MENDES, 2010). De acordo com Paim (2009), este modelo piramidal, em que os serviços de saúde são disponibilizados de forma hierárquica em três níveis de atenção, é rotulado como modelo hospitalocêntrico, devido à concentração de recursos e tecnologias nos níveis secundário e terciário, sobretudo na assistência hospitalar.

Considerando que os sistemas de atenção à saúde devem estar organizados de forma a atender às necessidades de saúde das populações, o atual quadro de saúde da população brasileira exige profundas mudanças no SUS. Afinal, o Brasil ainda passa por uma transição epidemiológica, caracterizada pelo envelhecimento populacional; pela persistência de doenças

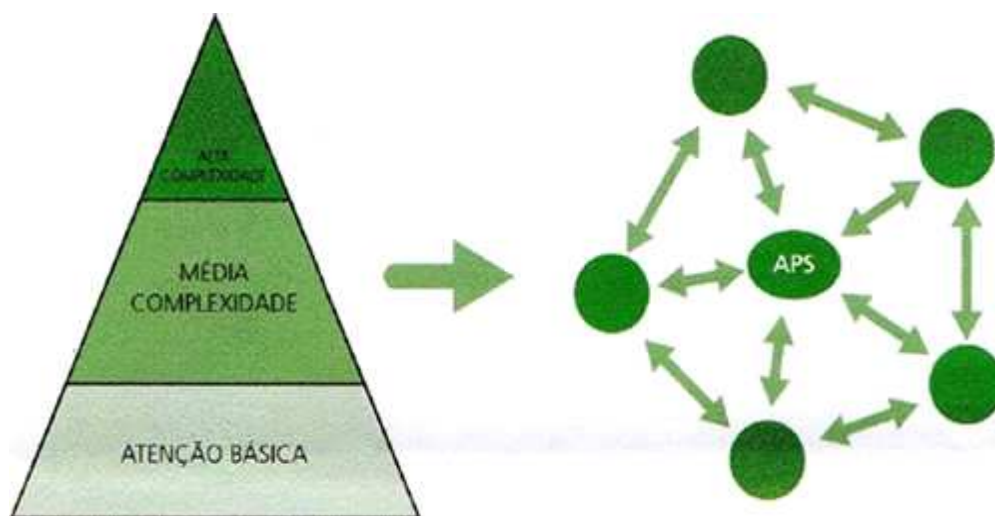
infecciosas e desnutrição; pelo ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas; pelo surgimento das novas doenças ou enfermidades; pelo significativo aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade. Entretanto, o SUS, da forma como está estruturado, ainda está mais preparado para o manejo clínico das condições agudas do que para o manejo clínico das condições crônicas (BRASIL, 2015b; LAVRAS, 2011).

Por isso, como enfatiza Mendes (2010), os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo, inclusive no Brasil. A crise contemporânea desses sistemas reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Os resultados esperados não são alcançados, não são suficientes ou estão em desacordo com alguns aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos que ocorreram na sociedade brasileira (BRASIL, 2015b).

Para Vasconcelos e Pasche (2006), a crítica aos modelos hierarquizados tem apontado a necessidade de superar a ideia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços. Também conforme Lavras (2011), entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se priorizar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros nesse momento.

Conscientes dessa situação, para superar o sistema fragmentado vigente, os gestores do SUS decidiram implantar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), institucionalizada por meio de publicações de Portarias e Decreto Presidencial, a fim de acolher e redefinir os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e que têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas. De acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2015b; LAVRAS, 2011; MENDES, 2010). A Figura 1 demonstra a transição do modelo piramidal – caracterizado sobretudo pela hierarquização e fragmentação da atenção à saúde – para as RAS, caracterizadas pela integralidade do cuidado.

Figura 1 – Transição do Modelo Piramidal para as Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011).

O objetivo da Rede de Atenção à Saúde é prestar atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, que atenda as reais necessidades da população adscrita, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do país, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas (BRASIL, 2015b). De acordo com Mendes (2010), nas RAS todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente, intercambiam constantemente seus recursos e convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas.

As RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica e, assim, implementar intervenções sanitárias e prover o cuidado para as pessoas, considerando o contexto de sua cultura e de suas preferências. Dessa forma, o conhecimento da população é de responsabilidade fundamental da atenção primária e envolve: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos (qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde); a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos (quantificação da gravidade dos riscos); e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2010).

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde, a estrutura operacional, apresenta cinco componentes: 1) a Atenção Primária à Saúde, constituída pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e pelo Programa de Saúde da Família (PSF); 2) os pontos de atenção secundários e terciários, formados pelos serviços mais densos tecnologicamente; 3) os sistemas de apoio, como os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde; 4) os sistemas logísticos, ancorados nas tecnologias de informação que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde; e 5) o sistema de governança, que consiste no arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a possibilitar a cooperação e a interdependência entre os atores sociais em situação, e obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita (MENDES, 2010).

Por fim, o terceiro elemento constitutivo das RAS refere-se aos modelos de atenção à saúde, os quais são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias (MENDES, 2010).

Paim (2009) mostra que, no Brasil, dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico, voltado para a demanda espontânea, e o modelo sanitarista, que busca atender necessidades que nem sempre se expressam em demandas. O modelo médico hegemônico apresenta os seguintes traços fundamentais: a) individualismo; b) saúde/doença como mercadoria; c) ênfase no biologismo; d) historicidade da prática médica; e) medicalização dos problemas; f) privilégio da medicina curativa; g) estímulo ao consumismo médico; h) participação passiva e subordinada dos consumidores. Já o modelo sanitarista remete à ideia de campanha ou programa (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária etc.), voltado para o atendimento de necessidade coletiva.

Em suma, as Redes de Atenção à Saúde são responsáveis por uma população definida; organizadas de forma poliárquica (não há hierarquia); por um contínuo de atenção (primária, secundária e terciária); de forma integral, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção, cura, cuidado, reabilitação ou palição das doenças; coordenadas pela atenção primária à saúde; orientadas para a atenção às condições agudas e crônicas; focadas no enfrentamento sistêmico de condições de saúde ou doenças; organizadas pelas necessidades

de saúde da população; e têm incentivos econômicos alinhados aos objetivos sanitários (MENDES, 2011).

Nessa perspectiva, a estruturação de Redes de Atenção à Saúde visa à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes. Tais processos precisam ser alicerçados na valorização e no reconhecimento da atenção primária como instância responsável pelo ordenamento do sistema e pela coordenação do cuidado. Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é fundamental que as ações e as atividades da Atenção Primária sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade (LAVRAS, 2011). Por isso, para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário na rede (BRASIL, 2015b).

2.2 Atenção Básica: histórico, conceitos e ações

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, cidade da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), promovida pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), que estabeleceu a doutrina da Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentando várias propostas e programas na área da saúde e exercendo influência no processo de expansão e articulação das Secretarias Municipais de Saúde. A Declaração de Alma-Ata definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo acessível à comunidade e ao país (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

No Brasil, já no início da década de 1980, com o processo de redemocratização no país, ocorreram várias iniciativas de Estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional. Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 é que começou a existir uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento (LAVRAS, 2011). Defendendo os mesmos princípios, o Ministério da Saúde criou o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) como nomenclatura brasileira para a Atenção Primária. No Brasil, utiliza-se com mais frequência a expressão

‘Atenção Básica’ em vez de ‘Atenção Primária’, já que este último termo reproduz a ideologia da atenção primitiva de saúde, como se a atenção no primeiro nível do sistema não fosse complexa, quando na verdade apresenta tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo (PAIM, 2009). Neste estudo, será utilizado o termo Atenção Básica (AB), já que serão abordadas questões da saúde pública brasileira.

A Atenção Básica é considerada como o primeiro nível de assistência à saúde da população, ou seja, é a “porta de entrada” do SUS, e compõe um conjunto de ações preventivas e promocionais em saúde, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, permitindo a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária e a redução dos custos econômicos para o sistema. Porém, o que se observa na prática é que a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas de cuidados primários (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; AZEVEDO; TATMATSU; RIBEIRO, 2011; BRASIL, 2015b). Segundo Lavras (2011, p. 868), a atenção básica expressa:

[...] uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica [...] espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.

De acordo com Paim (2009), o movimento da Atenção Básica à Saúde contrapõe-se ao modelo hospitalocêntrico, enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo, com propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização do sistema de serviço de saúde. No contexto da AB, vem se concretizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta em 1994, como um modelo de atenção substitutivo ao modelo biomédico, tradicional, indivíduo-centrado, para o modelo de saúde da família. Trata-se de uma política do Ministério da Saúde que visa à reorganização, orientação e o fortalecimento da AB no Brasil, tendo como prioridade o atendimento integral e continuado dos indivíduos, das famílias e comunidades por meio do trabalho em equipe (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BÖING; CREPALDI, 2010; MOREIRA et al., 2016).

A ESF inclui ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários. O processo de identificação e descrição das comunidades onde as equipes de ESF atuam, conhecido por territorialização e adscrição de clientela, permite melhor compreensão das microáreas de risco, identificação de localidades

com maior densidade populacional, da rede de transportes e estradas, da presença de barreiras físicas para o acesso ao atendimento de saúde e dos recursos locais existentes, como igrejas, escolas, praças, associações comunitárias. Cada equipe de saúde é responsável por uma população adscrita de seiscentas a mil famílias (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BÖING; CREPALDI, 2010; LANCETTI; AMARANTE, 2006; PAIM, 2009).

As ações a serem desenvolvidas pelos profissionais que compõem a ESF, independentemente de sua formação acadêmica, devem ser: definição do território de atuação; atenção à saúde de acordo com as necessidades sócio-histórico-político-econômico-culturais da população; priorização de grupos e fatores de riscos clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais; acolhimento; atenção integral no cuidado; atividades em espaços comunitários; ações educativas; participação nos processos de gestão e no planejamento local de saúde e atenção domiciliar (BRASIL, 2012).

Fazem parte da equipe mínima da ESF: o enfermeiro, o médico clínico geral, os técnicos/auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS), que pode ser acrescida de odontólogos, assistentes sociais, psicólogos e outros. Recentemente o governo tem feito um esforço para incluir o odontólogo na ESF, a fim de contemplar todos os espectros de atenção à saúde bucal. O psicólogo normalmente participa das equipes matriciais de apoio às ESFs – pontuando a importância da inclusão da saúde mental na AB, buscando promover o diálogo e a articulação entre a AB e os serviços dos níveis secundário e terciário – ou é incluído nessas equipes, atuando na unidade local de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BÖING; CREPALDI, 2010; LANCETTI; AMARANTE, 2006; PAIM, 2009). Nota-se o “lugar” estratégico do psicólogo na operacionalização da rede de saúde, porém a categoria não aparece na equipe mínima de saúde da família. Este aspecto será problematizado no próximo capítulo.

Em articulação com a Atenção Básica à Saúde, tem-se o Programa de Ações em Saúde Mental, alinhado aos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica, instituída pela Lei nº 10.216/2001 de Paulo Delgado, consistiu em um longo e complexo processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, questionando o modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico e oferecendo um tratamento humanizado, eficiente e integral à saúde de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, que possa estimular o exercício da cidadania e substituir as internações psiquiátricas (BRASIL, 2004b; SIMÕES; FERNANDES; AIELLO-VAISBERG, 2013).

Em denúncia à situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários com transtornos mentais, e em busca da melhoria da assistência a esses pacientes no Brasil, a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria GM nº 336/2002, como trabalho substitutivo ao modelo manicomial. Os CAPS são instituições destinadas ao acolhimento e atendimento de pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. A característica principal deste serviço é estimular a integração social e familiar dos pacientes, bem como apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia (BRASIL, 2004b). É importante lembrar que os CAPS são instituições de acolhimento em saúde mental que fazem parte da atenção secundária, mas que estão em comunicação com a atenção primária, por meio de reuniões, encaminhamentos e matriciamento, que é a discussão de casos com os outros profissionais da equipe, a fim de capacitá-los para o atendimento em saúde mental.

Em outras palavras, no modelo hospitalocêntrico, os pacientes sofriam contenção; no modelo do território, recebem acolhimento. O acolhimento é um dispositivo de saúde e de saúde mental que consiste na escuta da pessoa que procura a unidade de saúde. Afinal, para atingir os objetivos da reforma psiquiátrica, é necessário estar próximo à população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Ainda em articulação com a ABS, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo suas ações, bem como sua resolutividade, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº 154/2008. Estes não se constituem como serviços com unidades físicas independentes, e sim por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das ESFs, auxiliando-os na análise e na intervenção sobre problemas e necessidades de saúde – tanto em termos clínicos quanto sanitários – por meio de discussão de casos, atendimento conjunto ou não, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras ações. Trata-se da atividade de apoio matricial – um arranjo organizacional que viabiliza proporcionar um suporte técnico especializado para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (BRASIL, 2013b).

Diante dessa explanação, nota-se que a valorização de práticas de saúde mental na ABS é fundamental para garantir a integralidade do cuidado. Para isso, o tratamento deve ser humanizado e pautado em uma concepção de saúde compreendida como processo, e não meramente como ausência de doença (BRASIL, 2004b), aspecto enfatizado no primeiro capítulo deste estudo. Além disso, no campo Saúde do Trabalhador, este processo é relacionado com o trabalho. De fato, o conceito ampliado de saúde é marco de grande avanço para a saúde do trabalhador no Brasil. Mas *qual o papel do Sistema Único de Saúde neste processo?* Para responder a essa questão, a seguir serão abordados e contextualizados os principais aspectos acerca do campo Saúde do Trabalhador inserido na Saúde Pública brasileira.

2.3 A Saúde do Trabalhador no contexto do SUS

No Brasil, a emergência da Saúde do Trabalhador pode ser identificada no início dos anos 80, no contexto da transição democrática (MENDES; DIAS, 1991). Conforme a Lei nº 8.080/1990, o SUS passa a ter competência e atribuição legal sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho, e essa relação passou a compor o elenco de atribuições da Atenção Básica. A Saúde do Trabalhador (ST) é um conjunto de atividades destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990). No âmbito da AB, e mais especificamente no bojo da ESF, devem ser concentrados esforços no sentido de garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer o nexo causal entre o quadro de morbimortalidade verificado na esfera dos processos de trabalho de um determinado território (BRASIL, 2006).

Saúde do Trabalhador configura um campo de saber e de práticas que demandam uma atuação sobre o trabalho e sobre as estruturas e processos que o organizam, a partir do *locus* dos serviços públicos de saúde. A Saúde Pública orienta programaticamente as ações em Saúde do Trabalhador. Além disso, a ST, enquanto política de Saúde Pública, não focaliza apenas a saúde dos trabalhadores com vínculos formais de trabalho. Ela se ocupa de qualquer tipo de atividade de trabalho, formal e informal, que ofereça riscos à saúde e à segurança dos trabalhadores (CREPOP, 2008). Devido à abrangência de seu campo de ação, a Saúde do Trabalhador apresenta caráter intrasetorial, envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS, e intersetorial, abarcando a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento,

exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores (BRASIL, 2006).

Segundo Lourenço e Bertani (2007), com a incorporação da Saúde do Trabalhador pelo SUS, houve o reconhecimento das condições para os eventos agressivos à saúde dos trabalhadores, incluindo a exposição de pessoas à insegurança. A Saúde Pública já presta o atendimento ao trabalhador vítima de doença ou de acidente relacionado ao trabalho, conta com serviços especializados de vigilância sanitária e epidemiológica e caminha para as ações mais integradas na assistência à saúde do trabalhador. Neste sentido, a inclusão das ações relativas aos agravos à saúde dos trabalhadores no contexto do SUS situa o processo de adoecimento no trabalho como uma questão de saúde coletiva, fruto das condições e da organização do trabalho; jamais como resultado de suscetibilidade individual. O campo ampliado da Saúde do Trabalhador no SUS constitui um novo paradigma de atenção à saúde, transcende a abordagem individual curativa tradicional e propõe abordagens interdisciplinares, intersetoriais e de fortalecimento da sociedade rumo a mudanças eficazes para a promoção da saúde de quem trabalha.

Assim, é necessário que a rede de serviços públicos de saúde se qualifique e se estruture para atender as demandas de saúde do trabalhador de forma integral. Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em saúde do trabalhador (LACAZ, 2010). A partir da publicação da Portaria nº 1.679/2002, por exemplo, foi possível a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que implica em ações na rede de Atenção Básica e no Programa Saúde da Família; na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); e em ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. O principal objetivo da RENAST é integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, a fim de desenvolver as ações de saúde do trabalhador, por meio da criação de centros coordenadores de saúde do trabalhador nos estados e regiões, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2005; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

A implantação do RENAST é uma das iniciativas importantes, sobretudo do Ministério da Saúde, que tem multiplicado centros de atenção à saúde do trabalhador e vem formando profissionais em diversos pontos do país. O CEREST foi criado no intuito de fortalecer as ações relacionadas à saúde dos trabalhadores no país e visa atender as questões relativas à saúde dos trabalhadores, por meio de ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do

vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2005; MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005). Os CERESTs devem desempenhar a função de suporte técnico, de coordenação de projetos e de educação em saúde para a rede do SUS da sua área de abrangência. A estratégia de implementação de uma rede regionalizada de CERESTs pressupõe que estes não sejam portas de entrada do sistema de Saúde Pública, devendo constituir centros articuladores e organizadores no seu território de abrangência de ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador (CREPOP, 2008).

A institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, em número crescente, representa um avanço, mas ainda tem pouco êxito em relação à proposta inicial quanto à articulação com a rede básica e ao suporte técnico e especializado oferecido pelos CERESTs. Tais falhas no estabelecimento de ações eficazes no campo Saúde do Trabalhador são resultantes das dificuldades culturais, ideológicas e políticas, além das mudanças do mundo do trabalho e a opção do Estado pelo projeto neoliberal de governo, que abrange os efeitos mais nefastos do movimento mundial de reestruturação produtiva, que impactam fortemente na vida e na saúde dos trabalhadores, na informalidade que atuam em condições inseguras, precárias ou simplesmente estão desempregados. Além disso, muitos serviços funcionam com graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros fatores; e há falta de iniciativas e de articulação dos serviços públicos, especialmente aqueles relacionados aos Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Previdência (LACAZ, 2010; LOURENÇO; BERTANI, 2007; MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Embora tenha sido concebida como rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, investigação, pesquisa, controle social, comunicação e educação em saúde do trabalhador, e apesar do aumento de número e avanços do CEREST no Brasil, a RENAST obteve resultados aquém das expectativas iniciais e sua trajetória vem denotando impasses e obstáculos para sua efetiva implementação. A falta de comunicação entre os CERESTs; a tendência dos profissionais dos CEREST estabelecerem estratégias de acolhimento individualizado dos trabalhadores, similar à assistência ambulatorial comum; as poucas articulações intra e intersetoriais e o predomínio da concepção assistencialista em saúde do trabalhador evidenciam o embasamento mecanicista e fragmentado da RENAST. Observa-se um conjunto de serviços de saúde do trabalhador desarticulados, sem efetividade e sem constituir uma rede, sob a perspectiva sistêmica (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Em Uberlândia, o CEREST foi inaugurado em setembro de 2005 e representa suporte para ações relacionadas à saúde do trabalhador, como vigilância, cuidados, estabelecimento

denexo causal, encaminhamentos indicados a cada caso e, ainda, com educação permanente para trabalhadores da saúde que lidam diretamente com o trabalhador adoecido ou em risco de adoecimento. As ações abrangem medidas de prevenção de agravos causados por condições adversas de trabalho em todos os segmentos. Tem como um dos atributos desenvolver indicadores epidemiológicos nesta área, que permitam estabelecer prioridades de ações de intervenção nos ambientes de trabalho, como prevê a legislação brasileira, estadual e municipal (UBERLÂNDIA, 2014b).

De acordo com estudo recente de Almeida, Pereira e Viana (2017), o CEREST Regional de Uberlândia atende também 30 municípios próximos. A equipe contava, inicialmente, com uma fisioterapeuta, um engenheiro do trabalho, um técnico em segurança do trabalho e uma dentista, organizada sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Posteriormente, outros profissionais foram ampliando a composição da equipe, como assistentes sociais, psicólogos, médicos do trabalho. Desde a criação do CEREST, a formação em Saúde do Trabalhador desses profissionais foi sendo construída por meio de esforços individuais e da própria equipe. Atualmente, o CEREST de Uberlândia trabalha em parceria e ações conjuntas com outros órgãos como Ministério Público, Delegacia Regional do Trabalho, sindicatos, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), instituições de ensino e pesquisa e com as políticas públicas de saúde, com acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde representando a sociedade (UBERLÂNDIA, 2014b).

Em articulação com a AB e em parceria com a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), têm sido desenvolvidas diversas ações de vigilância, promoção e educação em saúde junto ao Instituto de Psicologia como, por exemplo, cursos de extensão em Saúde do Trabalhador, pesquisas realizadas por acadêmicos e professores da UFU sobre a temática. Tais ações não findam o alcance do CEREST, mas marcam profundamente a história da Saúde do Trabalhador em Uberlândia (ALMEIDA; PEREIRA; VIANA, 2017).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), segundo Machado (2005, p. 990), constitui-se na “[...] análise da relação da saúde com o processo de trabalho – contextualizando as situações de risco técnico com as relações de trabalho e com as formas de resistência e desgaste da saúde dos trabalhadores”. Com isso, a VISAT é uma prática voltada, principalmente, para a ‘prevenção’, que na sua concepção, só pode ser executada com a participação dos próprios trabalhadores e de suas organizações sindicais.

Dessa forma, o trabalho da VISAT é feito a partir de diferentes demandas, como: denúncias, pedidos do Ministério Público, notificações de acidentes de trabalho, dentre outras, que geram inspeções realizadas por equipe multidisciplinar, produzindo um Relatório de

Inspeção Sanitária de Vigilância em Saúde do Trabalhador, em que constam inúmeros dados a respeito da empresa, a descrição do ambiente de trabalho, condições sanitárias e de conforto, descrição do processo produtivo e aspectos da organização do trabalho, riscos, irregularidades e dispositivos legais infringidos, providências tomadas, futuras providências (como convocação da empresa para audiência para firmar termo de ajuste de compromisso de adequação das irregularidades, e outros), situação do local, grau de risco e, portanto, os indicativos de intervenção, conforme enfatiza Menezes (2012). Segundo a autora:

O conjunto de ações da VISAT tem como pressuposto a articulação das ações de atenção básica, da atenção especializada e hospitalar, assim como às práticas de programas específicos ou estruturantes como saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, do idoso, saúde mental, redução da violência, programa de saúde da família, dentre outros, além dos demais setores externos à área da saúde, mas de interesse do campo do trabalho como, por exemplo, os setores da previdência, meio ambiente, educação e ministério público¹.

Como bem ressaltam Lourenço e Bertani (2007), não se trata apenas de apontar situações intoleráveis, do ponto de vista da saúde, capazes de causar danos físicos e psíquicos, mas de situar no âmbito da exploração do trabalho e das ordens social, econômica e política vigente e, portanto, passíveis de transformação.

Diante dos apontamentos sobre a relação existente entre SUS, Atenção Básica e políticas públicas no campo Saúde do Trabalhador, e considerando que esta pesquisa será realizada com psicólogos da AB do município de Uberlândia-MG, torna-se necessário e importante abordar as especificidades dessa classe de trabalhadores e, para tanto, reservamos o próximo capítulo.

¹ Cf. *Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador (MNPTVST)* – CESAT / SESAB (2002).

3 A PSICOLOGIA E O PSICÓLOGO NO SUS

3.1 A Psicologia como ciência e como profissão: diretrizes curriculares

A consolidação da Psicologia como profissão ocorreu em um lento e gradual processo. Mas, antes mesmo de sua regulamentação, ela já existia como ciência, enquanto domínio técnico-científico, proposta no final do século XIX por Wilhelm Wundt e William James, que elaboraram de modo sistemático o projeto da Psicologia Científica e deram início à Psicologia Moderna, cujo objeto característico era a experiência consciente. Esses pensadores concordavam que, como ciência, a Psicologia deveria ser afastada de doutrinas e temas metafísicos. Isso significa que não se interessavam em assuntos que eram da alçada do filósofo, como dualismo mente-corpo cartesiano, metafísicas materialista e espiritualista, questões sobre a alma, o ego transcendental (ABIB, 2009).

Dessa forma, no século XIX, a Psicologia se definia mais como um campo de tensão entre a física e a filosofia do que como uma ciência experimental do sujeito cognoscente (MORAES, 2003) e, por isso, precisou aderir aos princípios positivistas para se firmar como ciência. O positivismo entende o fenômeno psicológico como algo desligado das tramas sociais e, como tal, submetido a leis naturais que não podem ser alteradas pela vontade humana, mas apenas conhecidas (BOCK, 2007). Além disso, de acordo com o positivismo, a cientificidade está na razão direta de sua matematização, ou seja, a matemática é o instrumento mais eficaz para superar as abordagens especulativas e metafísicas e, assim, construir ciência (GARCIA-ROZA, 1977). Nesse sentido, conforme Foucault (1990), citado em Moraes (2003, p. 535):

[...] a psicologia do século XIX herdou do Iluminismo a preocupação de encontrar no homem as mesmas leis que regem os fenômenos naturais. A psicologia então se ergueu como um esforço metodológico tomado de empréstimo das ciências da natureza e se assentou sobre dois postulados principais: em primeiro lugar, que a verdade do homem se esgotava em seu ser natural e, em segundo lugar, que o caminho de todo conhecimento científico devia passar pela determinação de relações quantitativas, pela construção de hipóteses e pela verificação experimental.

Considerando que, para James, a Psicologia deve se tornar uma ciência natural visando predição e controle práticos, seu projeto firmou as bases do funcionalismo psicológico e, desse modo, preparou o caminho para o desenvolvimento posterior do behaviorismo (ABIB, 2009). Para Bock (2007) e Moraes (2003), a história da Psicologia está

associada aos interesses dos grupos dominantes, na medida em que fora produzindo conhecimentos para aumentar o controle sobre os grupos sociais, a produtividade dos trabalhadores, a aprendizagem e a disciplina das crianças nas escolas, além de garantir a seleção do homem certo para o lugar certo, a higienização moral da sociedade, o controle do comportamento a fim de promover indivíduos ajustados ao seu meio social.

O conceito de adaptação da Biologia de Darwin, como eixo da relação entre o organismo e o meio, também foi tomado pela psicologia como chave para explicar a prática humana. Constituiu-se, então, uma psicologia do comportamento humano como uma ciência que descrevia as leis do comportamento e, assim, servia como um instrumento para promover a adaptação do indivíduo ao meio social, definindo-se como uma técnica e não mais como pura especulação filosófica (MORAES, 2003).

A partir dessas considerações, nota-se que já no seu ponto de partida, a Psicologia é plural, como bem ressalta Garcia-Roza (1977, p. 3):

A psicologia não possui, dentro do saber, um lugar definido. Podemos encontrá-la tanto no interior de um saber científico como numa prática ideológica [...]. Ora ocupa um lugar no espaço das ciências físicas e biológicas, ora se instala no interior das chamadas ciências humanas. Trabalha com conceitos pertencentes às ciências, com noções retiradas das práticas ideológicas ou com categorias filosóficas.

Conforme Sirgado (1990), a Psicologia padece desde as suas origens de uma falta de identidade epistemológica, resultante da dificuldade para identificar e definir o seu próprio objeto de conhecimento, contribuindo para que ela se apresente ainda como um mosaico de teorias, métodos de investigação e práticas heterogêneas. Esta abrangência epistemológica, revelando a inexistência de sua unidade teórico-metodológica, caracteriza a Psicologia como uma ciência multifacetada ou, como referem alguns de seus estudiosos, “várias psicologias”. Garcia-Roza (1977) compreende ser difícil almejar a cientificidade e a autonomia de uma disciplina que tem por objeto o comportamento humano. Todavia, para o autor, o não consenso da Psicologia como ciência não invalida sua existência e eficácia.

No século XX, houve uma notável proliferação de psicologias científicas, que se afastaram definitivamente de psicologias racionalistas e de psicologias empíricas de cunho filosófico. Várias perspectivas teóricas foram sendo aos poucos construídas, considerando as contradições do fenômeno psicológico: interno/externo; psíquico/orgânico; comportamento/vivências subjetivas; natural/social; autonomia/determinação. Como exemplo, tem-se a psicologia da Gestalt, o construtivismo, a psicologia sócio-histórica, as diversas

tradições de psicologia social, a psicologia cognitiva contemporânea, a psicologia narrativa, a psicologia pós-moderna, a psicologia chinesa. Todas as abordagens se constituíram como esforços para que a ciência psicológica pudesse dar conta de compreender o homem e seu contato com o mundo real (ABIB, 2009; BOCK, 2007).

Dessa forma, é como fato histórico que a Psicologia surge e se desenvolve com acepções diferentes de ciência até os dias de hoje (ABIB, 2009). Na década de 1950, a Psicologia já estava presente nas principais universidades enquanto especialização de alguns cursos como Filosofia, Biologia, Fisiologia (FURTADO, 2012); bem como em campos como a Educação, a Saúde, o Trabalho e o Direito, como disciplina ministrada em cursos de formação de professores (magistério), práticas isoladas como aplicação de testes de avaliação cognitiva em escolas, pesquisas e textos de acadêmicos dos cursos de medicina e incorporação da psicanálise no trabalho dos psiquiatras (PESSOTTI, 1988).

O período que se inaugura depois da Segunda Grande Guerra, com intensa onda de democratização em todo o mundo e que coincide com a queda do Estado Novo getulista no Brasil, permitiu a busca de reorganização institucional e isso gerou a pressão para regulamentar várias profissões (FURTADO, 2012). O estabelecimento da Psicologia como profissão, contudo, enfrentou resistências da área médica, que considerava como privativas práticas associadas à clínica (PESSOTTI, 1988).

Apesar dessas resistências, a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que regulamenta a Psicologia como profissão no Brasil, assegurou o trabalho do psicólogo prevendo-se três cursos: o de bacharel, o de licenciado e o de formação de psicólogo, sendo o diploma de bacharel em psicologia um pré-requisito para a realização dos cursos de licenciado e psicólogo. O diploma de bacharel em psicologia confere o direito de ensinar psicologia em cursos de grau médio; com o diploma de licenciado em psicologia, o direito de lecionar psicologia se estende para outros graus de ensino, como por exemplo, para o nível superior; e o diploma de psicólogo concede o direito de ensinar psicologia nos vários cursos e de exercer a profissão de psicólogo, com todas as especificidades e funções privativas do psicólogo (BRASIL, 1962b).

Após a aprovação da Lei que regulamentou a profissão de psicólogo, foi também aprovado o Parecer 403/62 do Conselho Federal de Educação que fixou um Currículo Mínimo, composto por disciplinas obrigatórias, duração do curso universitário, obrigatoriedade do estágio supervisionado e sua carga horária. Neste Currículo Mínimo, fica claro o papel da psicologia como “profissão liberal” e que a função do psicólogo seria a utilização de método e técnicas psicológicas com os objetivos de diagnóstico psicológico;

orientação e seleção profissional; orientação psicopedagógica; solução de problemas de ajustamento (BRASIL, 1962a).

Somente nove anos depois, em dezembro de 1971, com a Lei nº 5.766, é que foi criado formalmente o Conselho Federal de Psicologia (CFP). A estruturação dos Conselhos (Federal e Regionais) ocorreu durante a ditadura militar que se estendeu pelos anos de 1970, num período caracterizado por movimentos sociais pela redemocratização brasileira, aliado a um movimento de crítica em relação ao pensar e ao fazer da Psicologia e uma preocupação em colocar a ciência e a profissão em sintonia com a solução de problemas sociais e em oposição a uma visão tecnicista (RIBEIRO, 2007). A criação do Conselho profissional organizou a intervenção social da profissão, na medida em que ajudou a nortear a maneira como os profissionais formados iam ocupando o mercado de trabalho. O Código de Ética normatizou a conduta e ofereceu garantias aos profissionais e aos usuários dos serviços, estabelecendo um padrão a ser observado (FURTADO, 2012).

A regulamentação da profissão de psicólogo foi decisiva para a ampliação do mercado nas capitais e a extensão de sua área e campos de intervenção. Entretanto, nos anos de 1970 e 1980, observava-se o predomínio da psicoterapia exercida por psicólogos em consultório particular, que refletia o interesse pela psicologia clínica e o ideal do atendimento em consultório liberal. Nele, o psicólogo teria a liberdade de determinar o valor, as condições e a duração de seu trabalho (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003).

Nesse quadro, a formação em psicologia é marcada pela hegemonia da psicologia aplicada, caracterizada por uma perspectiva tecnicista, fragmentada, individualizante e curativa enquanto modelo de atuação, orientado para o diagnóstico e o ajustamento dos indivíduos, e consolidada nas três áreas tradicionalmente instituídas: psicologia escolar, psicologia organizacional (ou psicologia do trabalho) e psicologia clínica (BERNARDES, 2006).

Apenas a partir de 2004, em função das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, aprovadas pela Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE) – sob a Resolução CNE/CES n. 8, de 7 de maio de 2004 – a formação acadêmica do psicólogo tem mudado (OLIVEIRA et al., 2017). A principal mudança estrutural trazida pelas Diretrizes foi substituir a tradição formativa fundamentada na transmissão de conteúdos nas disciplinas, para uma formação baseada em “competências e habilidades”. Nessa nova lógica, conhecimentos dialogam e problematizam com realidades e experiências atuais, e não apenas com os contextos de produção das teorias e

metodologias desenvolvidas, ou seja, propõe-se o diálogo entre teoria e prática (CURY; FERREIRA NETO, 2014).

As novas diretrizes determinam, no art. 3º, que a formação do psicólogo deve assegurar os princípios e compromissos de:

- a) Construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia.
- b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais.
- c) Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico.
- d) Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do país, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão.
- e) Atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades.
- f) Respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações na área da Psicologia.
- g) Aprimoramento e capacitação contínuos. (BRASIL, 2004a).

Quanto às competências, ou seja, os conhecimentos, as capacidades e as habilidades que os psicólogos devem adquirir, afirma no art. 8º que estes devem garantir:

[...] um domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na promoção da qualidade de vida. (BRASIL, 2004a).

Tanto nos princípios e compromissos da formação, como nas competências do psicólogo, presentes nas Diretrizes, fica evidente que houve avanços significativos na compreensão do papel deste profissional em relação ao Currículo Mínimo. Entre eles, espera-se que o psicólogo tenha uma visão abrangente das questões econômicas e sociais, entendendo o fenômeno psicológico como multideterminado, complexo e com interfaces com os fenômenos biológicos e sociais, convergente com o conceito da determinação psíquica e sociocultural do sofrimento psíquico (RIBEIRO, 2007), retratado também nos capítulos anteriores desse estudo.

Há, nos princípios gerais da formação acadêmica, a intenção de alterar a representação hegemônica do psicólogo como profissional liberal, voltado aos atendimentos/avaliações individuais em consultório particular, para a compreensão de um profissional inserido em diversos campos, junto com outros profissionais, em vários espaços

sociais, e envolvido na promoção do bem-estar coletivo, sendo a área da Saúde um destes campos de atuação (RIBEIRO, 2007).

Segundo Pereira e Pereira Neto (2003), a profissão de psicologia no Brasil continua sendo uma profissão predominantemente feminina, jovem, mal remunerada e atuante preferencialmente na área clínica, mais especificamente em consultórios. Embora seja preferida pela maioria dos psicólogos, o mercado na área clínica se encontra saturado. Frente a isto, outras áreas de atuação vêm se expandindo, como a acadêmica, a psicologia jurídica, psicologia do trânsito, psicologia do esporte e psicologia da saúde. De fato, para Furtado (2012), o Sistema Único de Saúde, através da Atenção Básica, Saúde da Família, serviços ambulatoriais, CAPS, entre outros, são as alternativas que garantem ao psicólogo exercer seu trabalho para além do consultório particular.

Mesmo assim, a formação em Psicologia não conseguiu ficar completamente alheia às questões políticas e educacionais neoliberais. De um lado, as Diretrizes Curriculares da Psicologia têm como um dos princípios uma formação básica sólida, com o objetivo de suprir a atuação deste profissional em vários contextos e espaços onde fosse necessária. Por outro lado, as Diretrizes cederam às pressões de uma formação tecnicista, ligada ao ensino e aprendizagem de conteúdos meramente instrumentais e vinculados à tradição de uma psicologia clássica (RIBEIRO, 2007). Também conforme Bernardes (2006), as próprias estratégias neoliberais retiram o debate da Educação da esfera pública e submete-o às regras do mercado.

Ainda segundo Bernardes (2006), há uma enorme distância entre as diretrizes curriculares para os cursos de psicologia e as políticas públicas em geral e, em especial, as da saúde no Brasil. As reformas curriculares não podem ser reduzidas à troca ou inclusão de disciplinas. Não é trocando a disciplina de psicologia clínica, por exemplo, por políticas públicas em saúde, ou mesmo incluindo disciplinas de políticas públicas em saúde nas grades curriculares dos cursos, que se terá garantia efetiva de algum tipo de mudança na formação profissional do psicólogo. O autor se coloca a favor de uma formação que permita articulação de distintos temas oriundos das áreas clássicas e uma atuação sensível ao seu contexto.

De acordo com Dimenstein (1998), a discussão relativa à estrutura dos serviços de saúde, das políticas públicas, da saúde coletiva ou da saúde pública é ignorada nos cursos básicos ou não lhe é dada a devida importância. Diante desses impasses na formação do profissional de psicologia, questiona-se: *o psicólogo que atua hoje na Saúde Pública obteve formação acadêmica adequada para atuar nesse campo? Esse profissional se sente*

preparado teórica e tecnicamente para lidar com o sofrimento humano em consonância com as políticas públicas de saúde?

3.2 A inserção da Psicologia na Saúde Pública

A inserção dos psicólogos na Saúde Pública brasileira está aliada a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, sendo resultante de um complexo processo de transformação econômica, política e ideológica, no início da década de 1970, bem como dos movimentos sociais da década de 1980, associada à crise do modelo de exercício liberal da profissão (DIMENSTEIN, 1998). A Reforma Sanitária resultou na implementação do SUS – com o direito ao acesso irrestrito e universal à saúde, garantido pela Constituição Brasileira de 1988, e baseando-se em um conceito mais amplo e complexo de saúde – e foi um marco importante na consolidação da Saúde Pública como espaço de prática, formação e referência profissional para a Psicologia. Com a Reforma Psiquiátrica, em meio à crise do modelo médico e aos avanços no processo de desinstitucionalização psiquiátrica, houve a extensão da rede ambulatorial que gerou a necessidade de formação das equipes multiprofissionais, passando a Psicologia a fazer parte de um conjunto de saberes que buscava romper os limites da concepção tradicional de saúde mental e das práticas assistenciais asilares (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011).

O avanço das políticas públicas e as reformas no setor da saúde exigiam que novos profissionais fossem incorporados ao sistema de forma que se estruturassem equipes de cuidado com vistas a uma alegada atenção integral aos usuários. E os saberes e as práticas da Psicologia passaram a ser cada vez mais requisitados. A manifestação de um interesse pelo psicólogo por parte dos órgãos públicos implicou um movimento de contratação desse profissional. Foi na Saúde Mental que a entrada dos psicólogos no setor público se fez mais vigorosamente, pois passou a ser considerado um profissional capaz de contribuir para a promoção da saúde mental (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011).

Paralelamente a esse momento político de instauração de programas com ênfase na questão ambulatorial e na montagem multiprofissional das equipes de saúde, houve a retração de mercado para a Psicologia, em virtude da crise financeira que assolou a classe média brasileira nesse período, com consequente diminuição da busca pelos consultórios particulares e procura por um novo espaço de atuação com novas alternativas de emprego. Além disso, a Psicologia vinha sendo alvo de inúmeras críticas no sentido de que o trabalho clínico

tradicional do psicólogo não apresentava grande significado social, pois, destinado a uma pequena minoria da população, despreocupava-se com os problemas sociais. Por fim, a expansão da Psicologia no Brasil também está associada ao expressivo número de cursos superiores das mais variadas localidades e regiões do país (DIMENSTEIN, 1998; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

De acordo com Nepomuceno e Brandão (2011, p. 768-769),

O papel diferencial da Psicologia situa-se em uma ampliação da capacidade de ver e de escutar os indivíduos e coletivos, considerando potencialidades de saúde, criando espaços de reflexão e diálogo capazes de fomentar a expressão de não ditos e de abordar dimensões profundas da saúde, do adoecimento e da recuperação. [...] O papel da Psicologia no SUS, portanto, aparece ligado a um conceito ampliado de saúde, ao desenvolvimento de uma visão ampliada sobre as interações presentes no processo saúde-doença e no trabalho em saúde.

Na Saúde Pública, a Psicologia, como bem lembra Nepomuceno e Brandão (2011), trabalha com o atendimento das demandas de sofrimento psíquico e transtornos mentais de uma população de diversas faixas etárias, bem como com os processos de organização de coletivos, os processos de interação e as ações que visam ao desenvolvimento humano e social. Mais especificamente na Atenção Básica, o papel da Psicologia é bem mais amplo e abrangente do que as ações de tratamento-cura em saúde mental. Envolve uma compreensão integral dos indivíduos às suas redes de interação e às suas necessidades e potenciais de saúde, com olhar ampliado para as relações sociais, construídas nos modos de vida de famílias e comunidades.

O encontro da Psicologia com o SUS, especialmente com os serviços de Atenção Básica à Saúde, tem aproximado o psicólogo de uma realidade ainda distante da que comumente se conhece e se discute em sua formação. A Psicologia reproduziu em larga escala os modelos que nortearam a sua constituição e que não se adequavam à realidade da clientela atendida nas instituições de Saúde Pública. Com sua formação limitada, este profissional se vê diante do despreparo histórico da categoria para desenvolver um trabalho em sintonia com os imperativos de mudança, ou seja, com os princípios norteadores do SUS. O desafio requer lidar com uma concepção ampliada de saúde, que aponte múltiplas dimensões e caminhos de atuação (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011).

A formação e o exercício profissional dos psicólogos precisam acompanhar os novos modos de gestão dos processos de trabalho no SUS. É preciso fazer investimentos estratégicos

em termos da abertura de novos cursos e da sua redefinição política e pedagógica, tentando dar respostas aos projetos, programas e serviços ligados às políticas públicas; aprofundar a relação ensino-serviço-comunidade, ampliando o leque de disciplinas e conteúdos relacionados ao SUS e à Reforma Psiquiátrica nos cursos de graduação; apostar em uma formação em que os psicólogos possam realizar leituras e análises conjunturais a respeito das necessidades sociais e de saúde da população; proceder à escuta e à intervenção sobre os processos psicológicos e psicossociais (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Porém, de acordo com Fuentes-Rojas (2011), o trabalho na Atenção Básica e o atendimento direto à comunidade ainda são desvalorizados pelos alunos de graduação e pelos próprios docentes, que não abrem mão da clínica, acreditando que esta seja a principal atuação do psicólogo. De fato, um dos principais desafios para a Psicologia na área da Saúde Pública refere-se à adequação de suas práticas ao novo modelo assistencial, baseado no conceito de saúde como processo saúde-doença e que confronta o hegemônico modelo biomédico de atenção à saúde, expresso na Psicologia pela prática clínica individualizante (OLIVEIRA et al., 2017).

Para Nepomuceno e Brandão (2011), é notável o caráter inovador de algumas práticas que visam a superar antigos estigmas e limitações históricas da categoria na Saúde Pública brasileira. No entanto, ainda há muito que caminhar na construção e na consolidação de uma nova cultura profissional, pautada em uma visão ampliada da saúde e do adoecer e em um amplo escopo de ações voltadas para o cuidado integral. Também conforme Dimenstein e Macedo (2012), apesar dos avanços quanto à presença do psicólogo nos serviços e nas equipes de saúde pública em todo o país, bem como de algumas tentativas de mudanças na formação acadêmica e profissional, esse profissional ainda trabalha isoladamente, opera predominantemente com psicoterapias e tem pouco conhecimento do território onde atua. Diante de tantas lacunas curriculares, dificuldades de inserção e de reconhecimento em um novo espaço de trabalho, emerge a questão: *como se dá o trabalho do psicólogo na Atenção Básica nos dias atuais? Quais são as atividades desenvolvidas e as dificuldades enfrentadas por esse profissional?*

3.3 O trabalho do psicólogo na Atenção Básica

É inegável que a ESF impôs novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia proposta por essa política (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). De acordo com Lancetti e Amarante (2006), a

continuidade do atendimento exige dos profissionais de saúde lidar com o sofrimento humano. Acompanhar e assistir famílias e suas histórias gera angústia, entusiasmo, impotências, medo. Os usuários do sistema de saúde depositam nos membros das equipes as mais variadas formas de amor, ódio, esperança; e os profissionais também experimentam diversas maneiras inusitadas de relacionar-se com eles.

Os psicólogos precisam lidar no cotidiano de trabalho com aspectos da subjetividade de cada usuário, dos profissionais com quem trabalham e com a sua própria (NUNES, 2009). Esse campo relacional pode ser posto a serviço de objetivos terapêuticos ou transformar-se em carga insuportável. Daí a importância da capacitação e do apoio dos profissionais da saúde mental. A vasta literatura nacional vem caracterizando as práticas dos psicólogos nas instituições públicas de saúde, em particular na rede de atenção básica e de saúde mental, como permeada de dificuldades, limites e desafios no sentido de produzir novos modos de atuação condizentes com os princípios e as diretrizes do SUS (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Apesar do quadro descrito anteriormente, bem como da significativa importância da Atenção Básica no cenário do SUS, poucos estudos se dedicam à avaliação do perfil sociodemográfico, das condições de trabalho e da saúde psíquica dos profissionais que nela atuam (MOREIRA, 2014; MOREIRA et al., 2016). E as pesquisas que existem têm como foco os trabalhadores da área da enfermagem hospitalar, os agentes comunitários da família e os médicos. Nesse contexto, enfatiza-se a necessidade de realização de investigações com trabalhadores de outras categorias da Atenção Básica, como por exemplo, o psicólogo (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; MEDEIROS; NUNES; MELO, 2012; SCHERER, 2012).

Tendo em vista a importância crescente do psicólogo nas equipes de saúde e partindo da hipótese de que os psicólogos atuantes em serviços de atenção básica têm adoecido por motivos de trabalho, segundo Duarte e Moraes (2016), é relevante estudar os fatores que levam esses profissionais ao adoecimento, a fim de pensar em estratégias que melhorem sua saúde e atuação. Considerando este panorama, *quais seriam os contornos da saúde do trabalhador psicólogo na Atenção Básica?*

De acordo com Archanjo e Schraiber (2012), o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) junto com o Conselho Federal de Psicologia iniciaram, em 2008, uma pesquisa nacional sobre a atuação do psicólogo em Atenção Básica à Saúde, que tem como objetivo construir coletivamente referências técnicas para o setor.

Conforme relatório do Conselho Federal de Psicologia (2010), a atuação do psicólogo na Atenção Básica envolve uma diversidade de ações e formas de intervenção, de acordo com as demandas locais: acolhimento em saúde mental; triagem; atendimento individual e em grupo; grupos psicoterápicos; grupos de espera; grupos temáticos; grupos de orientação; produção de relatórios, pareceres, laudos e prontuários dos atendimentos prestados; encaminhamentos para rede de serviços; palestras educativas nas comunidades; visitas domiciliares; apoio matricial; reuniões de equipe para discussão e supervisão de casos clínicos, entre outros. A população atendida pelos psicólogos também é bastante diversificada, compreendendo crianças, jovens, adultos, idosos, familiares dos usuários, comunidade. Além dessa população, também são realizadas ações com os profissionais da área de Educação, Assistência Social, Conselhos Tutelares, Judiciário, as equipes do PSF e do NASF, bem como estagiários de faculdades ou cursos de extensão que desenvolvem atividades na Atenção Básica à Saúde.

Ainda de acordo com esse mesmo relatório, os psicólogos atuantes na AB apontam muitas dificuldades encontradas no desenvolvimento de suas ações. São alguns exemplos: o despreparo dos profissionais das equipes para trabalhar no campo da Saúde Pública, muitas vezes pela falta de formação na graduação para este trabalho; as dificuldades de relacionamento entre os profissionais; pouca clareza dos outros profissionais da equipe e dos usuários dos serviços sobre o papel do psicólogo; os problemas na articulação das equipes multiprofissionais e não integração dos saberes das diferentes disciplinas para a realização de um trabalho conjunto; a grande rotatividade dos profissionais da equipe; e o tratamento centrado na medicalização.

Além disso, apresentam queixas sobre as condições de trabalho, tais como: alta demanda por atendimentos vindos da comunidade e da equipe de trabalho; quantidade insatisfatória de profissionais para responder a esta demanda; carga horária; baixo salário e discrepâncias existentes em comparação com os salários de outros profissionais atuantes no campo; locais para atuação, principalmente para os atendimentos individuais e grupais; inexistência ou poucos recursos materiais e humanos para a execução do trabalho (CFP, 2010).

No geral, muitos dos obstáculos com que se deparam os psicólogos são atribuídos a deficiências nos cursos de graduação em Psicologia, no que se refere à formação de profissionais para atuar no contexto do SUS e das políticas públicas. Muitas dificuldades são decorrentes também das diretrizes políticas e da gerência administrativa dos gestores, bem como do não reconhecimento do psicólogo neste campo (CFP, 2010).

Em análise sobre o percurso profissional dos psicólogos na Saúde Pública, Dimenstein e Macedo (2012) afirmam que, para uma atuação apropriada à AB, o psicólogo deve 1) observar o contexto e conhecer o território da área de abrangência da Unidade de Saúde, bem como os aspectos sociopolíticos em termos de grupos organizados, de eventos significativos para a comunidade; 2) conhecer os principais problemas e necessidades de saúde da comunidade que vive na área de abrangência, estabelecer confiança e vínculo com as famílias e realizar atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da Unidade Básica de Saúde; 3) utilizar diversas ferramentas para o desenvolvimento do trabalho, como a escuta, estudos de casos e elaboração de projeto terapêutico singular, acolhimento individual e coletivo, orientação psicossocial, visita domiciliar, atividades de apoio matricial e de articulação com a rede, práticas grupais, encaminhamento para o CAPS quando necessário.

Na literatura, muitos trabalhos caracterizam a atuação do psicólogo no contexto da AB, mostrando que, apesar de o psicólogo não estar instituído na Equipe de Saúde da Família, esse profissional – quando presente nesse contexto – realiza várias atividades, condizentes com o relatório do CFP. A seguir, traremos um recorte dos resultados de várias pesquisas de autores diversos que investigaram essa temática.

Os estudos de Cezar, Rodrigues e Arpini (2015), Fermino et al. (2009), Nepomuceno e Brandão (2011), Rocha, Almeida e Ferreira (2016) apontam diversas atividades desenvolvidas pelos psicólogos na AB. São elas: reconhecimento do território de abrangência; acolhimentos em saúde; atendimentos grupais com a população adscrita (grupos terapêuticos); atendimentos psicológicos individuais; atividade de apoio matricial, que se refere ao suporte técnico, assistencial e pedagógico à equipe de saúde acerca de questões de saúde mental, inclusive a assessoria na definição de planos terapêuticos; visitas domiciliares para avaliação e acompanhamento de usuários e famílias; desenvolvimento de atividades de cunho educativo, na perspectiva da promoção da saúde da população; articulação com outros dispositivos da rede disponíveis no município – como CAPS, conselho tutelar, hospitais, escolas – por meio de encaminhamentos e discussões de casos; grupos interdisciplinares, como grupo hiperdia, desenvolvido para usuários com hipertensão e/ou diabetes e aberto a seus familiares; e até mesmo articulação com acadêmicos de psicologia que fazem estágio na ESF, entre outras ações.

As pesquisas sobre as práticas profissionais de psicólogos na rede básica mencionam várias dificuldades enfrentadas por esse profissional no desempenho de seu trabalho, também em conformidade com o relatório do CFP. As mais comumente citadas referem-se a: elevado

volume e pressão pelo atendimento da demanda associado ao reduzido número de psicólogos, gerando demanda reprimida e sobrecarga de trabalho; condições desfavoráveis de trabalho, como falta de recursos materiais e de infraestrutura, instalações físicas precárias, espaço físico inadequado (pequeno para atendimentos); desconhecimento por parte dos profissionais das ESF e da população sobre o trabalho a ser desenvolvido pelo psicólogo; alta expectativa tanto dos pacientes como dos outros profissionais da equipe por psicoterapia individual, sinalizando a reprodução do modelo clínico tradicional; falta de reconhecimento e de valorização do papel do psicólogo por parte dos outros profissionais da equipe; falta de reconhecimento e legitimação por parte do poder público sobre a importância do psicólogo na AB; inadequação do conteúdo curricular de psicologia à prática nos serviços públicos de saúde; falta de experiência durante a graduação (estágios) e anterior à entrada no serviço público; falta de investimento institucional no profissional como a oferta de cursos, capacitações (ARAÚJO, 2008; ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012; CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015; DANELUCI, 2011; DIMENSTEIN, 1998; DUARTE; MORAES, 2016; FERMINO et al., 2009; FUENTES-ROJAS, 2011; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011; NUNES, 2009; PAIVA; RONZANI, 2009; SOUZA; DELA COLETA, 2012).

Os autores citados anteriormente também apontaram outras problemáticas presentes no trabalho do psicólogo em UBS, tais como: grande sobrecarga de tarefas, com exigência por cumprimento de metas e pressão por produtividade baseados no número de procedimentos e consultas; atendimento dos diversos tipos de demanda, mesmo sem preparo técnico adequado; o próprio contato com o sofrimento do outro e com a gravidade dos casos; falta de tempo para a reflexão e o estudo dos casos; vínculo empregatício precário e baixos salários, que faz com que os psicólogos complementem sua renda com um segundo local de trabalho, com atuação em clínicas privadas, na rede hospitalar privada e na docência do ensino superior; pouco conhecimento, por parte dos psicólogos, sobre a população de sua abrangência, em razão de não terem uma unidade de saúde específica para atuar; pouco contato com outros psicólogos da rede, sendo restrito a encaminhamentos e eventos; falta de diálogo, integração e trabalho entre a equipe, bem como falta de articulação com outros serviços da rede, desenvolvendo uma atividade solitária; precarização da rede de serviços (falta de retaguarda institucional e/ou jurídica) que não consegue dar o suporte necessário aos encaminhamentos, inviabilizando, muitas vezes, a efetividade ou resolutividade das ações propostas nos serviços; mudanças constantes de gestores e diretores, e rotatividade também dos profissionais; ausência de suporte teórico-técnico e gerencial para melhor desenvolverem suas funções; falta de

supervisão e suporte terapêutico para o psicólogo; subordinação do trabalho do psicólogo ao do médico, já que é este que estabelece as demandas; falta de conhecimento e respeito às peculiaridades da psicologia (tempo/duração do atendimento, espaço físico), típicos de um modelo médico predominante; falta de segurança, perigo associado ao atendimento de alguns casos específicos; insatisfações e queixas ignoradas pelas chefias.

No mais, alguns autores também assinalaram como obstáculos ao trabalho do psicólogo, fatores como: compreensão de saúde ainda muito limitada, barreira no estabelecimento do diálogo entre o campo da saúde e outros setores, como a educação (PAIVA; RONZANI, 2009); reduzida procura espontânea da população; abandono do tratamento, logo nos primeiros encontros; falta de adesão dos pacientes aos programas criados pelo setor; grande número de faltas, atrasos (DIMENSTEIN, 1998; SOUZA; DELA COLETA, 2012).

Estudos acerca do trabalho desenvolvido por psicólogos, especificamente em NASFs, mostram que o trabalho se organiza por meio de reuniões das equipes de NASF com as ESF; matriciamento; reuniões entre os componentes da equipe do NASF; ações de reabilitação junto aos usuários. A atuação do psicólogo no NASF contempla atividades como reuniões com ESF; apoio matricial; acolhimento (escuta qualificada) a partir do qual são feitas orientações ou encaminhamentos para a rede; educação permanente; ações intersetoriais; grupos terapêuticos específicos (em que um profissional atua sozinho) e compartilhados (intervenção em conjunto de mais de um técnico de nível superior); consultas específicas e compartilhadas; visitas domiciliares específicas e compartilhadas; troca de informações sobre casos específicos (discussão de casos); atividades socioeducativas, como palestras informativas sobre diversos temas de interesse da comunidade; grupos socioeducativos de adolescentes, idosos, gestantes, usuários com hipertensão e diabetes e usuários de psicotrópicos; registro das atividades, ou seja, prestação de contas, por meio de relatórios das atividades e de fichas de produtividade, como exigência das secretarias municipais de saúde; planejamento das ações, em que se é preciso conhecer o perfil epidemiológico da população atendida pelas ESF, de modo que as intervenções propostas sejam condizentes com as demandas (AZEVEDO; KIND, 2013; CELA; OLIVEIRA, 2015; KLEIN, 2015; OLIVEIRA et al., 2017; ROCHA; ALMEIDA; FERREIRA, 2016).

Conforme Dimenstein e Macedo (2012), diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes ESF e NASF, tais como problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves, entre

outros. A identificação e o acompanhamento dessas situações podem subsidiar ações de uso racional de medicamentos, continuidade dos cuidados, prevenção das admissões impróprias em hospitais psiquiátricos, estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio comunitário.

Quanto ao contexto de trabalho, de forma geral, os psicólogos do NASF apontam-no como altamente enriquecedor, uma vez que constitui um espaço de aprendizado e de troca, o que possibilita adquirir novos conhecimentos e ampliar conceitos. Entretanto, esses trabalhadores também assinalam alguns obstáculos e dificuldades no desenvolvimento desse trabalho, tais como falta de conhecimento dos psicólogos sobre seu território de atuação; baixo contingente de psicólogos das equipes para o elevado número de ESF e UBS pelas quais são responsáveis, trazendo-lhes sobrecarga de trabalho; trabalho solitário, com ausência de outro profissional da mesma área com quem possam trocar ideias, discutir casos específicos, tirar dúvidas e pedir opiniões; dificuldade para trabalhar com os grupos; falta de visibilidade, reconhecimento e valorização de seu trabalho (AZEVEDO; KIND, 2013; CELA; OLIVEIRA, 2015; KLEIN, 2015; OLIVEIRA et al., 2017; ROCHA; ALMEIDA; FERREIRA, 2016).

Outros obstáculos que dificultam o trabalho dos psicólogos no NASF dizem respeito a problemas de infraestrutura e de recursos materiais, como estrutura física precária, com número de salas insuficientes para os atendimentos; falta de conhecimento e experiência de alguns desses profissionais em atenção básica; falta de preparação acadêmica e de capacitação para a atuação em NASF; desconhecimento da função do NASF e do trabalho do psicólogo, tanto por parte das equipes das ESF quanto dos usuários; pressão para o atendimento ambulatorial direto ao usuário do sistema; falta de algumas especialidades profissionais para quem o psicólogo possa encaminhar ou solicitar apoio; supervalorização das áreas médicas; dificuldade de ouvir e acolher o sofrimento do outro por parte das ESFs (AZEVEDO; KIND, 2013; CELA; OLIVEIRA, 2015; KLEIN, 2015; OLIVEIRA et al., 2017; ROCHA; ALMEIDA; FERREIRA, 2016).

Ainda segundo as pesquisas anteriores, outras problemáticas nesse serviço dizem respeito à dificuldade de relacionamento e de articulação entre os profissionais da própria equipe NASF, entre o NASF e as equipes da ESF, muitas vezes com conflitos entre gerências do NASF e da ESF, e com outros setores da rede; resistência da ESF em reconhecer a importância e as intervenções do NASF; a não participação das ESFs em algumas atividades realizadas pelo NASF; funcionamento impróprio do NASF enquanto ambulatório de especialidades, deixando de realizar atividades centrais, como o apoio matricial, por exemplo;

baixa faixa salarial com consequente acúmulo de vínculos, a fim de incrementar o rendimento financeiro, e comprometimento das atividades realizadas no NASF.

Todas essas dificuldades na atuação do psicólogo tendem a causar prejuízos à saúde e sofrimento no profissional, manifestados em angústia, impotência, frustração, fracasso, tensão, sobrecarga, sensação de abandono e solidão, desgaste, exaustão, estresse, desânimo, cansaço, irritação, sintomas físicos (pressão alta, problemas de coluna) e emocionais (depressão, síndrome de Burnout), medo, sentimento de culpa, falta de vontade e de prazer em ir trabalhar, tensões afetivas, mal-estar/desconforto, estranhamento, compaixão e ressentimento, incertezas acerca do trabalho a ser realizado, por se tratar de um novo campo de atuação para a Psicologia, baixos níveis de qualidade de vida, elevado índice de adoecimento mental. Diante de tantos desafios colocados à prática profissional, faz-se necessário uma constante reflexão de modo a encontrar estratégias para melhorar as condições de trabalho, possibilitando ao trabalhador o desenvolvimento de suas atividades de maneira mais saudável e, desse modo, sustentar o trabalho no SUS (ARAÚJO, 2008; CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015; DUARTE; MORAES, 2016; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; NUNES, 2009; SOUZA; DELA COLETA, 2012). *Como está a saúde desses trabalhadores? Existe sofrimento patogênico nesses profissionais?*

A partir desses estudos apresentados, observa-se a importância, para o psicólogo, de um trabalho em equipe; da construção de redes e da realização de parcerias de trabalho para auxiliar no desenvolvimento do processo de trabalho; das supervisões por propiciarem a troca de informações, discussão de ideias e intercâmbio entre os diferentes saberes. Além disso, nota-se a necessidade de mais incentivos municipais à realização de cursos e o desenvolvimento de pesquisas pelos psicólogos através de plano de carreira, o que poderia auxiliar bastante na busca por outras perspectivas de atuação na Saúde Pública (NUNES, 2009). Também é necessário um investimento no que concerne às diretrizes curriculares da graduação em Psicologia, de modo a garantir novas formas de atuação desse profissional (ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012).

Böing e Crepaldi (2010) ressaltam a importância e a necessidade do trabalho da Psicologia na saúde, especialmente na ESF, pois é onde o psicólogo pode desenvolver ações mais diversificadas que contemplem a promoção, a prevenção e a educação em saúde, demonstrando que a Psicologia pode fazer mais do que psicoterapia. Com isso, a presença do psicólogo em serviços de saúde básica pode fortalecer uma perspectiva ampliada de cuidado, na qual é possível integrar saúde e saúde mental, aumentando a qualidade das ações.

Cezar, Rodrigues e Arpini (2015) afirmam que a Saúde Mental é parte das ações do psicólogo na Atenção Básica, mas não o único cenário de atuação. O psicólogo na ESF pode ser reconhecido enquanto um psicólogo sanitário, responsável por ações ampliadas e diversificadas, para que não haja a cisão entre saúde e saúde mental. Por outro lado, é preciso destacar também que a Saúde Mental não pode ser um campo de prática exclusivo da Psicologia, mas sim como um campo plural e integrado às diversas linhas de cuidado das equipes de atenção básica/saúde da família. Por esse motivo, necessita de intervenções de diversos profissionais, não apenas do psicólogo.

Por fim, nota-se que, apesar de todas as dificuldades e obstáculos, várias atividades são realizadas pelos psicólogos, inclusive as que extrapolam a assistência psicoterápica individual, e muitas também são as conquistas dos psicólogos que, paulatinamente, têm descoberto interessantes espaços de atuação na rede pública (NUNES, 2009). Conforme Dimenstein e Macedo (2012, p. 239),

[...] a participação dos psicólogos no campo da atenção primária e no da saúde mental tem conformado uma conjuntura privilegiada que tem permitido o desenvolvimento de experiências transformadoras, de novas competências e habilidades psicossociais, trazendo inovações para a formação e a requalificação dos modos de atuação no setor [...].

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2010), apesar de todas as dificuldades e limitações, os profissionais da psicologia assumem papel ativo no campo da ABS e buscam criar estratégias para superar as dificuldades e desenvolver o trabalho da melhor maneira possível. *Como se configura o trabalho dos psicólogos na Atenção Básica de Uberlândia?*

4 O CONTEXTO DE TRABALHO DO PSICÓLOGO DA ATENÇÃO BÁSICA DE UBERLÂNDIA

4.1 Aspectos Metodológicos

Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa no campo Saúde do Trabalhador, em que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2009; MINAYO, 2008), e remetido à categoria teórica de sofrimento psíquico de Christophe Dejours.

Em consonância com a Resolução 466/2012/CNS, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013a), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Uberlândia, e os sujeitos foram pesquisados somente após a aprovação do projeto pelo CEP, conforme Parecer: 2.631.554, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.1.1 Procedimento de trabalho e instrumentos utilizados

O procedimento de trabalho se dividiu em cinco etapas descritas a seguir, assim como foram utilizados os seguintes instrumentos para obtenção do material a ser examinado: levantamento bibliográfico; observação-participante; questionário sociodemográfico e profissional; entrevista individual semiestruturada; grupo focal.

a) Na etapa inicial, foi efetuado um levantamento bibliográfico referente ao tema, no período de 10 anos (2007 a 2017), conforme descrito na introdução desta pesquisa.

b) Na segunda etapa, foram aplicados os questionários sociodemográfico e profissional (APÊNDICE A) a todos os psicólogos da Atenção Básica de Uberlândia que quiseram e puderam participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE (ANEXO A). O questionário foi elaborado pelas pesquisadoras do presente estudo para mapear o perfil dos psicólogos da AB e, assim, obter informações e características desses trabalhadores, a fim de selecionar os psicólogos a serem convidados para o grupo focal e para as entrevistas, conforme os critérios de inclusão desta pesquisa, a saber: ser psicólogo, independente de idade, gênero, tipo de vínculo trabalhista, jornada de trabalho semanal e setor em que trabalha; atuante na Atenção Básica do município de Uberlândia nos 3 cenários de práticas – nas Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) – dos 4 setores (Central-Norte, Sul, Leste,

Oeste); que estivesse em pleno exercício profissional no momento da coleta de dados, a qual se deu entre maio e junho de 2018.

Os questionários foram levados até os sujeitos de pesquisa, sobretudo em reuniões de equipe – onde pode se abarcar um maior número de psicólogos – para serem respondidos após as reuniões e recolhidos naquele momento. A partir de sua aplicação, foi possível realizar uma caracterização da classe trabalhadora dos psicólogos da Atenção Básica de Uberlândia. Do universo de 53 psicólogos, apenas 37 responderam ao questionário, sendo que 16 profissionais não responderam por estarem de férias ou licença maternidade. A partir desse total, duas amostras não probabilísticas intencionais foram compostas em conformidade com os objetivos desta pesquisa: uma para ser submetida à entrevista, e outra para participar do grupo focal, como serão especificadas na quarta e quinta etapas da metodologia, abaixo.

De acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008), a quantidade final dos elementos não é o mais significativo nas amostras intencionais ou propositais, mas sim a maneira como se concebe a representatividade desses elementos e a qualidade das informações obtidas deles. A desnecessária representatividade estatística é um dos motivos pelos quais as amostras qualitativas são menores do que as necessárias nos estudos quantitativos.

c) Na terceira etapa, foram realizadas – no período entre maio e junho de 2018 – observações-participantes do processo produtivo de 3 psicólogas, escolhidas aleatoriamente, sendo uma de cada ambiente de trabalho (UAI, UBS, UBSF), após assinatura do TCLE (ANEXO B) e sem interferências em suas atividades e qualquer prejuízo para os pacientes, já que não foi observado nenhum atendimento individual. As observações foram realizadas em apenas um dia de trabalho de cada psicóloga escolhida, durante toda a sua carga horária. Foram feitas algumas anotações de campo, a fim de estabelecer uma aproximação com o processo de trabalho destas trabalhadoras. Tais anotações foram utilizadas como complemento na análise do material obtido nas entrevistas individuais e no grupo focal.

d) Numa quarta etapa, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas (roteiro no APÊNDICE B), em sala previamente reservada pelas pesquisadoras, fora do horário e do ambiente de trabalho, visando evitar prejuízos das atividades laborais e garantir a privacidade das informações e dos participantes, após a leitura e a assinatura do TCLE (ANEXO C). Foram entrevistadas 6 psicólogas, sendo duas de cada tipo de unidade de atendimento da Atenção Básica (UAI, UBS, UBSF), que trabalham há mais tempo nessas unidades, que atenderam aos critérios de inclusão descritos na etapa 2 (acima) e que concordaram e se disponibilizaram a participar, independente do setor. As entrevistas, realizadas no período entre maio e junho de 2018, foram gravadas e, posteriormente,

transcritas. Cabe esclarecer que buscou-se reduzir a relação hierárquica entre entrevistador e entrevistado.

e) Na última etapa, foi realizado um grupo focal, o qual consiste em uma técnica de coleta e de análise de dados em pesquisa qualitativa que, a partir da interação grupal, tem como objetivo obter uma variedade de informações, ideias, percepções, sentimentos, experiências, representações, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias acerca de um tema determinado, permitindo compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes. Representa, ainda para os participantes, uma oportunidade de fala, de liberação das tensões e ansiedades associadas ao tema e, para o pesquisador, um meio de observar como a controvérsia vem à tona e como os problemas são administrados e resolvidos (BACKES et al.; 2011; CARLINI-COTRIM, 1996; GATTI, 2005; GUI, 2003; KIND, 2004; WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Essa técnica mostrou-se vantajosa aos interesses deste estudo, pois permitiu a captação de significados, o alcance de um nível reflexivo e de dimensões de entendimento difíceis de conseguir com outros meios de coletas de dados. As pessoas em geral, precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias. E constantemente mudam de posição, ou fundamentam melhor sua posição inicial, quando expostas a discussões em grupo. Além disso, constituiu-se em uma importante estratégia para inserir os participantes da pesquisa no contexto das discussões de análise e síntese que contribuiriam para repensar atitudes, concepções, práticas e políticas sociais (BACKES et al.; 2011; GATTI, 2005; TRAD, 2009).

Desse modo, em horário e local previamente determinados, fora do ambiente de trabalho, visando evitar prejuízo das atividades laborais e garantir a privacidade das informações e do participante, e após a leitura e a assinatura do TCLE (ANEXO D), foi realizado – em agosto de 2018 – um grupo focal homogêneo, com psicólogos que trabalham há mais tempo em UBSF, onde se concentra o maior número desses profissionais, do município de Uberlândia. O tema debatido no grupo foi *“Características do sofrimento psíquico advindo do trabalho do psicólogo em UBSF”*.

Participaram do grupo focal sete psicólogas. À princípio, o objetivo era realizar um grupo com mais integrantes (entre 8 a 12 psicólogos), homogêneo no sentido de todos trabalharem em UBSF, porém heterogêneo no que diz respeito aos setores de atuação (Central-Norte, Sul, Leste, Oeste), com pelos menos 2 psicólogos de cada setor. No entanto, apenas os psicólogos do setor Oeste se prontificaram a participar do grupo. Psicólogos dos outros setores (Central-Norte, Sul e Leste) alegaram dificuldades e indisponibilidade quanto

ao dia, horário, local e tempo para participar. Outra intenção que também teve sua prática limitada pela dificuldade de conciliar horários de todos os participantes, foi a realização de mais encontros, quantos fossem necessários ao esgotamento de informações. Dessa forma, o grupo focal ocorreu em apenas um encontro, com 7 psicólogas de um único setor.

Durante o grupo focal, foram realizadas 3 atividades lúdicas. A opção pelo lúdico baseia-se na própria compreensão psicanalítica de Freud (1909), citado por Luckesi (2000), sobre as possibilidades de uso das atividades lúdicas. Para Freud, o ato de brincar é revelador do inconsciente, além de catártico, na medida em que expressa e libera os conteúdos do inconsciente, procurando a restauração de suas possibilidades de vida saudável, livre dos bloqueios impeditivos.

Conforme Luckesi (2000), vivenciar atividades lúdicas é um caminho tanto para o inconsciente como para a construção de identidade e individualidade. Desse modo, também para os adultos, as atividades lúdicas são catárticas e propiciam a abertura do inconsciente. Segundo o autor, a vivência de uma atividade lúdica exige uma entrega total do ser humano, corpo e mente, ao mesmo tempo, na qual os participantes estão inteiros, plenos, flexíveis, alegres, saudáveis.

Na primeira atividade, intitulada como ‘Associação-livre’, foi solicitado às participantes que escrevessem no papel-cartão, entregue juntamente com canetas a cada uma delas, a primeira palavra que viesse à cabeça após a pergunta da moderadora do grupo: *“Como você se sente no seu trabalho?”*. A segunda atividade, chamada de ‘Satisfação X Insatisfação no Trabalho’, consistiu em cada participante anotar, no papel-cartão de cor laranja, os aspectos do trabalho delas que geram insatisfação e, no papel-cartão verde, os aspectos que geram satisfação no trabalho. Por fim, a terceira atividade, nomeada ‘Fada Madrinha’, foi propor às participantes a seguinte situação: *se uma fada madrinha entrasse na sala naquele momento e concedesse a elas alguma mudança em seu trabalho, o que elas desejariam mudar?* As participantes tiveram que discutir a pergunta e decidir a resposta em conjunto, e o grupo teve que anotar suas considerações no papel pardo, com medida aproximada de 1 metro, colocado sobre a mesa diante delas.

Para cada atividade, foi reservado cerca de 30 minutos para discussão. A duração total do grupo foi de 1 hora e 37 minutos, desconsiderando a pausa para o lanche, a leitura e assinatura do TCLE. As atividades desenvolvidas durante este tempo foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

4.1.2 Análise do material obtido

Para os dados obtidos a partir dos questionários, foi realizada uma análise quantitativa que consistiu na tabulação em planilhas de Excel, que permitiu a construção de gráficos e tabelas, constando as variáveis com suas respectivas frequências absoluta e percentual.

Referente à análise qualitativa, os resultados foram submetidos aos objetivos da pesquisa e analisados segundo a abordagem de análise de conteúdo, na modalidade temática (BARDIN, 2009; MINAYO, 2008). A análise dos dados foi realizada em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados.

A pré-análise consistiu em uma leitura compreensiva e detalhada de todo o material selecionado, buscando uma visão de conjunto, porém recortando as particularidades selecionadas, o que permitiu levantar a hipótese inicial de que *as condições e o ambiente de trabalho do psicólogo na AB, em especial, a falta de salas e de recursos materiais para o atendimento, dificultam consideravelmente a operacionalização das tarefas, o que afeta de forma desfavorável a organização do trabalho, gerando insatisfação e sofrimento nos trabalhadores*. Esta hipótese foi necessária para a análise de conteúdo, a partir dos conceitos teóricos indicados e, sobretudo, para determinar os eixos temáticos de análise.

A partir da organização de todo material obtido nas entrevistas, foi possível criar 6 eixos temáticos: 1- Jornada de trabalho; 2- Ambiente e condições de trabalho; 3- Processo e organização do trabalho; 4- Relacionamentos no trabalho; 5- Prazer e sofrimento no trabalho; 6- Estratégias defensivas. Já as informações obtidas no grupo focal foram categorizadas de acordo com as três atividades lúdicas realizadas: 1- Sentimentos no trabalho; 2- Satisfação e insatisfação no trabalho; 3- Desejo de mudança.

A segunda etapa de análise dos dados, a exploração do material, consistiu em dividir os trechos do material, segundo os eixos temáticos determinados na pré-análise. Com isso, foi realizada uma leitura dialogada com o material teórico trabalhado, de modo a nomear núcleos de sentido a serem analisados com relação à hipótese para buscar temáticas mais amplas no contexto dos núcleos de sentido, elaborando redação por temas mais abrangentes criados a partir dos eixos temáticos.

Na terceira e última etapa, relativa ao tratamento dos resultados, os temas redigidos foram remetidos aos objetivos da pesquisa e à hipótese, por meio de análise interpretativa. Os resultados foram colocados em interlocução com autores do campo Saúde do Trabalhador, da Psicodinâmica do Trabalho, da Sociologia e da Saúde Pública que tratam da temática das

relações entre trabalho, subjetividade e saúde, em especial, do sofrimento psíquico e das defesas utilizadas contra o sofrimento.

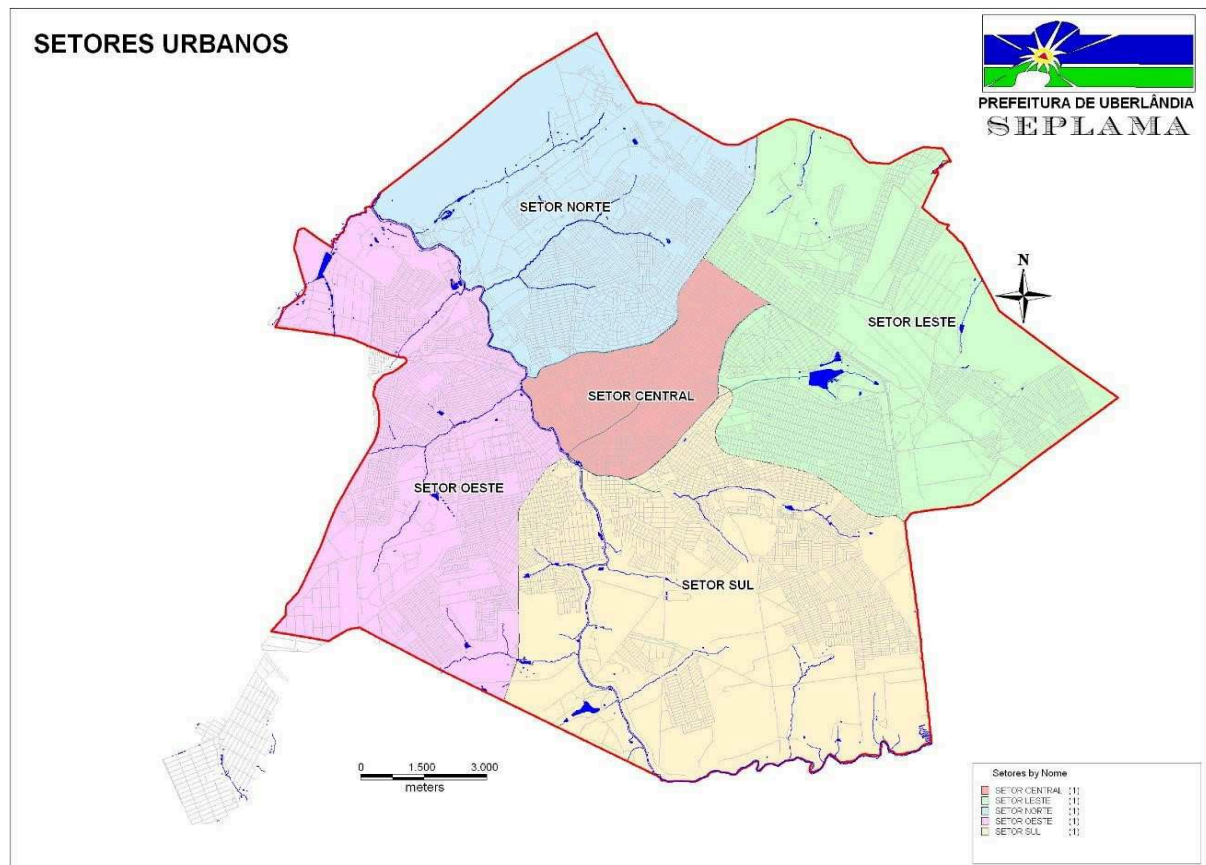
4.2 Resultados e Discussão

4.2.1 Caracterização da AB de Uberlândia

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), criada em 1983, é o órgão gestor do SUS no município de Uberlândia. Em 1991, foi elaborado o Plano Diretor de Saúde, o qual efetivou a municipalização proposta pelas normas do SUS, já que a esfera municipal de governo passou a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde em seu território (RODRIGUES, 2007).

Devido à complexidade em coordenar uma rede de serviços em uma cidade que apresenta grande extensão territorial como Uberlândia, foi necessário setorizar a atenção à saúde no município, tendo como referência a divisão político-administrativa estabelecida pela Lei nº 6.022, de maio de 1994, que criou os Setores Territoriais Urbanos. Atualmente, o município de Uberlândia é dividido em cinco setores: Central, Norte, Sul, Leste e Oeste (UBERLÂNDIA, 1994). Na área da saúde, são considerados apenas 4 setores, já que o Central, menos populoso, funde-se com o Norte, configurando o setor Central-Norte. Na Figura 2, é possível visualizar a setorialização da área urbana de Uberlândia.

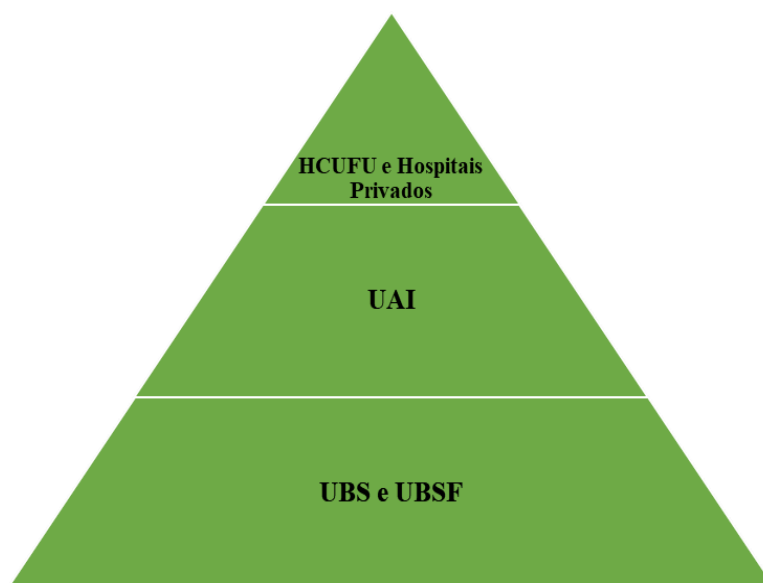
Figura 2 – Uberlândia: mapa de setores urbanos, 2017



Fonte: Uberlândia (2006).

Como já discutido no Capítulo 2, os serviços de saúde no Brasil a princípio foram organizados em níveis hierárquicos crescentes de atendimento, em função de seu grau de incorporação tecnológica. No caso de Uberlândia, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) oferecem atendimento em nível primário, com uso de pouca tecnologia; as Unidades de Atenção Integral (UAI) são exemplos de atendimento em nível secundário; e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU) e hospitais da rede privada configuram-se como prestadores de serviços de nível terciário. A hierarquia do sistema de saúde pública em Uberlândia pode ser representada na Figura 3.

Figura 3 – Uberlândia: hierarquia do sistema de saúde pública, 2017



Fonte: Adaptado de Rodrigues (2007).

É importante ressaltar que as UAIs são unidades mistas e, por isso, também possuem ambulatorios de atenção básica que funcionam das 7h às 22h, com a instalação do horário do trabalhador, além do pronto atendimento funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana. Um dos marcos históricos do atendimento à saúde em Uberlândia foi a fundação das UAIS, em 1994, com o objetivo de diminuir o fluxo de demanda para o HCUFU. Os documentos de criação das UAIs propõem que para cada 50 mil habitantes deve existir uma UAI. Elas oferecem consultas especializadas, como: Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Urologia (RODRIGUES, 2007; UBERLÂNDIA, 2014c).

A UBS é a estrutura física básica de atendimento, que já existia antes da implantação do PSF, onde a comunidade deve conseguir resolver a maioria dos problemas, com qualidade. Cada unidade é responsável pela saúde de todos os habitantes de uma determinada região da cidade, chamada de área de abrangência. Todo planejamento das ações de saúde da unidade é voltado para esta comunidade, entendendo as situações socioeconômicas e priorizando grupos de risco. Apresenta um coordenador e uma equipe formada por médico nas clínicas básicas (clínica geral, pediatra, ginecologista), dentista, psicólogo, assistente social e enfermeiro (UBERLÂNDIA, 2014c).

Em setembro de 2003, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) em Uberlândia pela Secretaria Municipal de Saúde, direcionado prioritariamente à população

residente em áreas de risco social, definidas em estudos realizados pela Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU). As UBSFs são unidades de atenção básica que têm a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de organização, cujo objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em densidade tecnológica. O surgimento das UBSFs em Uberlândia se deu de duas formas: pela implantação de ESFs, onde já existia uma UBS, e pela implantação de consultórios do PSF em casas alugadas pela PMU, onde não existia uma UBS. Em algumas UBSs da cidade ainda não foram implantadas as ESFs (RODRIGUES, 2007).

A Equipe Saúde da Família é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, além dos profissionais de apoio como serviços gerais e auxiliar administrativo. Em 28 equipes de saúde da família do município, há a presença da equipe de saúde bucal, formada por um cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. Cada equipe de ESF trabalha com área de abrangência definida de acordo com a população adscrita, que deve ser no máximo 4.500 mil pessoas, cuidando de todos os ciclos de vida, desde o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas, com foco na família (UBERLÂNDIA, 2014c).

Além das equipes saúde da família, existe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantado em Uberlândia em 2015, composto por profissionais de diferentes formações atuando de maneira integrada e apoiando as equipes saúde da família, aumentando a resolubilidade das equipes, possibilitando o atendimento integral e melhorando a qualidade de vida das pessoas. O NASF conta com profissionais especialistas como psicólogos, psiquiatras, pediatras, ginecologistas, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos e fisioterapeutas (UBERLÂNDIA, 2014c).

Por fim, existe o atendimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que oferece serviços de Reiki, danças circulares, homeopatia, acupuntura, em algumas unidades de saúde e também no Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares. Qualquer profissional de nível superior pode fazer o encaminhamento do paciente, preenchendo o formulário que fica na Unidade (UBERLÂNDIA, 2014c).

O município dispõe de 56 UBSFs, 9 UBSs e 8 UAIs. No total, são 74 equipes de saúde da família, distribuídas nas UBSFs e em 10 NASFs. A Atenção Básica conta com um total de 53 psicólogos distribuídos nessas Unidades, sendo 29 em UBSFs; 12 em UBSs; 11 em UAIs; e 1 para a zona rural. Os psicólogos de referência para a ESF fazem parte dos NASFs (UBERLÂNDIA, 2014c).

Atualmente, a SMS utiliza-se da estratégia do sistema de informação *Fastmedic*. Trata-se do prontuário eletrônico, em que o registro de informações no sistema integra as ações desenvolvidas em todas as unidades da Rede Municipal de Saúde. O sistema oferece um protocolo de atendimento, auxiliando no planejamento da agenda dos profissionais, procedimentos e visitas. Para cada especialidade profissional, existe uma ação programada específica (UBERLÂNDIA, 2018a).

Segundo Rodrigues (2007), apesar da tentativa de assegurar um modelo de funcionamento em Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizado pela integralidade do cuidado, os serviços de saúde de Uberlândia seguem a lógica do sistema segmentado de saúde, organizado de forma hierárquica de acordo com o modelo piramidal, com falha na comunicação entre os três níveis de atenção à saúde, conforme discutido no capítulo 2 por autores como Mendes (2010) e Paim (2009).

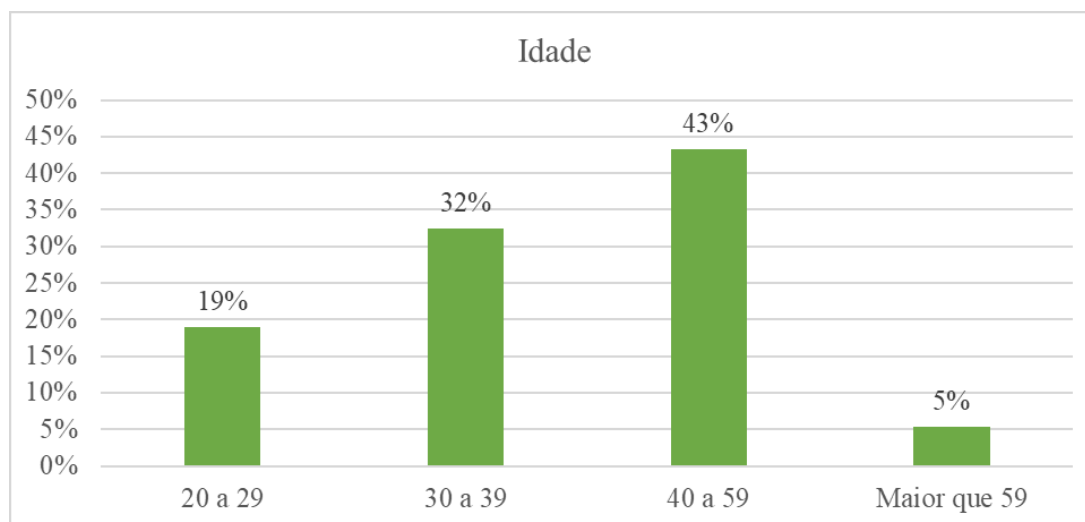
4.2.2 Caracterização dos psicólogos da AB de Uberlândia

A partir das informações obtidas nos questionários sociodemográfico e profissional, foi possível caracterizar os trabalhadores psicólogos da Atenção Básica do município de Uberlândia-MG.

A SMS conta com 53 psicólogos atuando na AB de Uberlândia, porém 37 pessoas (70%) responderam ao questionário, sendo que o restante, 16 profissionais (30%), estavam de férias ou licença maternidade. Houve resistência por parte de alguns psicólogos, inclusive após concordar em participar da pesquisa e assinar o TCLE, o que se manifestou como falta de interesse, indisposição ou desconfiança, evidenciado nas seguintes perguntas: *“é muito longo?”*; *“vai demorar muito?”*; *“é sigiloso né?”*; *“a gente não vai ser identificado não né?”*. Daí surgem algumas questões: *qual a dificuldade dos psicólogos em se mostrar? Do que eles têm medo? Estaria relacionado com o tipo de gestão da SMS?* Essa mesma secretaria, por meio da coordenação municipal da AB, ofereceu dificuldade e resistência em liberar a realização desta pesquisa com os psicólogos da rede básica, alegando risco de apresentar dados enviesados. A autorização só ocorreu após algumas alterações no projeto de pesquisa, exigidas pela coordenação.

Com relação aos dados sociodemográficos, do total de 37 psicólogos que responderam o questionário, 43% têm idade entre 40 a 59 anos; 32% têm entre 30 a 39 anos; 19% têm entre 20 a 29 anos; e 5% têm mais de 59 anos, conforme mostra o Gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1 – Uberlândia: idade dos psicólogos da AB, 2018

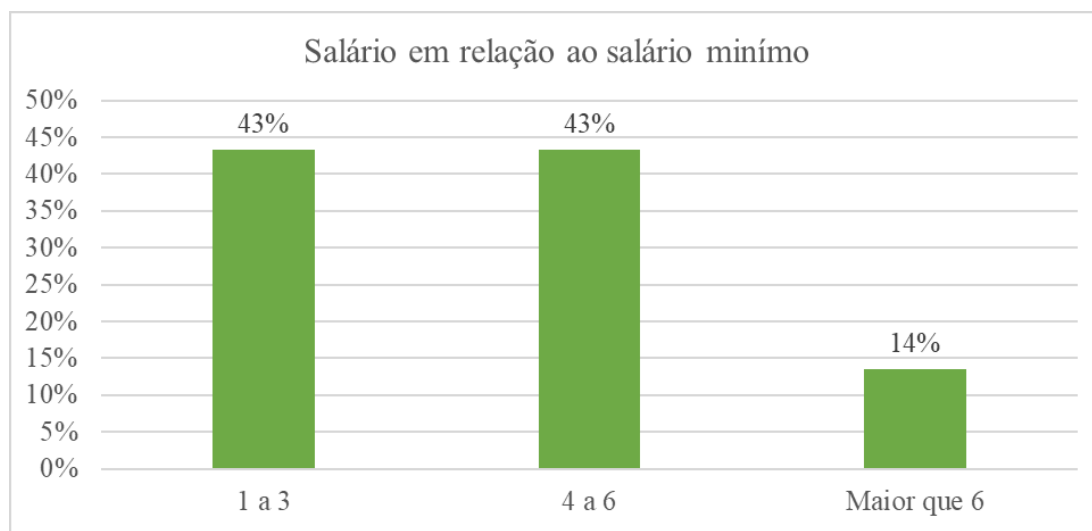


Fonte: As autoras.

A maioria é constituída pelo gênero feminino, representada por 86%, e apenas 14% dos respondentes são do gênero masculino. No que se refere à religião, 27% seguem religião católica; 27% são espíritas e 14% são evangélicos; porém, 22% não têm religião, assim como 5% responderam ter outra religião não apresentada no questionário; um respondente (3%) é ateu e um (3%) marcou várias religiões. Quanto ao estado civil, 41% estão em uma união estável; 32% são solteiros; e 27% são separados/divorciados; sendo que a maioria, 54%, não tem filhos; 22% têm apenas um filho; 16% têm dois filhos; e 8% têm três filhos. E ainda, 31% dos psicólogos residem com apenas uma pessoa, 29% com mais duas pessoas e 11% com mais 3 pessoas; apenas um (3%) respondente mora com mais quatro pessoas e 26% moram sozinhos, como pode ser visualizado na Tabela 1.

No que diz respeito ao salário dos psicólogos, 43% recebem de 1 a 3 salários mínimos; 43% recebem de 4 a 6 salários mínimos; e apenas 14% ganham mais que 6 salários mínimos, como pode ser observado no Gráfico 2 mais adiante. Considerando a renda familiar, 42% possuem renda maior que 6 salários mínimos; 39% têm renda familiar entre 4 a 6 salários mínimos; e 19% apresentam renda entre 1 a 3 salários mínimos.

Gráfico 2 – Uberlândia: faixa salarial dos psicólogos da AB, 2018



Fonte: As autoras.

De todos os dados encontrados da classe de psicólogos, as diferenças percentuais que mais chamam a atenção são o gênero e o salário. A categoria é constituída em sua grande parte por mulheres e o salário para a maioria não ultrapassa 6 salários mínimos. Esses achados corroboram a afirmação de Pereira e Pereira Neto (2003), mencionada no capítulo 3, de que a profissão de psicologia no Brasil continua sendo predominantemente feminina (o número de psicólogas chega a 85%); e mal remunerada.

Em 2015, a Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei PL 1015/15, o qual estabelece o piso salarial de R\$ 3.600,00 para os psicólogos que atendem em empresas privadas. A remuneração dos psicólogos que trabalham para União, Estados ou Municípios deve ser fixada em lei específica de iniciativa do Presidente da República, dos Governadores ou Prefeitos. Na época, a presidente do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mariza Borges, denunciou que os salários eram muito baixos, principalmente, nos serviços que atendem a população em geral, como os que são prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Há relatos de casos de editais para contratação com valor de 700 reais mensais, em especial, no Norte e Nordeste do país (BRASIL, 2015a).

Tabela 1 – Uberlândia: dados sociodemográficos dos psicólogos da AB, 2018

	Categoria	Quantidade	Percentual
Idade	20 a 29	7	19%
	30 a 39	12	32%
	40 a 59	16	43%
	Maior que 59	2	5%
Gênero	Feminino	32	86%
	Masculino	5	14%
Religião	Ateu	1	3%
	Católico	10	27%
	Espírita	10	27%
	Evangélico	5	14%
	Outra	2	5%
	Sem religião	8	22%
	Várias	1	3%
Estado civil	União Estável	15	41%
	Separado/Divorciado	10	27%
	Solteiro	12	32%
Número de filhos	0	20	54%
	1	8	22%
	2	6	16%
	3	3	8%
Número de pessoas na residência	1	9	26%
	2	11	31%
	3	10	29%
	4	4	11%
	5	1	3%
Salário	1 a 3	16	43%
	4 a 6	16	43%
	Maior que 6	5	14%
Renda familiar	1 a 3	7	19%
	4 a 6	14	39%
	Maior que 6	15	42%

Fonte: As autoras.

Além desses aspectos, também foi questionado sobre as atividades físicas e de lazer realizadas pelos psicólogos respondentes. No lazer, a maioria, 92%, tem preferência por visitas a amigos ou familiares, assim como 86% por dormir ou descansar, 73% por viagem, 70% por bares ou restaurantes, 59% por cinema e por leitura cada; 57% por passeios em parque e em shopping cada. Além disso, 40% optaram por festas; 32% assinalaram casa de shows e dança; 27% selecionaram clube; 24% citaram teatro; 11% curiosamente mencionaram realizar atividades físicas considerando-as como lazer; outras opções como jardinagem e música foram apontadas por 5% cada; e costura, igreja, séries e trabalho voluntário foram citados por 3% cada, como mostra a Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Uberlândia: atividades de lazer dos psicólogos da AB, 2018

Lazer	Quantidade	Percentual
Visitas	34	92%
Dormir	32	86%
Viagem	27	73%
Bares/restaurantes	26	70%
Cinema	22	59%
Leitura	22	59%
Parque	21	57%
Shopping	21	57%
Festa	15	40%
Shows/Dança	12	32%
Clube	10	27%
Teatro	9	24%
Atividades Físicas	4	11%
Jardinagem	2	5%
Música	2	5%
Costura	1	3%
Igreja	1	3%
Séries	1	3%
Trabalho voluntário	1	3%

Fonte: As autoras.

Quanto às atividades físicas, a maioria, 73%, pratica alguma atividade, sendo que 30% citaram musculação; 22% referiram fazer caminhada; 11% mencionaram a dança considerando-a como uma atividade física; as práticas de corrida e pilates foram apontadas por 8% cada; 5% mencionaram yoga; outras atividades como futsal, ginástica, hidrospinning e natação foram citadas por 3% cada; e 27% não praticam nenhuma atividade, conforme mostra a Tabela 3 abaixo:

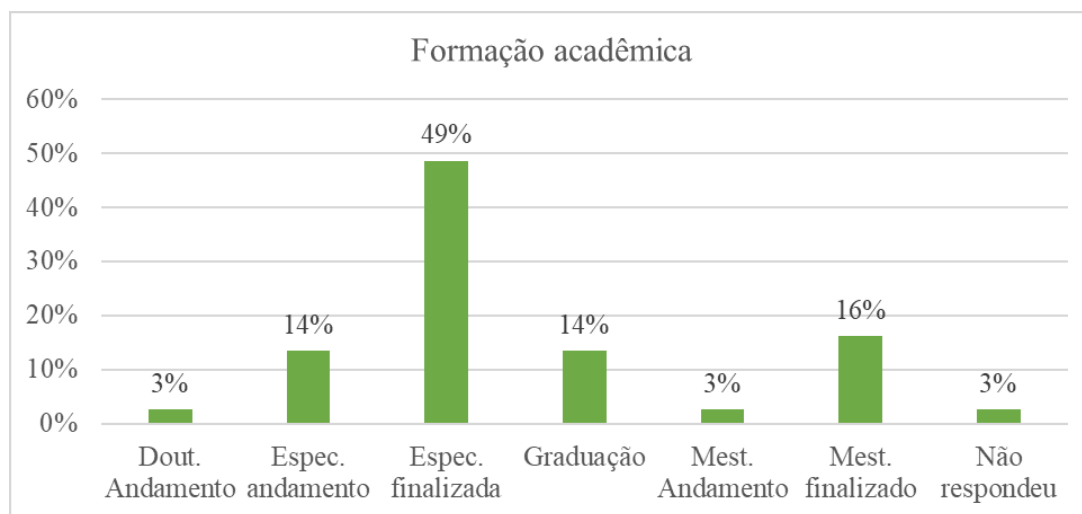
Tabela 3 – Uberlândia: atividades físicas dos psicólogos da AB, 2018

Atividades Físicas	Quantidade	Percentual
Musculação	11	30%
Nenhuma	10	27%
Caminhada	8	22%
Dança	4	11%
Corrida	3	8%
Pilates	3	8%
Yoga	2	5%
Futsal	1	3%
Ginástica	1	3%
Hidrospinning	1	3%
Natação	1	3%

Fonte: As autoras.

Quanto aos dados profissionais, encontrou-se que a maioria dos psicólogos, 65%, tem pós-graduação, sendo que 49% têm especialização finalizada e 16% têm mestrado finalizado. Do restante, 20% possuem pós-graduação em andamento, sendo que 14% estão fazendo especialização e 3% estão com mestrado e doutorado em andamento cada; 14% têm apenas graduação; e uma (3%) pessoa não respondeu essa questão, conforme ilustrado no Gráfico 3 abaixo:

Gráfico 3 – Uberlândia: formação acadêmica dos psicólogos da AB, 2018



Fonte: As autoras.

Conforme já abordado no capítulo 3, apesar do trabalho na Saúde Pública ser uma oportunidade de expansão da Psicologia para outras áreas de atuação que vão além do consultório particular, o psicólogo ainda tem uma formação acadêmica muito limitada ao ensino de uma prática clínica individualizante e curativa, que não condiz com os princípios norteadores do SUS. Por isso, para ser capaz de acompanhar os novos modos de gestão dos processos de trabalho no SUS, é necessário investimento em capacitação como cursos, por exemplo.

Como a SMS raramente oferece esse tipo de investimento, o trabalhador precisa ir em busca da sua própria qualificação profissional, disponibilizando recursos financeiros próprios e tempo fora de seu horário de trabalho. Talvez seja por isso que a maioria dos psicólogos pesquisados fez apenas uma especialização. Os psicólogos que avançam seus estudos para o Mestrado ou Doutorado, muitas vezes o fazem porque pensam em substituir o trabalho na Saúde Pública por uma carreira acadêmica, ou porque são servidores efetivos

concursados e, por isso, conseguem progressão no Plano de Cargos e Carreira, tendo como motivação maior um retorno financeiro.

Considerando o vínculo trabalhista, as contratações do setor público podem ocorrer tanto pelo Regime Estatutário quanto pelo da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Atualmente, o quadro de psicólogos servidores da Secretaria Municipal de Saúde compreende servidores efetivos – aqueles aprovados previamente em concurso de provas ou de provas e títulos da PMU e, por isso, trabalham em regime estatutário municipal – e celetistas, admitidos via processo seletivo cujo regime de trabalho é CLT. A maioria, 59%, é celetista e 41% são servidores efetivos municipais, conforme mostra a Tabela 4.

As contratações de funcionários para trabalhar no setor público municipal normalmente são realizadas pelas OSs (Organização Social). Nestes casos, à PMU, isenta da gestão, cabe apenas repassar os recursos financeiros e trimestralmente fazer uma avaliação dos resultados, isto é, averiguar se as metas estabelecidas por ela foram cumpridas pela OS. A PMU mantém, desde 1996, um contrato de gestão de serviços de saúde com a Fundação Maçonica Manoel dos Santos (FMMS), a qual se apresenta como uma fundação de caráter comunitário, educativo e filantrópico (RODRIGUES, 2007). Em 2007, a Organização Social Missão Sal da Terra também celebrou contrato de gestão com o município de Uberlândia (UBERLÂNDIA, 2007).

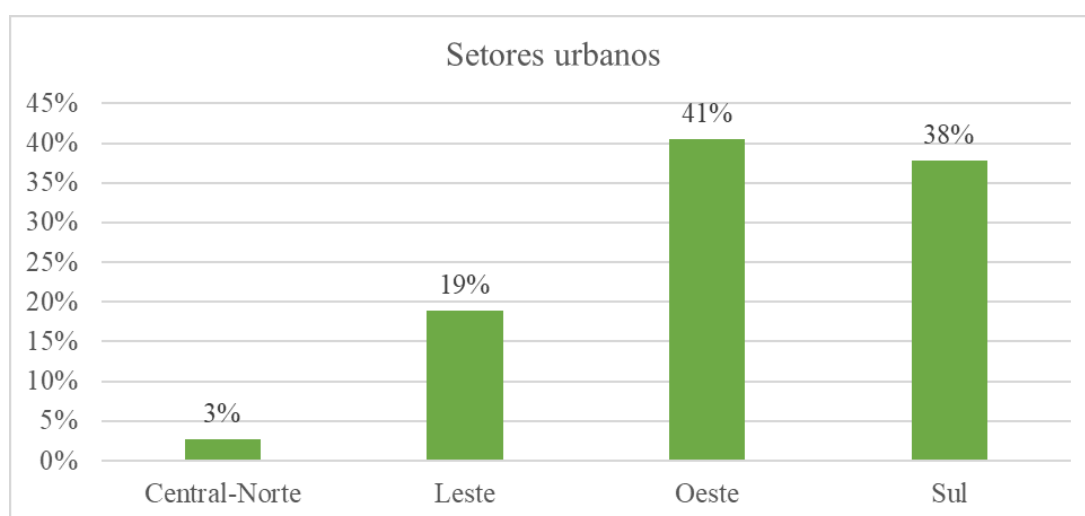
Recentemente, a PMU firmou também um contrato de gestão entre o município de Uberlândia e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), organização social civil de direito privado, sem fins lucrativos. A justificativa da SMS para a contratação de organizações sociais é dotar as unidades assistenciais de saúde de maior flexibilidade administrativa e autonomia, desde que as OSs se comprometam a organizar, implementar e desenvolver ações de assistência à saúde nas Unidades de Saúde (UBERLÂNDIA, 2018b). Porém, sabe-se que a transferência da gestão do serviço de saúde pública para instituições não estatais – especificamente para as Organizações Sociais – leva ao sucateamento do serviço público oferecido, já que reduz o tamanho do Estado e privatiza o serviço de saúde pública, na medida em que incumbe às OSs a administração de todos os recursos e bens públicos. Além disso, contraria a Constituição Federal, na qual consta que a saúde é direito de todos e dever do Estado. O Estado é o responsável direto pela gestão da Saúde e, por isso, a Saúde Pública deve ser administrada pelo Estado, não devendo haver transferência para OSs.

Nesta pesquisa, é possível notar que um maior número de psicólogos da AB trabalha como contratado sob regime da CLT. Neste modelo, não há exigência de concursos públicos,

deste modo, os trabalhadores são contratados por processo seletivo, perdendo a estabilidade de emprego e outros direitos trabalhistas, se comparado ao servidor efetivo. Tal realidade demonstra que a gestão do trabalho na Saúde em Uberlândia não difere da lógica do neoliberalismo, já apresentada no capítulo 1, com privatização, flexibilização, desregulamentação dos direitos trabalhistas, precarizando as relações de trabalho e os direitos sociais. São dados expressivos que reforçam o que já foi dito sobre precarização do trabalho, conduzindo a análise de que o trabalho na Saúde em Uberlândia é predominantemente precarizado.

No que se refere ao tempo de atuação profissional na Saúde Pública, 57%, portanto a maioria, têm mais de 5 anos de trabalho nessa área; 35% têm entre 2 a 5 anos; 5% têm entre 1 a 2 anos; e apenas uma (3%) pessoa trabalha há menos de 1 ano na Saúde Pública. Sobre o tempo de atuação profissional na Atenção Básica, 46% têm mais de 5 anos; 35% têm entre 2 a 5 anos; 14% têm entre 1 a 2 anos; e 5% têm menos de 1 ano. Especificamente na Atenção Básica de Uberlândia, a maioria, 81%, tem mais de 2 anos de atuação, sendo que 46% têm mais de 5 anos e 35% têm entre 2 a 5 anos; e apenas 19% têm menos de 2 anos de atuação, sendo que 14% têm entre 1 a 2 anos e 5% têm menos de 1 ano (vide Tabela 4). Quanto ao setor urbano em que trabalham, 41% concentram-se no setor Oeste, provavelmente por ser o setor maior e mais povoado; 38% no setor Sul; 19% no setor Leste; e 3% no Central-Norte, como ilustra o Gráfico 4 abaixo:

Gráfico 4 – Uberlândia: setores urbanos de atuação dos psicólogos da AB, 2018



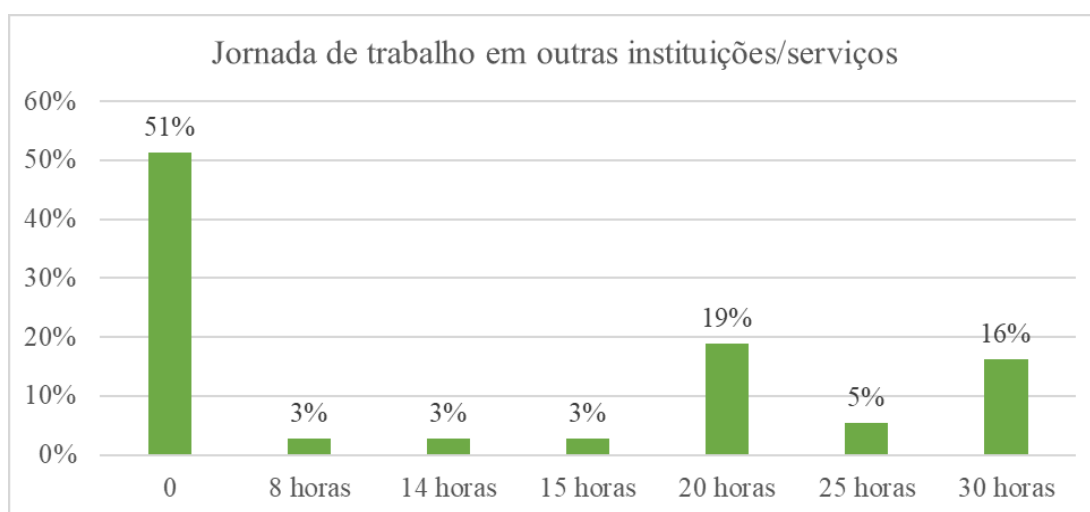
Fonte: As autoras.

Referente ao tipo de Unidade em que trabalham atualmente, a maioria dos psicólogos, 59%, atua em UBSF, que representa a maior parte das Unidades na cidade; 27%

trabalham em UAI; e 14% em UBS; sendo que 35% trabalham na Unidade atual entre 1 a 3 anos; 30% entre 4 a 6 anos; 11% trabalham entre 7 a 9 anos e entre 10 a 12 anos cada; 8% trabalham mais de 12 anos; e apenas 5% atuam há menos de 1 ano. A maioria dos psicólogos, 68%, nunca trabalhou em outro tipo de Unidade de AB, porém 11% já atuaram em UAI e UBSF cada; 5% já trabalharam em UBS; e 3% já atuaram em UBS e UBSF, e em UBSF e UAI cada; sendo que, entre os que já atuaram em outro tipo de Unidade que não a atual, 14% trabalharam de 4 a 6 anos; 5% trabalharam menos de 1 ano, de 1 a 3 anos e de 7 a 9 anos cada; e uma (3%) pessoa não respondeu essa questão, como mostra a Tabela 4.

No que diz respeito à jornada de trabalho, 54% dos psicólogos, portanto a maioria, fazem 20 horas semanais; 35% fazem 30 horas; e 11% fazem 40 horas; sendo que 49% não trabalham em outras instituições/serviços; 27% fazem atendimento em clínica particular; 5% atuam em CAPS; 3% trabalham no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); 3% no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); 3% em UBS; 3% no Hospital de Clínicas da UFU; 3% em Unidade de Acolhimento; 3% com Saúde Mental (sem especificação do local) e 3% no Ensino Superior (conforme Tabela 4). Dentre os psicólogos que têm outro vínculo empregatício, 19% fazem 20 horas semanais em seu outro local de trabalho; 16% fazem 30 horas semanais; 5% citaram 25 horas semanais; e 3% mencionaram 8, 14 e 15 horas semanais cada, conforme demonstrado no Gráfico 5 abaixo:

Gráfico 5 – Uberlândia: carga horário do outro vínculo empregatício dos psicólogos da AB, 2018



Fonte: As autoras.

Tabela 4 – Uberlândia: dados profissionais dos psicólogos da AB, 2018

	Categoria	Quantidade	Percentual
Formação	Dout. Andamento	1	3%
	Espec. andamento	5	14%
	Espec. finalizada	18	49%
	Graduação	5	14%
	Mest. Andamento	1	3%
	Mest. finalizado	6	16%
	Não respondeu	1	3%
Tipo de Vínculo Trabalhista	CLT	22	59%
	PMU	15	41%
Tempo de atuação na Saúde Pública	Menor que 1 ano	1	3%
	1 a 2 anos	2	5%
	2 a 5 anos	13	35%
	Maior que 5 anos	21	57%
Tempo de atuação na Atenção Básica	Menor que 1 ano	2	5%
	1 a 2 anos	5	14%
	2 a 5 anos	13	35%
	Maior que 5 anos	17	46%
Tempo de atuação na Atenção Básica de Uberlândia	Menor que 1 ano	2	5%
	1 a 2 anos	5	14%
	2 a 5 anos	13	35%
	Maior que 5 anos	17	46%
Setor	Central-Norte	1	3%
	Leste	7	19%
	Oeste	15	41%
	Sul	14	38%
Tipo de Unidade de trabalho atual	UAI	10	27%
	UBS	5	14%
	UBSF	22	59%
	Menor que 1 ano	2	5%
Tempo de trabalho na Unidade atual	1 a 3 anos	13	35%
	4 a 6 anos	11	30%
	7 a 9 anos	4	11%
	10 a 12 anos	4	11%
	Maior que 12 anos	3	8%
Trabalhou em outro tipo de Unidade da Atenção Básica	Não	25	68%
	UAI	4	11%
	UBS	2	5%
	UBS e UBSF	1	3%
	UBSF	4	11%
	UBSF e UAI	1	3%

Tempo de trabalho em outro tipo de Unidade de Atenção Básica	0	25	68%
	Menor que 1 ano	2	5%
	1 a 3 anos	2	5%
	4 a 6 anos	5	14%
	7 a 9 anos	2	5%
	Não respondeu	1	3%
Jornada de trabalho em horas semanais	20	20	54%
	30	13	35%
	40	4	11%
	Não	18	49%
Trabalho em outras instituições/serviços	Clínica particular	10	27%
	CRAS	1	3%
	CAPS	2	5%
	UBS	1	3%
	HC-UFU	1	3%
	CREAS	1	3%
	Unidade de acolhimento	1	3%
	Saúde mental	1	3%
	Ensino Superior	1	3%
Jornada de trabalho em outras instituições/serviços em horas semanais	0	19	51%
	8	1	3%
	14	1	3%
	15	1	3%
	20	7	19%
	25	2	5%
	30	6	16%

Fonte: As autoras.

4.2.3 As atividades dos psicólogos na AB de Uberlândia

Conforme o Plano de Cargo e Carreiras – Diário oficial nº 4493 de 29 de setembro de 2014, o servidor lotado na função Analista em Serviço Público, como é o caso do psicólogo, tem como atribuições gerais:

a) planejar, organizar, executar ou avaliar as atividades inerentes aos objetivos e metas institucionais; b) assessorar os gestores; c) emitir pareceres, laudos e atestados dentro da área de atuação de sua especialidade, respeitando a legislação vigente; d) coordenar as atividades de sua unidade administrativa, projetos ou programas, quando requisitado pela Administração Pública Municipal; e) atuar como instrutor em programas de capacitação; f) prestar atendimento ao usuário dos serviços públicos [...] (UBERLÂNDIA, 2014a, p. 4).

Quanto às atribuições específicas e oficiais do cargo de psicólogo, a principal ação no cuidado aos usuários da saúde pública é o *projeto terapêutico*, traçado de maneira singular com cada usuário dos serviços, sua família e demais redes de suporte social, de acordo com as necessidades e demandas de cada caso e dos dispositivos de atenção existentes (UBERLÂNDIA, 2014a).

A partir das observações-participantes, foi possível verificar que, no geral, o processo de trabalho do psicólogo da AB envolve atividades com as seguintes tarefas: acolhimento em saúde mental, atendimentos individuais e/ou grupais, grupos temáticos, visitas domiciliares, busca ativa, reuniões com os agentes comunitários de saúde, participação em tutoria psiquiátrica. Também fazem relatórios e declarações de comparecimento, quando solicitados pelos pacientes; encaminhamentos; discussões de caso e matriciamento com a equipe de trabalho; bem como registro em prontuário eletrônico ao final de cada atividade. Além disso, participam de reuniões de equipe do Setor, da qual fazem parte também profissionais do CAPS adulto, CAPS AD (álcool e outras drogas) e CAPS IA (infância e adolescência); e quando disponibilizado pela Secretaria de Saúde, participam de capacitações na área.

Dessa forma, observa-se que as atividades desenvolvidas pelos psicólogos da AB estão de acordo com o relatório do CFP (2010), mencionado no capítulo 3, que lista uma diversidade de ações e formas de intervenção clínico-social desse profissional. Também estão em conformidade com as tarefas, ou seja, as atribuições prescritas para o cargo de psicólogo pela SMS. Evidentemente que na prática o trabalho real é diferente do trabalho prescrito. Afinal, é preciso considerar as demandas locais, ou seja, as características da população e do tipo de Unidade de Saúde e de sua equipe, presentes na área de abrangência em questão, além da subjetividade de cada trabalhador.

Lembrando uma pontuação de Dimenstein e Macedo (2012), no capítulo 3, apesar dos avanços quanto à presença e importância do psicólogo nos serviços de saúde pública, esse profissional ainda trabalha isoladamente. Por isso, as atividades que precisa realizar em conjunto com outros profissionais da equipe ou com outros serviços da rede, tornam-se dificultadas e, por vezes, impossíveis. Sendo assim, tarefas como trabalhar em rede, mantendo comunicação e trabalho em equipe com outros dispositivos de atenção e de suporte social, bem como assessorar os gestores, conforme prescritas no Plano, normalmente ficam a desejar. Essas informações serão mais bem explicadas na discussão dos eixos temáticos.

4.2.4 Eixos temáticos: explorando as entrevistas

Com as informações obtidas nas entrevistas, foi possível criar 6 eixos temáticos, os quais serão tratados detalhadamente nos próximos itens. Para resguardar a identidade das entrevistadas, foram atribuídos a elas, nomes de deusas gregas, já que na mitologia grega, os deuses são figuras com forma semelhante à humana e personificam emoções, sentimentos e fatos ocorridos, características pertinentes a essas trabalhadoras, que apesar de humanas, apresentam-se como verdadeiras deusas, guerreiras, cercadas por vivências e emoções variadas e intensas no seu trabalho. Os nomes escolhidos foram *Métis*, *Hebe*, *Eris*, *Atena*, *Gaia* e *Elpis*. Para os nomes das Unidades de Saúde citadas, foram escolhidas aleatoriamente letras do alfabeto (X, Y, Z, W). O Quadro 1 abaixo ilustra algumas características sociodemográficas e profissionais de cada entrevistada:

Quadro 1 – Uberlândia: alguns dados sociodemográficos e profissionais das entrevistadas, 2018

<i>Métis</i>	Tem 52 anos; é separada/divorciada; recebe de 4 a 6 salários mínimos; tem Especialização concluída; é concursada; trabalha há 29 anos na AB de Uberlândia, especificamente em UBS, no setor Sul, com carga horária de 4 horas diárias; possui outro vínculo trabalhista.
<i>Hebe</i>	Tem 29 anos; é casada; recebe mais de 6 salários mínimos; está em processo de Mestrado; é concursada; trabalha há 4 anos na AB de Uberlândia, especificamente em UBS, no setor Oeste, com carga horária de 6 horas diárias; possui outro vínculo trabalhista.
<i>Eris</i>	Tem 41 anos; é solteira; recebe de 4 a 6 salários mínimos; tem Especialização concluída; é concursada; trabalha há 10 anos na AB de Uberlândia, sendo 8 anos em UAI, no setor Oeste, com carga horária de 6 horas diárias; não possui outro vínculo trabalhista.
<i>Atena</i>	Tem 38 anos; é casada; recebe de 4 a 6 salários mínimos; tem Especialização concluída; é contratada; trabalha há 12 anos na AB de Uberlândia, sendo 8 anos em UAI, no setor Sul, com carga horária de 4 horas diárias; possui outro vínculo trabalhista.
<i>Gaia</i>	Tem 41 anos; é separada/divorciada; recebe de 4 a 6 salários mínimos; tem especialização finalizada; é concursada; trabalha há 10 anos na AB de Uberlândia, especificamente em UBSF, no setor Oeste, com carga horária de 6 horas diárias; possui outro vínculo trabalhista.
<i>Elpis</i>	Tem 45 anos; é casada; recebe de 4 a 6 salários mínimos; tem título de Mestre; é concursada; trabalha há 12 anos na AB de Uberlândia, sendo 10 anos em UBSF, no setor Sul, com carga horária de 6 horas diárias; não possui outro vínculo trabalhista.

Fonte: As autoras.

4.2.4.1 Jornada de trabalho

“... a vida toda eu tive um outro vínculo [...] que é o consultório.” (Métis)

No que se refere à jornada de trabalho das psicólogas entrevistadas, chama a atenção o fato de que a maioria delas possui duplo vínculo empregatício, conforme a fala de *Métis*, enfatizada como epígrafe deste eixo temático. Das seis trabalhadoras, duas têm apenas um vínculo empregatício, sendo que *Eris* trabalha 4 horas diárias e *Elpis* trabalha 6 horas diárias.

As outras quatro psicólogas têm dupla jornada, sendo que *Métis*, além de trabalhar 4 horas diárias na saúde pública, também atende em um consultório particular; e as outras têm duplo vínculo com a prefeitura, a saber: *Hebe* trabalha 6 horas diárias em uma UBS como servidora efetiva e mais 6 horas diárias no CREAS como contratada pela SPDM, totalizando 12 horas diárias de trabalho; *Atena* trabalha 4 horas diárias em uma UAI como contratada da Missão Sal Terra e 6 horas diárias em um CAPS como contratada da SPDM, perfazendo um total de 10 horas diárias de trabalho; *Gaia* trabalha 6 horas em UBSF como servidora efetiva e 4 horas em uma UAI como contratada pela SPDM, somando 10 horas diárias de trabalho. Essas informações podem ser constatadas nos dados sociodemográficos coletados nos questionários, nas anotações de campo das observações-participantes e nos relatos que seguem:

[...] quando eu saio daqui, eu trabalho em outro local [...] meu outro trabalho é na área de assistência judicial. (Hebe)

[...] eu chego na unidade entre oito e oito e quinze [...] depois eu saio daqui e eu tenho um intervalo curtíssimo de almoço e eu vou pro CAPS né? (Atena)

[...] e aí no outro horário eu tô na UAI. (Gaia)

O fato dos psicólogos possuírem duplo vínculo empregatício provavelmente está relacionado à necessidade de incrementar a renda financeira, dado o baixo salário pago pelo município à categoria, conforme informação obtida no questionário, em que há trabalhadores que ganham entre 1 a 3 salários, e também conforme afirmação abaixo:

*[...] se esse trabalho fosse melhor reconhecido, melhor remunerado, seria apenas um; isso resolveria muitas questões, porque **muitos profissionais de saúde hoje têm dois, três trabalhos pra poder ter uma remuneração digna de dar conta de tudo que a vida exige né? Com dignidade, com qualidade de***

*vida, de recursos [...] eu preciso ainda ter outro vínculo e eu não quero ter outro vínculo que não seja em saúde pública; como eu estou em dois, eu penso que **essa jornada dupla hoje não me oferece qualidade de vida que eu preciso, que eu desejo.** (Atena)*

Outros estudos corroboram este achado, como é o caso da pesquisa de Macedo e Dimenstein (2012) com psicólogos que atuam em UBS na cidade de Natal, em que os autores encontraram que os baixos salários (entre três a quatro salários mínimos) fazem com que os psicólogos complementem sua renda com um segundo local de trabalho, normalmente atuação em clínicas privadas, na rede hospitalar privada e na docência do ensino superior.

Estudo de Araújo (2008) com psicólogos das UBSs de um município do Estado de São Paulo também apontou baixos salários e carga horária extensa como dificuldades desses profissionais. De acordo com pesquisa recente de Oliveira et al. (2017) a respeito da atuação do psicólogo nos NASFs, no Estado do Rio Grande do Norte (RN), um dos principais problemas citados pelos psicólogos em seu trabalho é a baixa faixa salarial com consequente acúmulo de vínculos – a fim de incrementar o rendimento financeiro – e comprometimento das atividades realizadas no NASF.

A dupla jornada de trabalho do psicólogo da AB de Uberlândia pode aumentar o *risco biomecânico, pela adoção de posturas inadequadas* durante a jornada de trabalho, o que pode ser ilustrado pelo textual abaixo:

*[...] eu tava sentindo muita dor na lombar, fui descobrindo que eu tenho artrose na coluna, que é um desgaste; acho que é ao longo do tempo, assim, **por postura, por eu ficar muito tempo sentada [...]** então eu tenho os dois trabalhos, tava no mestrado [...] eu acho que **tem a ver com o trabalho, na medida em que eu tenho uma jornada de trabalho muito extensa né?** (Hebe)*

A carga horária dos psicólogos da AB pode ser de 4, 6 ou 8 horas diárias, de acordo com o regimento do contrato de trabalho ou concurso público a que o trabalhador está submetido. Existe contrato via CLT firmado para 4 horas e para 8 horas diárias de trabalho, bem como servidor efetivo aprovado em concurso de 4 horas e de 6 horas diárias de trabalho.

Essa disparidade provavelmente decorre da falta de uma legislação que padronize a carga horária do psicólogo. O Projeto de Lei do Senado nº 511/2017, o qual prevê que a duração do trabalho normal do psicólogo não poderá ser superior a 30 horas semanais (6 horas diárias), ainda está em tramitação. A tramitação do Projeto seguiu as seguintes etapas: apresentação do parecer do relator; aprovação do parecer; plenário do Senado. Atualmente,

aguarda votação na Câmara; retorno ao Senado e remessa à sanção (BRASIL, 2017). Enquanto isso, o trabalhador fica sujeito às leis da empresa (pública ou privada) contratante.

Com relação ao tempo de pausa para descanso e/ou para lanche, os psicólogos que fazem 4 horas diárias têm direito a 10 minutos de pausa; os que fazem 6 horas diárias, têm direito a 15 minutos para lanche, e os que trabalham 8 horas diárias, precisam pausar 1 hora para almoço. Quanto à carga horária de trabalho na AB das seis entrevistadas, duas cumprem 4 horas diárias e quatro fazem 6 horas diárias, conforme demonstrado trechos abaixo:

[...] eu fico na unidade em torno de quatro horas né? [...] eu atendo às segundas-feiras à tarde de uma às dezessete. (Métis)

[...] eu fico nessa unidade das oito ao meio dia. (Atena)

[...] eu fico da sete até uma hora lá, e terça e quinta eu vou meio-dia e fico até as seis. (Eris)

[...] são seis horas, mas geralmente eu chego umas sete e meia e saio um pouquinho antes da uma. (Gaia)

[...] eu faço trinta horas [...] das oito a uma né? de manhã e quando eu vou à tarde eu entro meio-dia e saio às cinco [...] eu falei oito horas, mas na realidade assim, o meu horário de chegada é entre sete e meia e oito horas, porque somando a carga horária total no final da semana, não vai dar né? Mas tem dias que, por exemplo, era pra eu sair às cinco, a unidade fica aberta porque tem paciente e eu fico terminando, cê sai seis horas, né? Então, uma coisa vai compensando a outra. (Elpis)

No caso da entrevistada *Hebe*, como ela deve cumprir 6 horas diárias, mas trabalha apenas 5 horas por motivos pessoais (para conseguir cumprir o horário do seu outro emprego), em um dia da semana, ela compensa as 4 horas restantes para completar sua carga horária, trabalhando a noite, já que sua unidade de saúde lhe permite essa possibilidade, devido ao horário de funcionamento das 7 às 22 horas, como pode ser verificado em sua fala a seguir:

[...] eu trabalho das sete ao meio dia, só um dia da semana que é diferente, mas de forma geral é das sete ao meio dia [...] na quarta é o dia que eu trabalho à noite também [...] por causa da jornada de trabalho [...] porque eu trabalho à tarde também nesse outro local, então, pra dar conta da minha carga horária, eu tive que fazer isso. (Hebe)

Verifica-se também que algumas entrevistadas não conseguem cumprir na íntegra sua carga horária, apresentando atrasos, normalmente por morarem muito longe do trabalho ou por terem outro vínculo empregatício, conforme evidenciado nos seguintes trechos:

[...] a unidade fica bem longe da minha casa, então, eu gasto meia hora pra chegar aqui. (Hebe)

[...] eu moro muito longe [...] eu tenho que estar às sete [...] eu ainda tô vendo essa questão de poder chegar às sete e meia. (Eris)

[...] de um serviço pro outro não dá tempo mesmo não, então, atraso uma meia horinha e saio quinze minutos mais cedo. (Gaia)

[...] tem dias que eu saio né? Não tem problema eu dizer isso, eu saio mais cedo, no outro dia eu saio mais tarde, vai compensando, porque a gente não tem ponto eletrônico né? (Elpis)

Segundo Selligmann-Silva (2011), as jornadas de trabalho longas, as pausas que não são suficientes para o descanso, a redução do tempo de descanso e lazer, responsabilidades e pressões cotidianas confluem para o aumento da sobrecarga de trabalho que ao longo do tempo gera o desgaste mental como a fadiga.

A realidade das entrevistadas deste estudo de ter que adequar a carga horária, considerando a distância de sua residência para seu local de trabalho e, conciliando com as atividades familiares e compromissos de um segundo emprego, denota a centralidade do trabalho na vida das pessoas, na medida em que ocupa parte importante do espaço e do tempo de suas rotinas, dando-lhes identidade e um lugar social. Porém, *aumenta a jornada de trabalho, intensificando o ritmo de trabalho, o que aumenta as cargas de trabalho, podendo gerar sobrecarga, o que configura fator de desgaste mental*. O trabalhador precisa despender esforços físicos e mentais para atender às exigências das tarefas – como encurtar seu horário de almoço, de descanso e de estar com a família, e ficar muitas horas sentado – de forma a consumir o corpo e os potenciais psíquicos, atingindo sua subjetividade e identidade. Por conseguinte, prejudica também o serviço de saúde e seus usuários, que muitas vezes têm que lidar com o baixo ou mau rendimento dos funcionários.

Para Dejours (2013, 2016), a subjetividade está engajada no trabalho, para além do horário e do local de trabalho, o que pode trazer consequências para os relacionamentos familiares, problemas com o sono e com o humor, contribuindo para o sofrimento no trabalho. O tempo que algumas trabalhadoras gastam para chegar ao seu local de trabalho, considerando um trajeto longo, envolve, por exemplo, acordar mais cedo (portanto, menos horas de sono), maiores inconveniências no trânsito, dentre outros fatores. Deste modo, *o duplo vínculo pode ser compreendido como um fator de desgaste mental, podendo levar ao sofrimento patológico no trabalho do psicólogo de AB de Uberlândia*.

4.2.4.2 Ambiente e condições de trabalho

“... sala de atendimento é artigo de luxo.” (Atena)

Conforme já tratado no capítulo 1, as condições de trabalho envolvem as características físicas, químicas e biológicas do ambiente laboral que influenciam na saúde dos trabalhadores (DEJOURS, 1986). Segundo Papparelli, Sato e Oliveira (2011), as condições de trabalho podem ser um dos fatores de adoecimento do trabalhador.

Com relação à estrutura física disponível para o trabalho do psicólogo, é importante ressaltar que cada entrevistada trabalha em uma unidade de saúde diferente. As unidades têm estrutura, tamanho e características diferentes umas das outras, variando até mesmo entre o mesmo tipo de unidade. Normalmente, as UAIs são estruturas maiores, uma vez que atendem a uma maior área de abrangência populacional; as UBSFs são as menores unidades, porque atendem um contingente menor de habitantes, e as UBSs são construções medianas. As UAIs Z e W são as construções mais antigas, quando a realidade e o tamanho da população de Uberlândia eram bem mais inferiores do que nos dias atuais; a UBS X trata-se de uma casa antiga, alugada pela prefeitura para esse fim, que não passa por reformas há vários anos; a UBS Y é uma unidade construída em área da prefeitura e reformada recentemente; e as duas UBSFs são casas menores, alugadas, reformadas e adaptadas pela prefeitura.

Apesar de trabalharem em unidades que apresentam muitas diferenças e peculiaridades no ambiente e condições de trabalho, são inúmeras as queixas em comum apontadas pelas entrevistadas, com foco na sala de atendimento, portanto, no posto de trabalho, como tão bem resumido na fala de *Atena*, ressaltada na epígrafe deste eixo. Por mais que a unidade seja grande ou reformada, não há uma sala específica para o psicólogo. As salas são multiprofissionais, sendo que os outros profissionais, sobretudo o médico, têm sempre prioridade, restando ao psicólogo “micro-salas” e às vezes a cozinha ou o corredor para realizar seus atendimentos, como mostram os relatos que seguem:

[...] eu não tenho a sala para o atendimento psicológico, a sala é de diversos profissionais que usam a mesma sala [...] quando alguém chega concomitante, o médico tem prioridade em relação a mim, mesmo o armário de criança estando dentro dessa sala [...] são poucas as UBSs que ainda têm esse armário de brinquedo [...] e quem fez as chaves do armário fui eu e a outra psicóloga, que já está aposentada há quatro anos [...] que a gente usa pra guardar documentos, nossos materiais e têm brinquedos [...] se tem algum profissional que precisa, por exemplo, tem uma homeopata, então às vezes, quando ela tá dentro da unidade, a sala é preferência pra

ela [...] tem essa outra sala que eu te falei, mas eu praticamente não uso a sala, porque a coordenadora ocupa muito essa sala. (Métis)

*[...] a gente tá numa unidade que é bem grande; acho que a unidade de Atenção Primária maior que eu conheço, fora a UAI [...] a gente tem uma estrutura boa, mas é uma estrutura muito disputada [...] hoje eu estava atendendo e aí **no meio do atendimento chegou a médica pra usar a sala e aí eu tive que encerrar o atendimento logo e procurar outra sala;** eu não gosto disso, acho que a gente precisa ter o mínimo né? Que é uma sala pra atender com tudo funcionando bem. (Hebe)*

*[...] a gente não tinha sala antigamente na unidade, que era até um problema muito grave que **tinha que esperar médico atender,** e aí eles **deram uma sala de reunião pra gente** e a gente ficou nessa sala de reunião dois, três anos e, às vezes, a gente **tinha até que cancelar atendimento ou fazer atendimento ao paciente no corredor,** porque eles não avisavam pra nós que a sala ia ser utilizada pra um treinamento da unidade [...] então, a gente chegava lá e tava tendo gente, e a gente nunca era avisado [...] foi uma época muito difícil de trabalhar [...] atualmente a gente tem uma sala pequena, mas tem uma sala [...] essa questão de consultório na unidade é muito difícil [...] faltam salas e muitos profissionais não têm salas [...] lá tem muitas micro-salas né? **E essas micro-salas é que ficam realmente pra Psicologia, as salas maiores o médico sempre tem direito mais às coisas que as outras profissões né?** [...] **pro médico sempre tem sala** [...] a gente percebe isso também na nossa profissão, às vezes a gente tem que esperar o médico atender o paciente, eu já passei muito por isso, e aí os pacientes reclamam muito disso: ‘- ah, doutora a gente não sabe aonde a gente vai te procurar porque você nunca tem sala!!! Não sabe o seu local de atendimento’. (Eris)*

*[...] numa unidade tão grande, com três PSFs dentro, a gente teve que alinhar com todos os horários de atividades da unidade, então é uma **defasagem de espaço,** onde a gente tem uma agenda geral que fica ali tudo cronometrado por minuto, entrada e saída de um profissional, então **é raro a gente ter espaço livre,** é mais no final de turno né? Final da manhã, no final da tarde, então **isso seria porque o profissional terminou e sobrou um tempinho ali nessa sala.** (Atena)*

*[...] **não tem espaço próprio pro psicólogo** mesmo, não tem a sala pro atendimento individual; **tem que pegar as brechas, onde que tá vazio naquele dia** [...] às vezes, eu já tive que bater o pé: não tem outro lugar, têm pacientes já marcados, agendados, e é o espaço que eu tenho [...] e se de tudo não tiver como, **já aconteceu de eu até remarcar paciente** [...] remarcar por conta disso, de não ter um espaço ali preservado [...] às vezes, **a gente desconcentra, fica olhando o relógio, porque daqui a pouco vai chegar outro profissional que vai precisar daquela sala;** às vezes, você tem que ser mais objetivo com o paciente, tem esses cortes também. (Gaia)*

*[...] tô na Rede há doze anos né? Quando eu entrei, a estrutura era péssima, **não tinha sala, não tinha computador, a gente tinha que ficar achando brechas pra entrar em salas de médicos, de enfermeiros pra atender; atendia na cozinha, um dia em pé no corredor, era onde desse né?** Então, era bem precário, mas **de uns cinco anos pra cá,** eles construíram unidades novas e procuraram casas mais adaptadas né? E aí **criou-se também na***

maioria dos lugares salas multiprofissionais, que são pra psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas. (Elpis)

As falas de *Eris* e *Gaia* a seguir reforçam ainda mais o descaso com que a classe de psicologia é tratada, na medida em que mostram que qualquer outra categoria profissional, e até mesmo estagiários, é mais importante e tem prioridades sobre os espaços e os recursos:

*[...] um coordenador administrativo, quando ele foi **tirar nossa sala pra colocar telefonista**, ele tinha prometido que ia dar um lugar pra gente poder ter as nossas coisas e a gente chegou lá, de um dia pro outro, a telefonista já tava colocando material de telefonista; os nossos estavam fora da sala e **eu questionei onde que eu ia fazer o atendimento** e aí a gente foi colocada nessa sala de grupo, **porque não tinha lugar pra gente** [...] ele falou que era provisório e isso durou uns dois anos né? (Eris)*

*[...] às vezes, residentes que tão ali né cobrindo com o médico, **cê chega na sala e tá lá estagiário com a prioridade do atendimento** e não respeitaram o seu horário; você que tá locado ali, você tem que dá um outro jeitinho [...] **prioriza outras pessoas que tão de passagem na unidade do que o seu atendimento**; parece que a gente pode ir em qualquer lugar que tem. (Gaia)*

Parte deste desrespeito com o profissional de psicologia, em que não é oferecido ao menos o básico para o bom desempenho de seu trabalho, como uma sala adequada para seus atendimentos, se dá pela hegemonia do modelo biomédico, assistencialista, curativo, centrado na figura do médico, com uma visão ainda restrita sobre saúde, adoecimento e cuidado integral, haja vista várias falas das psicólogas que evidenciam a prioridade e o domínio que este profissional possui sobre os recursos existentes, como salas para atendimentos. Esse paradigma deturpa a real compreensão da importância da atuação do psicólogo dentro de uma unidade de saúde, o qual enfrenta dificuldades de inserção e de reconhecimento do seu trabalho. Considerando que o psicólogo sequer faz parte da equipe mínima da AB, ou seja, sua presença não é obrigatória para compor a ESF – como já foi lembrado no capítulo 2 –, a preocupação e o cuidado em lhe oferecer condições apropriadas para um bom atendimento em saúde mental parecem estar mais distante ainda dos objetivos da gestão em saúde pública. É como se o fato dele estar inserido na equipe já fosse um grande avanço, para não falar favor.

A incerteza do lugar para a realização dos atendimentos gera uma *expectativa ansiosa nos trabalhadores psicólogos, o que configura risco para saúde mental, podendo provocar tensão, frustração, irritabilidade, raiva, sentimento de desamparo, quadros de ansiedade e, inclusive, levar ao sofrimento patológico*. Além de faltar sala para o atendimento psicológico, as salas que existem dentro das unidades são inapropriadas para o

atendimento psicológico, muitas vezes, ocupadas por equipamentos que não são próprios de seu uso, como macas, balança, coletores de exames, formulários, receituários, armários compartilhados, ou seja, são espaços mais adaptados ao modelo biomédico, ferindo a individualidade do psicólogo e gerando sentimentos de desvalia. Esse quadro pode ser verificado nos textuais abaixo:

*[...] tem um **arquivo que tem coisas dos homeopatas**, tem uma **maca**, têm os **coletores pra fazer exames** que os clínicos usam e as gavetas são comuns, então tem desde o que eu uso, por exemplo, o CID que é o nosso específico de doenças mentais, e têm todos os **formulários**, os **receituários**, tudo tem nessas três gavetas [...] o armário não tem ninguém que divide comigo, só eu tenho a chave. (Métis)*

*[...] a maioria das salas tem macas, tem outros arquivos, tem mesas, são equipamentos que não são próprios pra um atendimento em psicologia, então fica tudo muito tumultuado, às vezes; **tem que dividir armário, arquivos com outros profissionais** que também impede de você ter um arquivo de resguardo ali [...] **você que tá ali, é muito agredido mesmo.** (Gaia)*

Outros aspectos que revelam a inadequação das salas ao atendimento psicológico é o fato de normalmente elas estarem expostas a ruídos; não possuírem ventilação, iluminação e tamanho adequados, não oferecendo o mínimo de conforto para um bom acolhimento do paciente e para o desempenho do profissional, *o que configura risco físico, podendo levar a desconforto auditivo, a hipotensão, mal-estares, dificuldade de concentração, irritabilidade e insatisfação*, o que pode ser ilustrado pelos textuais a seguir:

*[...] ela tem uma pequena janela, às vezes, tem que usar a janela fechada porque atrás dela é uma quadra e aí tem o educador físico que faz um trabalho lá [...] aí **tem que ficar fechadinha pra poder abafar o som né?** [...] fecho só no vidro pra ter a **iluminação** [...] a sala fica mesmo **abafada** [...] **no calor é impraticável atender sem ventilador** [...] o estabilizador agora não pára de fazer um **barulho**, fica fazendo “tactatac”, enquanto a gente tá atendendo o paciente. (Métis)*

*[...] a **minha sala, ela é um puxadinho**; tinha a unidade lá da frente e aí eles fizeram um anexo atrás, que é do material inferior, telhas de Eternit, então **no verão esquentam muito** e fica insuportável ficar [...] a sala tem janela, só que tem o **calor** [...] me arrumaram um **ventilador velho** que se eu ligar aqui, a gente não consegue conversar, porque **o barulho dele é muito alto** [...] todo ano, acabo passando o verão inteiro e não trocam [...] então a gente ou traz de casa ou passa calor [...] minha sala tem, assim, a mesa; **as cadeiras que geralmente não estão aqui, eu tenho que ficar caçando elas**, assim, eles pegam, mas eu também pego; tem a pia; o lixo; e o armário bem antigo de ferro que a tranca vive estragando, mas é onde eu guardo os brinquedos. (Hebe)*

*[...] nesse começo de ano, a gente já rodou duas salas que deram pra nós, uma **muito pequena** que era do Pronto Socorro [...] não tem nem dois por dois (metros) [...] **iluminação horrível, não tinha ventilação**, era do lado duma sala de vacinação e de procedimento do pessoal de Pronto Socorro, então era **muito barulho** [...] era um lugar bem difícil de trabalhar, porque não dava pra atender criança, porque não tinha espaço nem pra criança se mexer [...] e agora deram essa nova sala pra nós, que não é muito diferente. (Eris)*

*[...] alguns consultórios têm a janela voltada pra rua né? Pro jardim que sai na rua, na lateral da UAI, então tem a questão do **barulho**, que às vezes atrapalha porque o trânsito né? A gente tá entre duas avenidas, então tem momento que é bem barulhento, mas a gente fecha e liga o ventilador; **quando o ventilador tá quebrado**, aí dificulta um pouquinho [...] quando **o ambiente fica muito quente**, às vezes fica levemente desconfortável, se for grupo, fica muito desconfortável [...] então o que deixa a desejar é a **ventilação**. (Atena)*

*[...] o espaço também das salas muitas vezes é pequeno, **são muito pequenas** [...] é tudo muito inadequado, **são ruídos**, às vezes, têm janelas que ficam de frente pra sala de espera [...] **não tem aquele setting ali necessário** né? Tem paciente que não consegue se abrir totalmente por causa disso; **às vezes, a sala é em local que também não é reservado** [...] é ruído, é local às vezes exposto, às vezes, é uma sala que é mais aberta [...] às vezes, **ventilação não tem** [...] um **local abafado** e em época quente isso prejudica muito, **não tem conforto**, muitos pacientes não sentem acolhidos ali naquele lugar, às vezes, pela **falta** do básico, de conforto ali, uma **ventilação, uma iluminação**. (Gaia)*

As salas ainda não oferecem privacidade nem segurança, não resguardando, assim, o sigilo do paciente, que é algo imprescindível ao atendimento psicológico, assim como é preconizado pelo Código de Ética – art. 6º; art. 9º; art. 10º – (CFP, 2005). E muitas vezes essa privacidade é prejudicada por outros profissionais da própria equipe, que não respeitam o trabalho do psicólogo, fazendo interrupções e barulhos nas salas de atendimento, despertando sentimentos de raiva, indignação, impotência, desilusão, como demonstram os trechos adiante:

*[...] é uma **porta divisória**, obviamente que essa divisória **não veda nenhum tipo de conversa**; por mais que eu fale baixo, às vezes, o paciente não fala baixo; já questionei muito isso, mas não vejo que isso possa ser resolvido [...] muiiitas vezes, **durante o atendimento, algumas pessoas abrem a porta**, porque [...] aquela sala é muito ocupada por agente comunitário de saúde ou como uma sala de descanso pra alguns funcionários [...] então, **mesmo a porta estando fechada né? Eles vão e entram** e é assim que se dá o atendimento. (Métis)*

*[...] o material de separação entre uma sala e outra é de madeira, **são aquelas divisórias de madeira**, então não tem acústica né? Tudo que eu converso na minha sala o profissional do lado ouve e acaba expondo os*

pacientes; eu já falei isso pra todas coordenações desde quando fez a sala [...] atrapalha o sigilo né? [...] do lado é o depósito de medicamentos, o pessoal vem muito entregar medicação e fica duas horas conversando e muito alto e acaba atrapalhando também né? O atendimento ao paciente [...] também acontece muito aqui de eu tá atendendo e as pessoas entram, enfermeiros todo dia de manhã [...] a técnica de enfermagem vai entrar pra pôr álcool na sala; ela sabe que eu estou lá, mas mesmo assim entra [...] essa interrupção é toda hora; chega alguém na recepção me procurando, eles batem na porta pra perguntar o que que faz; a médica entra muito na sala. (Hebe)

[...] é interrupções, é gente entrando, não te resguarda, não resguarda o paciente também; muitas vezes têm interrupções, tem que pegar material né? Dá aquela paradinha, espera a pessoa sair ((risos)) e continua né? (Gaia)

Apesar da realização de grupos ser uma das atividades do psicólogo da AB exigidas como meta, também faltam salas apropriadas para atendimentos grupais, as quais muitas vezes não possuem o básico, como por exemplo, um espaço maior que comporte mais pessoas e um número de cadeiras suficientes; e quando tem, a prioridade de uso também é de outros profissionais, além de todos os outros problemas semelhantes aos que ocorrem com as salas de atendimento individual: falta de privacidade, devido a interrupções; presença de equipamentos de uso de outras especialidades profissionais; falta de recursos materiais como computadores, exigindo constantes adaptações e flexibilidade do trabalhador, o que são fatores de desgaste mental, podendo levar ao sofrimento patológico, conforme ilustram os seguintes relatos:

[...] tem uma sala de grupo muito boa, só que [...] ela é dividida né? E a Oficina Terapêutica tem feito muitos grupos lá [...] então eu tô sem a sala de grupo; tem que usar a sala das agentes que são maiores, mas eu preciso tirar elas de lá, e toda hora entra alguém lá [...] cada grupo, pelo menos umas cinco, seis interrupções tem de pessoas entrando, mas é o que tem hoje, então, eu acabo ficando lá mesmo [...] ela tem vários arquivos das agentes, tem essas geladeiras com as vacinas e tem um monte de caixas, eu não sei se é remédio, eu sei que até a equipe da enfermagem entra muito, a médica entra muito, e as agentes entram muito; é uma sala maior que dá pra sentar dez pessoas; se o grupo ficar maior que isso, não vai poder mais ser lá [...] não tem computador. (Hebe)

[...] eu vou pra sala de grupo organizar a sala, que muitas vezes tá muito bagunçada, que é uma sala de reunião que todo mundo tem direito de utilizar; ela é utilizada não só pela Psicologia, mas é pelo Serviço Social, pras reuniões administrativas, pela Odonto que faz um grupo lá; é utilizada por todos profissionais que precisam da sala [...] ela deve ter uns cinco metros mais ou menos, cinco por cinco, cabem bem quinze pessoas sentadas nas cadeiras e em pé não cabem mais que umas trinta pessoas; ela tem em torno de umas quinze cadeiras, algumas estragadas que a gente sempre

*coloca no fundo pra não ter risco do paciente sentar e se machucar [...] não tem mesa, ela tem só uma mesa de computador muito pequena, um **computador que não funciona o sistema** [...] tem uma **balança** branca [...] tem um ar condicionado que tá funcionando, ainda bem! e as janelas dão pra entrada do refeitório, então, é muito **barulho**, muito barulho mesmo, e não adianta pedir silêncio, porque é o horário de descanso dos funcionários [...] tem muito barulho, porque o trânsito ali não é só de gente que vai pro refeitório; é perto do almoxarifado, é perto da manutenção, então aí o pessoal brinca, faz piadinha [...] é um pouco desconfortável, às vezes, os pacientes reclamam com eles [...] **não tinha sigilo**, porque fica muito perto da copa, do refeitório, aí o barulho é imenso, a gente custava escutar os pacientes. (Eris)*

[...] ter um educador físico na unidade é muito bom, mas ele também usa muiiito o espaço de grupo; a gente teve que conciliar nossos projetos com tudo isso que a unidade tem, além das questões da equipe, de horário de cada um né? (Atena)

*[...] pra **grupo**, por ser um grupo que as pessoas mexem em coisas mais pessoais, às vezes, **o espaço que tem é numa recepção** que toda hora tá entrando e saindo gente, **não tem privacidade** né? Eu acho que isso também atrapalha, diferente de um grupo de gestante, diabético né? Que você vai instruir um assunto ali, mas para um grupo de Saúde Mental não tem um espaço que dê privacidade pras pessoas se colocarem e você trabalhar concentrada ali na necessidade deles; tem muitas interferências! (Gaia)*

As entrevistadas ainda se queixam de precárias condições de higiene e limpeza com a unidade de saúde, como é o caso da existência de uma piscina com água suja, que não é devidamente monitorada e tratada, sendo foco para proliferação de vetores, entre eles o mosquito transmissor da dengue, assim como há presença de ninhos e piolhos de pombos, ou seja, ácaros que podem levar a dermatozoonose; há canos entupidos e mofo, o que *configura risco biológico*. Além disso, mencionam a existência de portas sem fechaduras seguras, maçanetas quebradas, rachaduras profundas nas paredes e o acesso dificultado às saídas de emergência, que representam *risco de acidentes*, como mostram os relatos a seguir:

*[...] quando a gente teve uma ameaça de um paciente, nós não encontramos a chave dessa porta de correr [...] a porta de divisória é muito fácil de empurrar [...] a gente teria que ter um posicionamento das cadeiras que a gente saía com facilidade e muitas vezes a nossa distribuição não permite isso né? [...] a maçaneta arrancou, já solicitei inúmeras vezes a reposição dessa **maçaneta**; já aconteceu um acidente com uma funcionária, a assistente social prendeu o dedo [...] essa casa tá passando por uma série de vistoria porque a sala tem muitas rachaduras e, às vezes, essas rachaduras dão de um lado da parede pra outra parede [...] eu já falei que o acesso pra essa **piscina** pode trazer dificuldades pra nós, já que [...] a água não é tratada; a água tá tratada pela Zoonose com **peixes que colhem as larvas do mosquito da dengue** [...] água muito escura, a gente custa a achar o peixinho [...] eu sei que eu vejo os agentes de Zoonose, mas eu não*

vejo com muita frequência [...] e lá onde eu atendo tem pernilongo, então, é uma região que tem pernilongo. (Métis)

*[...] eu tenho uma sensibilidade muito grande no ouvido, trabalho com ele, é uma ferramenta de trabalho, então, muitas vezes, **tá ouvindo o paciente, atenção total nele, mas tá ouvindo o barulho da rua, exige muito**, e como eu trabalho dez horas com os meus ouvidos, eu sinto que é algo que me exige um pouquinho mais do que precisaria. (Atena)*

*[...] já fiquei dez anos numa unidade sem reformar, com **mofo, esgoto, cano entupido** [...] teve uma unidade que eu fui, que tinha uma **piscina lá veerde de lodo e não limpavam**, só colocaram uns peixinhos lá pra pegar as larvinhas de mosquito da dengue e ficava exposto [...] chamavam pra limpar, não limpam e não tinham uma organização pra cuidar daquilo ali [...] a cozinha era no quintal, **pombo tentando fazer ninho em cima da geladeira** [...] **pombo em cima de armário**; chegava lá, tudo sujo e proliferava mesmo né? [...] tudo muito exposto [...] **pedia várias vezes em relação à piscina, aos pombos e nada era feito**, nem tentativas; quem tava na unidade que se virava, às vezes, colocava uma telinha por conta, espantava, mas nenhuma providência de fora era tomada não; mesmo chamando Zoonose, às vezes, faziam uma visita e sempre os setores jogando pra outro [...] já chegou, às vezes, **pilho de pomba andando na mesa**, já teve que a própria unidade dar combate por conta própria [...] eu, por exemplo, não comia na unidade, não como [...] **não tem nem condição de você tomar água, que eles falam que a água da caixa muitas vezes tá contaminada**; então, eu mesma nem utilizo esses locais pro descanso e pro café, porque tem que evitar, a gente sabe que **não tem cuidado de higiene né? E você vai se expor a adoecer também; então, têm situações muiiito precárias na estrutura e vai juntando o stress, o desgaste e a falta de cuidado com a gente mesmo. (Gaia)***

Durante as observações-participantes, também foram vistos uma gata amamentando vários filhotes perto do refeitório, e também móveis de aço muito enferrujados, o que denota *risco biológico e risco de acidentes*, podendo gerar agravos como infecções sanguíneas, intestinais e respiratórias; além de fiações expostas e mal instaladas, aumentando o *risco de acidentes* como choque elétrico, incêndio e explosão.

As falas das entrevistadas evidenciam a insatisfação com a estrutura física disponível para a realização de seu trabalho, que realmente é muito inadequada e precária. Um dos motivos dessa precariedade está no fato de que normalmente esses espaços são casas alugadas pela prefeitura, adaptadas e reformadas de acordo com as regulamentações necessárias para o funcionamento de uma unidade de saúde. Não se trata de um ambiente construído com planejamento prévio, específico e coerente para o atendimento com qualidade à população usuária do serviço público de saúde. E as unidades que foram construídas para esse fim, são bastante antigas, quando a realidade do município era outra bem diferente: o tamanho, a situação e as necessidades de saúde da população.

Nota-se que mesmo os problemas mais simples e fáceis de serem resolvidos, como falta de ventiladores, computadores, impressoras, cadeiras confortáveis, carros para visitas domiciliares, papel higiênico, álcool em gel, materiais lúdicos para o atendimento de crianças, ou ainda a ineficiência na reposição e no reparo de mínimas irregularidades, como lâmpadas queimadas, computadores estragados, portas com defeitos aparecem com frequência no discurso das entrevistadas, as quais muitas vezes precisam providenciar soluções com recursos próprios ou conviver com os obstáculos, como se pode observar nos textuais a seguir:

*[...] nessa sala, tem uma mesa, três cadeiras, são duas para os pacientes e **uma cadeira que eu levei, que é minha, que é mais confortável** [...] eu mandei fazer outra capinha pra ela ficar mais acolchoada, porque ela dá um conforto, porque a gente fica muitas horas sentada [...] todos usam! [...] tem computador né? Na sala, esse computador agora está funcionando, mas, por exemplo, **o computador da sala interna já não estava funcionando**, isso é normal; então, às vezes, a gente atende numa sala e sai em busca de uma sala ou de um local que tem um computador funcionando pra fazer o serviço [...] eu levo o meu **ventilador pessoal**; eu coloquei uma etiqueta de que ele é particular porque outros profissionais passaram a usar e ele estragou e aí quando ele estragou eu mesma que paguei pelo conserto [...] deve ter um mês, chegaram ventiladores na unidade que talvez agora dê pra distribuir né? Ventilador pras salas [...] falta tudo! Faltam papel higiênico, computador, não tinha álcool gel, chegou essa semana; então fica nesse discurso [...] não tem a **maçaneta na porta**. (Métis)*

*[...] **tem uma sala da psicologia que é uma sala que está sem computador**, pra mim, computador é imprescindível no atendimento, então **eu fico procurando sala vazia que tenha computador** [...] tem já uns quatro, cinco meses que eu não tenho ele (computador), porque queimou alguma coisa e já tentaram, já tentaram outro computador e nada tem funcionando [...] então tem que mandar a CPU pra algum lugar que eles arrumem, e já foi e já voltou, não deu certo; já vieram três pessoas aqui pra olhar e até agora não deu certo e a gente vai né? [...] o meu computador aqui dessa sala eu **não tenho impressora** [...] teoricamente toda quinta à tarde tem carro na unidade, só que é o **carro pros médicos, pros fisioterapeutas, pra todo mundo**. Quando eu trabalhava à tarde, eu até usava o carro; de manhã **não tem carro** [...] eu acabo indo a pé ou indo no meu próprio carro [...] antes eu ia a pé, porque eu achava um absurdo ter que usar meu próprio carro pra fazer visitas [...] eu faço poucas visitas, bem poucas, deixo só pro último caso, por causa dessa falta de estrutura mesmo e de tempo [...] atendimento de criança, precisa de **brinquedo**, eu ganho brinquedo, hoje eu acho que eu tô com um tanto de brinquedo bom [...] mas é tudo de **doação**, não tem nada que a unidade ofereça né? [...] muitas cadeiras, a gente ganhou umas **cadeiras da UFU**, então tem cadeiras com braço [...] os outros profissionais trouxeram **ventilador da casa deles**. (Hebe)*

*[...] aí depois eu acabo com esse grupo, eu tenho que voltar pra minha sala pra poder evoluir os prontuários, porque na sala de reunião o **computador tá estragado** [...] se for um paciente que a gente percebe que precisa de uma*

*escuta maior, a gente marca um individualizado, e é por telefone mesmo, porque **carro a gente tem só uma vez por mês e nem sempre dá certo da gente ir.** (Eris)*

*[...] muitas vezes **não tem computador**, você tem que esperar o atendimento e também achar um computador disponível, é dessa forma [...] são as interferências da falta de equipamento [...] às vezes, coisas básicas pra o atendimento de uma criança, porque **não tem material nenhum pra criança específico**, qualquer coisa lúdica [...] **não tem ventilador** [...] muitas vezes, você fica com uma lâmpada queimada por muiiito tempo, não trocam, são coisas mínimas, um **interruptor estragado, uma lâmpada queimada, um computador estragado, vai muiiito tempo pra conseguirem corrigir isso.** (Gaia)*

*[...] **tem computador, mas estraga com frequência, demora a trocar**, muitas vezes o computador some porque vai pra outro profissional. (Elpis)*

Apenas uma entrevistada deixa bem claro que quando há algum defeito em qualquer recurso material, o serviço de manutenção é rápido no reparo, como foi apontado na fala abaixo:

*[...] a gente tem aqui o **serviço de manutenção**, então tudo que não funciona a gente tem um documento que a gente abre uma ordem de chamado e tudo passa pra esse setor protocolado e vai e responde essas demandas, então, vez ou outra sempre tem um chamado aberto, mas também **a resposta é rápida porque esse setor precisa garantir a manutenção aqui de tudo que não funciona**; então, às vezes, a impressora travou, às vezes, o sistema caiu pelo uso né? São muitas pessoas usando o tempo todo né? Não é uma coisa que fica um mês sem funcionar, muitas vezes a gente nem percebe, cê faz o chamado na sexta, às vezes na outra semana, no meio da semana já tá pronto, então, as coisas não vão ficando quebradas muito tempo; dentro do que dá né? É arrumado [...] sempre que é possível é feito troca de cadeiras. (Atena)*

Algumas contradições nos discursos de *Atena* e *Elpis*, tentando ponderar, minimizar e até justificar suas queixas referentes ao ambiente e condições de trabalho das unidades, talvez ocorram devido a lembranças que essas trabalhadoras têm de outras unidades nas quais já trabalharam. As unidades em que trabalham atualmente são satisfatórias comparadas a outras unidades bem mais precárias em que já trabalharam. Ou seja, não é que suas condições de trabalho atuais sejam boas, mas poderiam ser piores, como já foram em outras épocas, conforme bem disseram as duas entrevistadas:

[...] de modo geral atende né? Não é ruim não; pode melhorar? Pode! Mas, dentro das unidades que eu já trabalhei, nos atende muito bem [...] tem o computador, tem uma impressora, tem a mesa de atendimento, tem a cadeira profissional e as duas longarinas né? [...] um espaço interessante, a pintura

é uma cor padrão, um tom de branco que não é tão claro [...] hoje a unidade precisa de uma certa reforma dentro de alguns consultórios, precisa ser pintada, foi pintada há uns dois anos atrás, mas não é nada que desabone não, porque não tá em perfeito estado, mas não é nada que desabone, é muito tranquilo; os ambientes aqui são confortáveis dentro do que uma unidade pública de saúde oferece [...] eu já tive em outras unidades com espaços difíceis, uma só cabia a mesa do profissional e a cadeira e nada mais né? [...] não vou dizer que é o top, mas pra deixar mais dentro do que é desejável, foi feito [...] porque antes não tinha nada! (Atena)

[...] a estrutura é um pouquinho melhor, em termos assim, de estrutura, de máquinas ainda deixa a desejar, mas eu avalio desde quando eu entrei até o dia de hoje, nossa! Houve uma melhora em termos de máquinas, de sistema, de sala, pelo menos nas unidades que eu passei, né? [...] na unidade que eu tô agora, a sala é super adaptada, arejada, tem computador, não é uma sala grande, mas também não é uma sala pequena [...] não sei a medida, seria três metros por quatro [...] adaptada que eu falo é com mesa com computador, com cadeira né? Com recursos, porque antes não tinha isso assim com frequência, faltava com frequência [...] agora eu já trabalhei em salas ((risos)) que podem ser consideradas dois por dois, três por três, bem petitinha mesmo; cabia só eu, a mesa e as duas cadeiras e a mesa. (Elpis)

As entrevistadas mostram um discurso que revela uma alienação do trabalhador, conformado com situações precárias de trabalho, que o expõe a riscos e agravos à saúde e ainda o atrapalha na realização de um serviço de qualidade, como se toda essa realidade fosse normal, já que se trata de uma instituição pública ('o que é público é inferior mesmo!'), e que já foi pior no passado. Mais uma vez, fica nítida a vigência da política neoliberal, na qual a gestão gerencialista explora os modos de subjetivação do trabalhador, mantendo-o desconhecedor das causas de sua angústia, ou seja, alienado.

No geral, é possível perceber que se trata de um ambiente de trabalho inapropriado ao atendimento em saúde mental, sem privacidade, sem segurança, sem aconchego, sem recursos materiais suficientes, com espaço na maioria das vezes pequeno e ainda equipado com materiais próprios de uso do médico. Trata-se de uma estrutura insalubre e inadequada ao bom acolhimento. Além disso, se os trabalhadores desejarem um pouco mais de materiais e de conforto, eles têm que providenciar por conta própria, despendendo esforços, às vezes, até mesmo financeiro para tal.

Na literatura, são vários os resultados de pesquisas que comprovam as más condições de trabalho a que o psicólogo da atenção básica em saúde está submetido, como número de salas insuficientes para os atendimentos; espaço físico inadequado e pequeno para atendimentos; instalações físicas precárias; falta de recursos materiais, sobretudo para o trabalho com o público infantil; pouca disponibilidade de transporte para realização de visitas

domiciliares (ARAÚJO, 2008; ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012; AZEVEDO; KIND, 2013; DANIELUCI, 2011; DIMENSTEIN, 1998; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; SOUZA; DELA COLETA, 2012).

As más condições de trabalho dizem respeito à precarização do trabalho no mundo atual, com a supervalorização do lucro e da produtividade e a degradação do sujeito e de sua subjetividade. A ideia é fazer mais com menos, lema inclusive da prefeitura de Uberlândia. O problema é que, embutido nesse lema, está a exploração dos trabalhadores, que precisam trabalhar mais com menos recursos.

Dessa forma, nota-se que o trabalho como psicólogo na AB implica um envolvimento total da subjetividade desse profissional, na medida em que precisa lidar com a precariedade de seu contexto de trabalho, que lhe exige constantes ajustes, adaptações, reparos (DEJOURS, 2016). O ambiente e as condições precárias de trabalho sob os quais esses profissionais desempenham suas atividades ferem sua dignidade e seus valores, gerando desgaste mental, o que fica bem claro na fala de Gaia: “[...] e com certeza tem uma influência muito negativa no rendimento do atendimento do paciente e pro meu bem-estar também, pra você tá com uma disponibilidade ali bacana pra oferecer um bom trabalho também, tudo isso é fator estressante.”

4.2.4.3 Processo e organização do trabalho

“... então é essa rotina, essa falta de planejamento, essa falta de estrutura, de continuidade do serviço que vai adoecendo as pessoas.” (Elpis)

O processo de trabalho é toda atividade orientada para um fim, um meio para produção do lucro, muitas vezes à custa da exploração do trabalhador (LAURELL; NORIEGA, 1989). No caso do trabalho do psicólogo na AB, esse trabalhador precisa desenvolver um conjunto de ações de cuidado ao sofrimento psíquico da população de sua área de abrangência, a fim de cuidar e prevenir agravos à saúde mental, de forma que haja uma alta resolutividade – expressa em redução das internações psiquiátricas e dos encaminhamentos para os CAPS – e, assim, uma diminuição dos custos econômicos para o SUS, conforme pontuado por Atena: “[...] dentro desses cuidados de atenção primária, a gente faz a prevenção e o cuidado já das pessoas que chegam dentro de uma classificação de risco subjetiva, mas que nos ajuda a direcionar o trabalho.”

Os psicólogos realizam várias atividades durante sua rotina de trabalho na AB. No geral, são basicamente semelhantes, porém há algumas diferenças dependendo das características da unidade de saúde em que trabalham e da população atendida, devido às peculiaridades de cada local, estrutura física, funcionamento, serviços oferecidos, como bem lembra Atena: “[...] cada serviço tem um peso diferente [...] não dá pra dar o mesmo valor pra cada procedimento, sendo que cada um exige algo diferente do profissional.”

Sendo assim, é difícil descrever a rotina de trabalho do psicólogo da AB, porque não existe um padrão para seu processo de trabalho, conforme fala da Elpis, ressaltada como epígrafe deste eixo temático. O processo de trabalho está organizado de forma diversificada, com jornadas de trabalho diferentes e com atividades desenvolvidas também de maneiras distintas. Contudo, tentaremos delinear o que geralmente esse trabalhador faz durante as horas que dedica ao seu trabalho.

Normalmente, o psicólogo quando chega no seu posto de trabalho, pesquisa no sistema eletrônico ou se informa com os técnicos administrativos os pacientes que estão lhe aguardando para atendimento, e já inicia seus acolhimentos, sejam de pacientes novos, de retorno ou em grupo. Os psicólogos que cumprem carga horária de 4 horas diárias, geralmente fazem no mínimo 4 acolhimentos individuais, de novos ou de retorno, podendo chegar até a 6 pacientes; ou um grupo de 1 hora e 30 minutos, seguido de acolhimento de 2 pacientes; ou ainda dois grupos. Os que fazem 6 horas diárias, normalmente atendem no mínimo 6 pacientes, podendo chegar até a 8 pacientes; ou fazem um grupo, seguido do atendimento individualizado de mais 4 pacientes; ou ainda dois grupos, seguidos de mais 2 atendimentos individuais. Já os psicólogos que cumprem 8 horas diárias, realizam no mínimo 8 acolhimentos e no máximo 10; ou um grupo e mais 6 atendimentos individualizados; ou ainda dois grupos e mais 4 atendimentos individuais.

Uma vez por mês, os psicólogos que trabalham em UBS e UBSF também reservam um período (manhã ou tarde) para participar da tutoria psiquiátrica. Apenas dois dias no mês o psicólogo se ausenta da unidade para ir às reuniões de equipe – uma realizada mensalmente entre os psicólogos da atenção básica do mesmo setor, e outra realizada mensalmente entre os psicólogos da atenção básica e a equipe do CAPS do setor de referência. As outras reuniões (ACS, NASF, equipe interna), das quais o psicólogo especificamente da UBSF participa, são realizadas na própria unidade em que trabalha, com frequência variada, dependendo da unidade de trabalho. Normalmente, as reuniões com as ACSs e as com a equipe interna ocorrem semanalmente, e as reuniões entre a equipe da ESF e do NASF são quinzenais.

O tempo que resta entre ou após essas atividades, os psicólogos usam para resolver questões burocráticas, como preenchimento de prontuário eletrônico – no qual devem ser registradas as informações de cada procedimento realizado –, produção de relatórios, ou mesmo realizar buscas ativas/visitas, matriciamento, de acordo com a necessidade e demanda da unidade e da população.

Percebe-se que são várias as atividades desenvolvidas pelo psicólogo que trabalha na atenção básica. As mais comuns e frequentes são os atendimentos individuais em saúde mental, geralmente classificados em acolhimento de novos ou acolhimento de retorno (também denominado atendimento individual breve). O acolhimento de novos consiste na primeira escuta do paciente, o qual procura o psicólogo por demanda espontânea ou por encaminhamento de outro profissional da própria unidade ou de outro serviço. A quantidade de acolhimentos varia de acordo com a carga horária do psicólogo, desde que ele receba pelo menos 4 pacientes novos por semana. Há psicólogos que reservam um dia para fazer os acolhimentos e outros que intercalam com outras atividades. Como se trata do primeiro contato com o paciente, para obter mais informações de seu quadro psíquico, normalmente é disponibilizado um tempo maior de consulta, aproximadamente 1 hora.

A partir do acolhimento de novos, o psicólogo avalia se a consulta foi resolutiva, ou seja, se foi dada a devida solução para o caso do paciente e, assim, este pode receber alta; ou elabora o projeto terapêutico, encaminhando-o, por exemplo, para o atendimento individual breve; para algum grupo; para outras especialidades profissionais ou outros serviços, como tutoria psiquiátrica, CAPS, atividades na comunidade.

O atendimento individual breve é destinado aos pacientes com um sofrimento mais grave que não se enquadram em nenhum grupo e nem está em crise, que justifique encaminhar ao CAPS. Pode ser realizado semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, dependendo da gravidade do caso, com pré-agendamento do psicólogo e com número máximo de 5 consultas no total. O tempo de consulta também é mais breve, de aproximadamente 30 minutos. Após as 5 consultas, conforme evolução do quadro do paciente, ele recebe alta ou é encaminhado para algum grupo da unidade ou para atividades na comunidade, como esclarecem as falas a seguir:

*[...]a partir do acolhimento, eu agendo atendimento individual, se eu entendo que é uma situação que eu preciso aprofundar [...] são **pacientes que têm sofrimento grave**. (Métis)*

*[...] o dia do **acolhimento** eu já consigo de alguma forma direcionar; se eu fico com dúvida, marco um retorno [...] eu faço três horários de **acolhimento de retorno**. (Hebe)*

*[...] tem o **acolhimento**, onde a gente recebe as pessoas que nunca passaram pelo serviço [...] tem dia que a gente faz atendimento individual [...] aqueles casos que a gente recebe no acolhimento [...] que a gente percebe precisa de uma atenção mínima; a gente faz o que a gente chama de **atendimento breve, que a gente pode marcar de três a cinco retornos**. (Atena)*

*[...] lá sempre têm os **pacientes de retorno** né? Por eu já conhecer, eu já estabeleço um prazo pra retornar, de acompanhar; **quando é mais grave, eu marco mais breve**, mas o mais breve que eu consigo, **de quinze em quinze dias**, e deixo brecha, algumas vagas também pra unidade encaminhar; **não separo, assim, hoje é só pacientes novos, encaminhados, hoje é só retorno**; eu sempre tenho uma agenda que eu deixo uma quantidade para os que eu já conheço, mas chegando urgências, eles colocam também. (Gaia)*

*[...] tem o dia do **acolhimento** e tem o dia dos **retornos**; se a gente avalia que é um caso que precisa de atendimento mais próximo, aí **tem caso que eu coloco uma vez semana, tem caso que eu coloco a cada quinze dias, e tem caso que eu coloco a cada mês, e tem casos que, do acolhimento mesmo, eu já redireciono pra uma outra especificidade que seja um grupo na comunidade**, que seja passar pelo clínico né? Ou que aquela conversa ali mesmo já foi esclarecedora, tanto para o paciente quanto pra mim. (Elpis)*

Apesar de o atendimento individual ser predominante na prática dos psicólogos da AB, eles também realizam grupos, com duração entre 1 e 2 horas, os quais podem ser terapêuticos ou temáticos. Os grupos terapêuticos são os grupos de acompanhamento dos pacientes de saúde mental, em que o psicólogo seleciona previamente, a partir da triagem nos acolhimentos, os pacientes com questões psíquicas semelhantes para um atendimento coletivo. Existem, por exemplo, grupos de ‘Depressão’, ‘Ansiedade’, ‘Adolescentes’, ‘Pais e Crianças’, ‘Egressos do CAPS’. A frequência é variada, podendo ser semanais, quinzenais ou mensais.

Os grupos temáticos normalmente são realizados junto à equipe, auxiliando na abordagem de temas em saúde de forma geral, como diabetes, hipertensão, fibromialgia, troca de receitas. Na maioria das vezes, ocorrem uma vez a cada 2 ou 3 meses, por solicitação da equipe e com agendamento feito com bastante antecedência. As informações sobre essa abordagem de atendimento coletivo podem ser conferidas a seguir:

*[...] eu faço **atendimento de grupo** fora da unidade de saúde, num abrigo de idosos, porque é uma demanda que foi muito comum nos últimos anos [...] eu vou **uma vez ao mês** fazer um trabalho nesse lar e deixo demanda espontânea [...] eu já fui convidada pra participar desses **grupos de diabetes, hipertensão**. (Métis)*

[...] tem um grupo de acompanhamento, que aí são pacientes com diagnóstico em depressão e ansiedade de forma geral **de quinze em quinze dias** [...] é mais um **grupo terapêutico** mesmo [...] tem um **grupo de fibromialgia** [...] tem um **grupo que eu faço com a médica, que é de troca de receita** [...] tô formando um **grupo de adolescentes**, que eu acho que a gente já vai começar agora em julho e pra quando a psicóloga voltar, é uma coisa que eu quero fazer junto com ela; um **grupo de pais e crianças**, porque tem muita demanda de infância pra gente acompanhar em grupo. (Hebe)

[...] a gente tem **grupo de pacientes crônicos** que acontece **uma vez por mês**, são pacientes que vêm do CAPS ou que têm histórico de internação, que a gente sabe que têm uma dificuldade né? Pra gente tentar acompanhar eles de outra forma [...] **monitoro a questão das medicações**, como é que eles estão, esse **grupo costuma durar uma hora e meia** [...] tem o **grupo de criança** que acontece uma vez por mês, onde a gente no mesmo dia faz a orientação de pais [...] o **grupo de transtornos emocionais** que também acontece uma vez por mês, onde a gente atende paciente com transtorno de personalidade e transtorno de humor; e tem o **grupo de famílias**, quando a gente atende os familiares dos pacientes [...] teve um caso que a enfermeira pediu pra eu atender extra e a gente fez de certa forma um **atendimento compartilhado** também. (Eris)

[...] tem dia que **a gente faz grupo terapêutico, a gente faz a triagem pelo acolhimento, entendendo qual é a nossa demanda, a gente organiza em grupo**; então, a gente tem **grupos diretos do CAPS uma vez por semana** [...] paciente que ficou um certo período no CAPS e depois recebe alta, voltando pra Primária [...] além disso, têm aqueles outros pacientes que a gente percebe que tem uma necessidade de cuidado, mas não é em CAPS e não é toda semana, não é intensivo [...] a gente tem o que a gente chama de **Grupo de Práticas Manuais**, que é com a terapeuta ocupacional, a TO né? E uma psicóloga [...] são pacientes que têm mais um comprometimento [...] não conseguem participar de uma roda de conversa, não conseguem através da fala, contínua, conexa, trazer o sentimento [...] é uma vez por semana também, onde eles fazem atividades manuais [...] **têm dois grupos quinzenais** que a gente faz um perfil [...] a gente insere pessoas com mais **ansiedade aflorada** [...] que é feito por duas psicólogas, e outro mais de **transtorno de humor** [...] e agora a gente vai entrar também com os **grupos da Atenção Compartilhada**, que é dessa equipe Multi da UAI, então, tem um **grupo de fibromialgia**, onde a TO entrou representando a Saúde Mental, e vai ter um grupo junto com um médico pra ter um atendimento pra **renovação de receita**. (Atena)

[...] quando a equipe solicita né? Pra um **grupo específico de gestante, de diabetes**, isso é programado com muita antecedência, e aí eu tiro um dia pra isso né? Pra fazer o trabalho na equipe também. (Gaia)

Neste tipo de grupo, é interessante observar como o modelo biomédico ainda assombra o trabalho na saúde pública, em especial dos psicólogos, na medida em que estes se veem fazendo, por exemplo, monitoramento de medicações, troca de receitas, consumindo seu tempo e esforços mentais com funções que nem são de sua competência, o que significa

desvio de função e acúmulo de tarefas, que aumentam as cargas de trabalho, o que caracteriza fator de desgaste mental e sofrimento psíquico.

Além disso, as psicólogas ressaltam a preferência dos pacientes pelo atendimento individualizado, no modelo psicoterapêutico clínico, e a não aderência aos grupos terapêuticos, o que está relacionada com a história de surgimento e consolidação da psicologia, que ocorreu nesses moldes, conforme assinalado no capítulo 3, firmando a ideia de que esse é o papel do psicólogo: fechado dentro de um consultório com um paciente, realizando psicoterapia, porém contrariando a preconização do SUS.

A predominância do modelo biomédico e psicoterapêutico clínico no processo produtivo dos psicólogos da AB é manifestada pela solicitação de atividades que não são de sua função, como informa Méti: “[...] o volume de pedido de psicoterapia, porque o SUS não preconiza psicoterapia [...] o volume de pedido de consultas psiquiátricas.” Nesse sentido, muitas vezes o psicólogo precisa lidar com a ansiedade, apreensão e angústia das cobranças: de um lado, o SUS, os gestores exigindo abordagens coletivas, sociais, grupais; e de outro, pacientes e até mesmo outros profissionais da equipe pressionando por atendimentos clínicos individualizados. Essa situação se configura como *fator de desgaste mental e sofrimento no trabalho*.

De fato, a realização de grupos é uma tarefa preconizada pela SMS para o trabalho do psicólogo na saúde pública, de acordo com os princípios do SUS, que muitas vezes não é possível de ser cumprida, devido a peculiaridades de cada população adscrita, da unidade de saúde, da equipe e do próprio profissional. Os grupos terapêuticos, por exemplo, ocorrem mais nas UAIs, onde os pacientes têm maior aderência, provavelmente porque, como são unidades que abrangem uma população maior e, por isso, com menos possibilidade das pessoas se conhecerem, elas não apresentam tanta resistência e receio em compartilhar suas questões pessoais com outros pacientes, como pode ser verificado nas falas abaixo:

*[...] eu já fiz muito: **a pessoa não gosta de grupo**, eu ponho no individual; hoje eu não ponho mais [...] eu fico mais tranquila nesse sentido do **absenteísmo né? Vai ter mesmo.** (Hebe)*

[...] a maioria dos dias são individualizados mesmo. (Eris)

*[...] **atendimento em grupo**, por eles pertencerem na proximidade ali do local, às vezes eles têm contato, então **ficam mais resistentes [...] expor o problema e, às vezes, eles se encontram na rua, surge comentários, acho que eles se sentem mais vulneráveis, mais expostos**, é a justificativa deles né? Não ficam à vontade, muita coisa não vão conseguir dividir [...] têm coisas mais íntimas que eles se resguardam mesmo, aí **tentam manter mais***

*individual, eles têm uma frequência melhor no individual, apesar que foge um pouco da programação né? Do que preconiza [...] às vezes, eu já tentei iniciar grupos e iam duas, três pessoas [...] pela estrutura da unidade, às vezes precisa de espaço, e também pela adesão dos pacientes, também normalmente não vão, tem uma resistência; então, **o atendimento é mais individualizado.** (Gaia)*

*[...] já tive em unidade que já acompanhei mais grupo, e na maioria delas **é mais o atendimento individual.** (Elpis)*

Outra atividade realizada pelo psicólogo com essa característica da predominância do modelo biomédico é o acompanhamento de consultas psiquiátricas. Nas UAIs, os psicólogos da unidade ficam com a agenda do psiquiatra, que atende pelo menos uma vez por semana, para o qual fazem as marcações dos pacientes, conforme necessidades levantadas nos atendimentos psicológicos, como explica Eris: “*[...] a agenda da psiquiatria ficava só com a psicóloga e a gente que triava os casos e encaminhava aos médicos, até mesmo de demanda espontânea.*”

Já em UBSs e UBSFs, o psicólogo participa da tutoria psiquiátrica, em que um tutor psiquiatra vai à unidade apenas uma vez por mês realizar três atendimentos compartilhados com a equipe, a fim de capacitá-la para o acompanhamento em saúde mental, com foco em aspectos clínicos como diagnóstico, medicações. Normalmente quem seleciona os pacientes para a tutoria são os clínicos gerais que, em algumas unidades, aceitam parceria com os psicólogos. Os trechos abaixo elucidam esse fluxo de funcionamento:

*[...] a **tutoria** envolve o agendamento de três pacientes da Saúde Mental em um atendimento presencial, com a **presença do psiquiatra**, a clínica ou os clínicos da unidade, a psicologia, o serviço social e a enfermagem pra gente fazer um **atendimento em equipe multiprofissional.** Além dos três casos presenciais, que **quem vai eleger a princípio é o clínico**, casos que ele precisa discutir a questão da prescrição, **eu também poderia pensar em pessoas que eu acho que era pertinente que participasse da tutoria.** (Métis)*

*[...] na Atenção Primária, a gente não tem o psiquiatra atendendo os pacientes diretamente; tem a **tutoria**, que ele vem uma vez por mês e aí teoricamente **a equipe escolhe o caso de difícil manejo né? Geralmente pela questão de diagnóstico, de medicação,** depois que o clínico já esgotou as possibilidades dele [...] atende esses pacientes junto com clínico e com outras pessoas da equipe; discutem o caso. (Hebe)*

O psicólogo também participa de reuniões de equipe. Tem-se as reuniões setoriais, realizadas mensalmente fora da unidade de trabalho, entre os psicólogos da atenção básica do mesmo setor, com dias distintos para os psicólogos de UBSF e para os psicólogos de UAI e UBS. Trata-se de um momento para discutir casos, compartilhar e alinhar informações e

questões administrativas. Também são realizadas reuniões mensais, fora da unidade de atendimento, entre os psicólogos da atenção básica com a equipe dos CAPS de referência, para discussão e repasse/encaminhamento de casos de pacientes. Os psicólogos que trabalham em UBSF também participam de reuniões quinzenais com a equipe do NASF em seus postos de trabalho. Em algumas unidades, a equipe realiza reuniões semanais internas para que possa expor os problemas e sugerir possíveis soluções, particulares a cada local. Tais informações podem ser conferidas nos textuais adiante:

*[...] eu tenho **reuniões da equipe do setor Sul**, que ocorrem no Centro de Convivência; as **reuniões que acontecem no CAPS Oeste**. (Métis)*

*[...] geralmente tem **reunião de equipe** [...] a gente reúne **com as psicólogas da Atenção Primária** e também com as **psicólogas do CAPS** no Centro de Convivência, e aí a gente **discute os casos** que a gente tem em comum, passa casos pra eles, eles passam pra gente [...] **uma vez por mês só entre psicólogas e uma articuladora do setor**, mais pra socializar informações. (Hebe)*

*[...] agora ficou **uma só com UBS e a UAI – PSF é outro dia – e a com o CAPS Oeste**. (Eris)*

*[...] a gente também tem o horário de **reunião da equipe da UAI** pra gente alinhar tudo da UAI [...] pelo tamanho e volume das coisas que têm aqui, então, **uma vez por mês, a gente tem uma reunião interna** [...] **duas vezes por mês, todos os psicólogos do setor vão até a articuladora de rede pra alinhar todo serviço aqui do setor**; e também **uma vez por mês, a gente vai até o nosso CAPS de referência** pra fazer um cuidado compartilhado das informações dos pacientes que estão lá e vão regressar pra Atenção Primária e dos pacientes que estão na Atenção Primária e possivelmente podem ser encaminhados pro CAPS [...] a gente troca as informações e cria um vínculo de trabalho mínimo. (Atena)*

*[...] na terça é dia de **reunião de equipe** de manhã [...] são **psicólogos que estão no mesmo setor** [...] é uma reunião só pra tirar dúvidas, pra condução da organização dos atendimentos, condução de alguns casos e pra sempre atualizar as ações que são exigidas desse Programa de Saúde Mental. (Gaia)*

*[...] a gente tem as reuniões no Centro de Convivência, que são as **reuniões de equipe**, e tem as reuniões no CAPS Oeste, que é pra discutir com a equipe de lá casos mais graves que passam por lá e que voltam pra gente, e que tão com a gente e que vai pra lá [...] no CAPS Oeste é uma por mês [...] com o surgimento dos NASFs na Rede, ia precisar de ter **reuniões com as equipes do NASF** multidisciplinares, no território, aí o Programa de Saúde Mental negociou [...] libera o profissional do PSF pra tá nas reuniões do NASF [...] toda quinta feira a partir das três, todos os **PSFs** vão tá **fechados pra reuniões de equipe** [...] mas na maioria das unidades, essas reuniões de equipe não acontecem com muita frequência não. (Elpis)*

Outra atividade que faz parte do repertório do trabalho do psicólogo na AB é a busca ativa do paciente, com destaque para a visita domiciliar. A busca ativa inclui toda atividade de procura, de investigação do paciente, no que diz respeito ao seu quadro de saúde, que pode ser realizada por contato telefônico, pesquisa em prontuário eletrônico, diálogo com agente de saúde ou outro profissional da equipe que tenha notícias do paciente, ou até mesmo fazendo visitas domiciliares, as quais normalmente são realizadas junto a pelo menos dois profissionais da equipe, em carros cedidos pela prefeitura. As visitas geralmente direcionam-se aos pacientes que, por algum motivo, não comparecem à unidade. Alguns profissionais conseguem realizá-las com maior frequência (semanal ou quinzenal), outros só conseguem uma vez por mês ou até menos, dependendo da disponibilidade de tempo e do carro cedido, bem como da demanda da unidade, conforme apontam as entrevistadas:

*[...] eu faço visitas domiciliares quinzenais [...] as visitas domiciliares elas têm sido agendadas a pedido daquelas pessoas da população ou então do paciente que a gente sabe que tá em sofrimento, por exemplo, egresso do CAPS, que não chega na atenção primária, que eu já discuti o caso, que eu já conheço o caso [...] o carro da prefeitura coincide com o meu horário de trabalho e aí vamos o motorista, eu, um agente comunitário de saúde e a clínica médica [...] algum órgão, seja o Conselho Tutelar, o CREAS, às vezes o próprio CAPS pede pra gente fazer uma **busca ativa de um paciente que não está indo**, que não está comparecendo, que saiu de alta de um lugar, mas não compareceu; então, não é uma solicitação da pessoa, veio de um outro órgão pra nós. (Métis)*

[...] faço uma busca ativa da situação, avalio, vejo se enquadra dentro dos critérios de acompanhamento que a gente já tem [...] se a pessoa tem realmente uma demanda de Saúde Mental [...] às vezes, é uma visita porque não tem o telefone de contato [...] se sobrar tempo, eu faço alguma visita. (Hebe)

*[...] as visitas aconteciam uma vez por mês [...] quando disponibilizam o carro do setor [...] a gente vê aqueles casos de pacientes que sumiram, que talvez tavam no CAPS e receberam alta e não procuraram a unidade ou outros procuraram só uma vez [...] a gente pensa em ir com a assistente social e talvez levar o médico que é da Saúde da Família pra visitar alguns pacientes que a gente tem, que estão acamados ou que a gente sabe que não vai andar, pra gente tentar fazer uma conduta [...] **a gente tenta pegar todos aqueles pacientes que estão sumidos e a gente vai à casa de cada um**, se a gente não encontra ninguém, a gente segue pra próxima [...] **buscas ativas dos pacientes por telefone; as visitas no momento eu não tô podendo ir**, porque é quarta à tarde, não é no meu horário de trabalho. (Eris)*

[...] tem dia que faz visita domiciliar com os pacientes que não podem vir na unidade, que estão acamados [...] então, uma vez por semana a gente tem o carro da unidade, é o carro que faz a esterilização de materiais no Hospital Municipal e faz todo o serviço de office boy da unidade e uma vez por semana ele é nosso – uma hora e meia de manhã e uma hora e meia à

*tarde, pra equipe da manhã e a equipe da tarde ir; então, nessa uma hora e meia, a gente tenta ver os casos que precisa fazer uma **busca ativa**, porque, às vezes, aqueles pacientes graves que não vêm. (Atena)*

*[...] tem que fazer **visita** [...] (Gaia)*

*[...] tem dias que eu tiro só pras **visitas domiciliar** [...] (Elpis)*

Além disso, os psicólogos da AB que trabalham em UBS e UBSF realizam o matriciamento, que é a capacitação dos outros profissionais com relação às questões de saúde mental, envolvendo a discussão de casos, com intuito de entender e definir junto a equipe um projeto terapêutico para os pacientes. No caso dos psicólogos que trabalham em UAIs, esse contato com a equipe recebe a denominação de atenção compartilhada, já que consiste no compartilhamento de casos e atividades entre diferentes especialidades de profissionais. A frequência com que ocorre essas atividades varia muito em cada unidade. Muitas vezes, elas são realizadas de maneira informal, em curtos intervalos de tempo entre os atendimentos do psicólogo, conforme mostrado nos textuais abaixo:

*[...] o **matriciamento**, que pra mim é a **discussão de casos** com profissionais de dentro da unidade, principalmente com a clínica médica que faz tutoria, é algo que eu faço diariamente, com outras pessoas da equipe também, dependendo da situação. (Métis)*

*[...] reunir com as agentes e com os enfermeiros pra **discutir casos, matriciar**, como avaliar demanda de Saúde Mental [...] eu converso muito com a assistente social da manhã, meio que pra levar ela a pensar, ter uma visão da Rede, dos sintomas, nesse sentido. (Hebe)*

*[...] tem um momento que a gente tá com equipe da **Atenção Compartilhada**, e o que seria essa Atenção Compartilhada? É uma equipe mínima que tem no PSF, que é a enfermeira, agente de saúde, clínico geral, aqui também a gente tem o pediatra [...] então, tem momentos que a gente também tá com essa equipe. A UAI hoje ela tá tentando configurar o modelo de PSF, então, além do Pronto Socorro, a gente tem hoje dentro da UAI W, três PSFs. (Atena)*

*[...] eu tenho um tempo pra tá conversando ou com a médica, ou com a enfermeira, ou com os agentes de saúde [...] apoio a equipe né? A gente tem reuniões improvisadas [...] faço um levantamento de alguns pacientes mais graves de cada território deles, e vou levando pra eles pra ver se eles conhecem, se fazem visitas, se têm alguma informação pra me dar [...] seria um **matriciamento**, um esclarecimento daqueles casos que eu acho que mobilizam o agente comunitário. (Elpis)*

Por fim, o trabalho dos psicólogos na AB também inclui a realização de atividades burocráticas, como o preenchimento do prontuário eletrônico e a produção de relatórios,

declarações de comparecimento. Todas as atividades realizadas pelo psicólogo precisam ser registradas no prontuário eletrônico, cujo sistema atual é o *Fastmedic*, garantindo o compartilhamento de informações sobre o quadro de saúde do paciente com outros profissionais, para melhor acompanhamento do caso, bem como a produtividade do profissional. Alguns psicólogos realizam o registro após cada procedimento realizado; outros aproveitam qualquer tempo disponível para realizá-lo; e há os que o fazem no final do dia de trabalho, registrando todas as ações de uma única vez.

Os relatórios constando um resumo do quadro psíquico do paciente, com sintomas e diagnóstico de saúde mental, baseado no Código Internacional de Doenças (CID 11), bem como as declarações de comparecimento, comprovando o dia e horário em que o paciente esteve em atendimento, normalmente são solicitados para perícia no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pela Secretaria de Trânsito e Transportes (SETTRAN) para liberação de carteirinha de passe-livre, ou mesmo para apresentar no trabalho, escola, CREAS. Geralmente são feitos em qualquer intervalo de tempo que o psicólogo tenha disponível. A frequência de pedidos de relatórios e de declarações ao psicólogo depende muito da demanda da população da área de abrangência atendida. Tais atividades são evidenciadas nos seguintes relatos:

[...] eu faço preenchimento do Fastmedic, que é o registro de prontuário eletrônico da Rede hoje [...] durante o acolhimento, eu não faço nenhum registro, mas a hora que o paciente sai da sala, antes de eu entrar com o subsequente, eu tento ver se eu registro, até pra que eu não perca isso [...] hoje eu me vejo atendendo um número de pedidos de relatórios que na minha história de Saúde Mental eu nunca vi tanto! Relatórios do INSS, relatórios do Conselho Tutelar, relatórios do CREAS, do Idoso, agora o SETTRAN também foi incluído com o pedido de relatório [...] a solicitação de atestado, das pessoas irem ao acolhimento pra solicitar uma avaliação clínica pra poder já ser afastada do trabalho. (Métis)

[...] tento sempre registrar os atendimentos, deixar tudo mais ou menos organizado [...] a gente costuma fazer um relatoriozinho pra responder essas demandas, quando vem né? (Hebe)

[...] tem a hora que eu faço o registro [...] tem a hora que eu faço o relatório. (Atena)

[...] organizar a burocracia, lançar no sistema, até pra outro profissional conseguir ter uma clareza e te ajudar a acompanhar junto [...] tem que fazer relatórios. (Gaia)

A partir do exposto, será mostrada mais detalhadamente a operacionalização das tarefas do psicólogo da AB. De acordo com a psicodinâmica do trabalho de Dejours, a

organização do trabalho define-se pela divisão de tarefas, que implica o ritmo de trabalho, cargas, tempo, jornada, pressões no trabalho, entre outros aspectos, atingindo diretamente a motivação no trabalho, a liberdade do trabalhador; e pela divisão dos homens, que abarca o relacionamento com a chefia e com os colegas, o que atinge o poder, a hierarquia. E é por meio da organização do trabalho que derivam os riscos para a saúde mental, assim como também trazem elementos que desencadeiam o desgaste dos trabalhadores.

Os trechos a seguir, no geral, evidenciam uma jornada longa e um ritmo de trabalho acelerado e intenso, com desempenho de várias atividades sequenciais e muitas vezes de forma instável, sem pausa adequada para descanso e para o lanche, conforme ilustrado pelas falas adiante:

*[...] eu acordo cinco e vinte da manhã e pego o ônibus seis horas; vou chegar lá mais ou menos sete e quinze, sete e vinte; **eu chego, eu vou primeiro pra minha sala pra me organizar, porque lá tem o computador e é onde eu vejo as minhas coisas** [...] pra pegar minha agenda, pra pegar os papéis que eu preciso pra levar pra sala, os cartõezinhos, agenda de psiquiatria, pra poder levar pra sala de grupo [...] **eu vejo os pacientes que estão agendados [...] se tem mais alguma coisa no meio**; vejo mais as questões administrativas e, logo em seguida, oito horas eu começo a atender [...] **quando eu saio pra conversar, tomar lanche, café, eu já volto logo pra minha sala mesmo.** (Eris)*

*[...] os meus horários são alternados né? Tem dias que eu vou de manhã e dias que eu vou à tarde; os dias que eu vou de manhã particularmente eu gosto mais, eu acordo umas sete horas e eu tenho que tá na unidade até as oito [...] **pela minha carga horária, eu não almoço na unidade e minha rotina de vida né? Porque, às vezes, cê tem que buscar filho na escola e tal, almoço na rua**; mas também quem faz seis horas, não tem direito à uma hora de almoço no serviço não; só a partir de oito horas é que você pode [...] no meu intervalo, eu como um pão, bebo um café, **eu levo lanchinho pra sala [...] não tem muito planejamento das ações, então, cada hora vem um problema e cê tava fazendo uma coisa, cê deixa de fazer aquilo e passa a fazer outra, e cada hora vem uma ordem diferente lá de cima da gestão, cê tem que mudar [...] cê sai de casa pensando [...] programei duas visitas, eu vou sair a pé porque não tem carro pra levar o PSF, você vai a pé, aí chega lá tem quatro pacientes te esperando: um, segundo a enfermeira, tá desorganizado; o outro o administrativo marcou sem perceber; e o outro o médico marcou sabendo**; e aí o que é que cê faz? Cê sai pra fazer visita ou você acolhe aqueles quatro que estão lá? [...] a gente fica nesse jogo de cintura [...] **acolhe os quatro e ainda sai pra fazer as duas visitas.** (Elpis)*

Nos relatos das duas entrevistadas acima, nota-se a aceleração do ritmo de trabalho causado pelas condições precárias de trabalho como, por exemplo, ter que se deslocar mais vezes procurando salas e computadores para atendimento ou por falta de carro para a realização de visitas domiciliares, bem como o aumento da carga de trabalho gerado pela falta

de constância da gestão e pelo desrespeito dos outros profissionais da equipe, que muitas vezes agendam mais atividades para o psicólogo, além do limite combinado.

Nos trechos a seguir, as entrevistadas também relatam a intensa jornada de trabalho e o ritmo acelerado, com falta de tempo para lanche, almoçar, beber água, ir ao banheiro. Também se queixam da falta de tempo para refletir sobre o trabalho, sequestrando o tempo, os direitos e a subjetividade do trabalhador, tornando-o alienado e automatizado. A carga horária e demanda altas elevam mais ainda os *riscos para a saúde mental, assim como configura fator de desgaste mental, podendo gerar cansaço, exaustão, fadiga, ansiedade, tensão, sofrimento psíquico e transtornos mentais*. As falas adiante servem de ilustração para este quadro:

[...] eu acordo dez pras seis, me arrumo, faço café, faço minhas coisas, vou pro postinho e, quando eu saio, meio dia, eu já vou pra esse outro local e almoço lá [...] cada dia da semana é de um jeito né? [...] na quarta, que é o dia de acolhimento, é uma loucura; tem vezes que dão onze horas e eu não consegui comer ainda minhas castanheiras, beber água[...] eu chego, já começo a atender, tento encher minha garrafinha [...] eu gosto muito de beber água e tem dia que não dá tempo de beber muita não [...] eu faço acolhimento tanto de manhã quanto à noite; então, é um dia muito cansativo, é o dia que eu fico bem ‘morta’. (Hebe)

[...] a jornada é longa, meu dia começa cinco e meia da manhã, faço minha meditação, minha higiene pessoal, organizo as minhas coisas pra sair, organizo meu filho, deixo ele na casa da minha mãe [...] trabalho na UAI das oito ao meio dia [...] quando a gente tá na unidade, a gente é muito sugado, muito demandado, então por vezes, eu vou respondendo a demanda e não tenho tempo de parar pra pensar o que que eu estou fazendo do serviço [...] o ritmo de UAI é muito diferente de qualquer outra unidade, de um PSF, de uma UBSF e de um CAPS, por exemplo né? Por vezes, eu já cheguei aqui, entrei e saí sem ir ao banheiro, sem parar dez minutos, que é o que a gente tem direito por trabalhar quatro horas, não tomamos lanche; então, tem dia que é muito, muito, muito corrido; são quatro horas intensas e intensivas [...] carga horária puxada, demanda exaustiva né? [...] no dia da visita mesmo, eu tenho uma hora livre; no dia do acolhimento, eu também tenho meia hora livre; então, é essa hora que a gente vai organizar, fazer outras atividades, digitar, porque tudo é preciso ser feito o registro no nosso sistema eletrônico [...] meu horário de almoço é super rápido [...] vou pro CAPS, saindo do CAPS, eu encerro a minha jornada às dezoito horas. (Athena)

[...] primeiro eu levanto bem cedinho, seis horas, tenho que arrumar a filha pra escola, deixar na escola, aí nisso eu já adianto alguma coisa da minha arrumação, tomo banho, deixo o café pronto, depois que eu vou pra unidade [...] chego sete horas ((risos)) aí quando eu chego, eu já nem tenho contato com ninguém da equipe não [...] eu já pego o que que eu tenho naquele dia, quem já tá esperando e já vou atendendo, aí depois assim nas brechas que tem, que eu vejo alguém da equipe ou vou discutir algum caso que é necessário; mas eu chego e tento cumprir o que tá ali pra aquele dia e à

medida que for surgindo alguma coisa que eu precise de alguém da equipe, é que eu vou solicitar [...] os atendimentos já são combinados né? Já são esperados pra aquele dia [...] a gente é muito solicitado, a demanda é muito grande [...] aí terminando, às vezes, tem vez que sentar pra fechar um caso [...] não dá um prazo pro café, às vezes, você termina a manhã inteira sem tomar uma água, não foi ao banheiro, essas coisas, você tem que se precaver por conta, levar a garrafinha, levar seu café, seu lanche, e isso também cansa, desgasta, chega num ponto que desgasta mesmo; então, a equipe fica adoecida também com muita solicitação, muita gente se sobrecarrega, chega a ponto de stress mesmo. (Gaia)

É interessante notar nos textuais acima, a realização de atividades variadas em algumas horas ou minutos “livres” (brechas), ou seja, um tempo livre que, na verdade, não é tão livre assim. Na gestão gerencialista, as novas tecnologias de comunicação permitem que todo “tempo morto” seja preenchido por uma outra atividade, como bem ressalta Gaulejac (2007, p. 111): “As perdas de tempo ligadas aos trajetos, às esperas, aos contratempos são ocupados para resolver problemas momentâneos, para fazer alguns telefonemas, para encontros, para completar notas em seu computador.” Trata-se de uma obsessão gestonária que leva a um ativismo desenfreado – o qual não suporta o menor “tempo morto” – e, conseqüentemente, há perda do próprio sentido da vida, muitas vezes fazendo o trabalhador se sentir ocioso, acomodado, inútil, envergonhado por não dedicar todo o tempo de trabalho à produtividade.

Além disso, há relatos também de realização de atividades fora do horário de trabalho, como por exemplo, diálogos nos grupos de WhatsApp, mais uma vez evidenciando o sequestro do tempo do trabalhador, que pode prejudicar outras áreas de sua vida, como a social e a familiar, conforme dito por Eris:

[...] depois do meu horário de trabalho, igual o maldito WhatsApp que hoje a gente tem vários grupos no celular, do WhatsApp, a gente tem que responder isso à noite e eu tenho me policiado nesse ponto de não responder [...] eu acho que é uma coisa que colocaram pra funcionar, melhorar a comunicação, porque a gente sabe que telefone na rede pública é muito difícil de falar, mas [...] tava me incomodando [...] porque eu trabalho, faço hora extra em casa; isso foi aconselhado pela minha psicóloga e até pela psiquiatra [...] para gente ter um pouco de privacidade, ter vida né? Porque o celular vem pra ajudar, mas também se a gente não souber usar, ele atrapalha.

Gaia também comenta sobre os prejuízos que seu sofrimento no trabalho acarreta para suas relações familiares: “[...] você chega em casa, você já tá com esgotamento e você tem reações ali com familiares [...] às vezes, vem prejudicar; eu tenho períodos que eu vejo

que quem tá ao redor ali tá captando também muita coisa.” Trata-se de vivências de sofrimento, fruto da realização de jornada de trabalho excedente e que invade a vida privada do trabalhador.

Para o poder gerencialista, é importante a disponibilidade permanente para que o máximo de tempo seja aproveitado para a realização dos objetivos prescritos, uma vez que os horários de trabalho não são suficientes para responder às exigências de produtividade. Nesse modelo, o tempo e o espaço de trabalho se tornam ilimitados. Isso significa que “[...] a fronteira entre o tempo de trabalho e o tempo fora do trabalho vai tornar-se cada vez mais porosa.” (GAULEJAC, 2007, p. 111).

A partir dos relatos das entrevistadas, é possível verificar como o trabalho ocupa o tempo na vida do trabalhador, para além das horas que ele se encontra no seu ambiente de trabalho, e que o ritmo da vida humana adapta-se ao ritmo do trabalho, o qual, quando é muito acelerado e intenso, acarreta uma rotina prejudicial à sua saúde, na medida em que causa sobrecarga, gerando ansiedade, cansaço, fadiga, tensão e sentimento de desamparo, comprometendo até mesmo suas necessidades fisiológicas básicas, como ir ao banheiro, alimentar-se, hidratar-se, podendo gerar agravos como infecção urinária, distúrbios alimentares e do sono, assim como transtornos de ansiedade.

Ao que tudo indica, esta configuração do processo de trabalho tende a piorar, agravando mais ainda as consequências para o trabalhador, já que o município está passando por uma reestruturação política e, conseqüentemente, do serviço de saúde pública. É importante destacar que a saúde pública de Uberlândia está num momento de transição. Após a última eleição política, houve mudança de gestor municipal e, com isso, também estão ocorrendo alterações na organização do trabalho, como destaca *Eris*: “[...] *nesses últimos dois anos, a gente passou por muitas coisas difíceis lá na UAI e tá passando por essa reestruturação, mudança de governo.*”

A nova gestão promoveu a *terceirização da saúde pública*, transferindo a administração para a SPDM, indo contra os preceitos do SUS garantidos pela Constituição Federal – como por exemplo, de que a saúde é dever do Estado –, conforme enfatiza *Atena*: “[...] *a questão das Organizações Sociais né? Acaba que é um desmonte no SUS, que eu faço parte deles, mas que eu não tenho saídas né?*” A entrevistada *Elpis* ressalta que a reestruturação do serviço na saúde pública de Uberlândia segue a lógica da reestruturação do mercado, assinalado pelo ideário neoliberal, que intensifica a exploração da força de trabalho, gerando muitos prejuízos aos direitos e à saúde do trabalhador, como pode-se notar em seu desabafo:

[...] é mudança de política né? De gestão; a gente tá ficando cada vez mais com uma lógica de produtividade, com essa terceirização da saúde, porque o Estado sai de cena, o município sai de cena e dá pra uma OS gerir, que tem um modelo de mercado; fala que não, fala que é filantrópico, mas não é verdade, a gente sabe que tem uns ganhos aí por trás, e vai contratar um profissional com um salário menor pra fazer quarenta horas e ele vai ter que cumprir o que ele pedir e, se não cumprir, é demitido, e aí tem toda uma lógica de mercado né? Eu acho que o mundo tá nesse retrocesso, não é só Uberlândia nem o Brasil; a gente tá vendo diminuir o número de pessoas e aumentar o número de funções, e aí o adoecimento aumenta né? Tanto dentro do serviço quanto fora, e eu não sei onde vai parar, porque vai chegar uma hora que vai dar uma crise no Sistema, acho que já tá dando né? Já estamos vivendo uma crise no Sistema, e aí o que que acontece? A violência aumenta, o número de morte aumenta, o número de surto aumenta, o número de mortalidade infantil aumenta, o número de suicídio aumenta, número de roubo aumenta, tudo reflexo dessa crise econômica. (Elpis)

Trata-se da presentificação da nova morfologia do trabalho, proposta por Antunes (2007), quando *Elpis* destaca o trabalho polivalente e multifuncional do psicólogo, caracterizado pela terceirização dos serviços de saúde da prefeitura para as OSs e a consequente precarização do trabalho, com redução da estabilidade no emprego.

Uma das características dessa gestão terceirizada é o *estabelecimento de metas*. A SPDM passou a estabelecer metas e exigir uma maior produtividade por meio do aumento do número de procedimentos e da redução do tempo de duração dos atendimentos, do número de reuniões e dos intervalos entre os procedimentos, como pode ser verificado na explicação de uma das entrevistadas:

[...] antes a gente não tinha metas; recentemente, vem uma história de que tem que fazer grupos, tem que fazer intervenções coletivas, tem que atender X pacientes [...] isso vem intensificando né? Com a entrada do NASF [...] isso vem como uma meta [...] o pessoal que é do Sul, com a OS Sal da Terra, lá já tá implantado, eles têm que fazer tantos atendimentos por grupos, tantos de individual, tantos de mobilização social, tanto de acolhimento compartilhado, tanto de visita domiciliar; é uma meta mesmo que tem que cumprir todo mês e isso vai chegar aqui pros outros setores, agora com a entrada da OS [...] o sistema de informática tá cada vez mais monitorado de recurso e informação, então, todo mês dá pra fazer um levantamento de tantos atendimentos individual, quantos grupos foram, e a gente vai ser cada vez mais cobrados [...] a produtividade, a cobrança da meta, ela vai ser tanto em nível individual, quanto do NASF [...] é uma lógica mesmo de mercado [...] eu só acho que não pode ser rígido na cobrança né? [...] é tão grande o volume de trabalho dentro da equipe [...] se você fosse todos os dias, o dia todo, seria uma coisa; mas cê faz dois dias na semana, no meu caso seis horas [...] nesses dois dias cê tem que dar conta de tudo. (Elpis)

Tal realidade prova que apesar da ideologia gerencialista ter se originado na esfera das empresas privadas, ela tende a se espalhar nos setores públicos. A economia política se torna gestonária a partir do momento em que os interesses financeiros valem mais que os interesses humanos e sociais (GAULEJAC, 2007). No serviço público de saúde de Uberlândia, aumentam-se cada vez mais as exigências de cumprimento de metas e produtividade, como bem exemplificado na fala de *Gaia*: “[...] **cê tem que mostrar resolutividade** [...] principalmente em PSF; primeiramente cê tem que acudir tudo né? Tem que ser o máximo resolutivo ali.”

Gaulejac (2007, p. 219-220) coloca que frente às exigências da gestão gerencialista, os trabalhadores têm o sentimento de que não realizam o suficiente, como se o trabalho realizado nunca chegasse a ser satisfatório e “A combinação de uma expectativa de reconhecimento insatisfeito, de critérios flutuantes que definam concretamente o trabalho a ser feito e a incerteza diante da lógica da obsolescência, produz um sentimento de ameaça”. Desse modo, o trabalhador se sente culpado por “não dar conta do serviço”, mesmo sabendo que ele é impossível de ser cumprido no prazo estabelecido pelo gestor. Na atualidade, as consequências psicopatológicas destas situações são conhecidas, como afirma o autor, assim como Dejours (2016), particularmente, a depressão, o esgotamento profissional (Síndrome de Burnout) e a adição ao trabalho (*work addicts*: desenvolvimento de uma relação de dependência do trabalho, que apresenta os mesmos sintomas que os drogados). A intenção é canalizar o máximo de energia libidinal para transformá-la em força produtiva, já que há uma exigência drástica sobre os resultados. Há, portanto, um processo de mobilização psíquica com efeitos drásticos, como enfatiza Gaulejac (2007, p. 232):

Pressão para aqueles que se deixam embalar pelas sirenas do sucesso, depressão para aqueles que não chegam a responder às exigências do alto desempenho, estresse para todos aqueles que devem suportar a cultura do assédio. Uns se dopam para permanecer na corrida, outros se medicam para cuidar de suas feridas, e todos vivem com ansiedade e medo.

É importante salientar que o Poder Judiciário reconhece que a política abusiva de metas causa danos aos trabalhadores e gera direito à reparação por assédio moral. O Tribunal Superior do Trabalho apresenta vasta jurisprudência em que afirma o direito à indenização aos empregados submetidos a metas exageradas. A política exagerada de metas não se configura apenas como assédio moral praticado contra um empregado específico, mas como assédio moral organizacional. Não se trata de pressionar, exigir demasiadamente, gerar o sentimento de menosprezo, incapacidade ou inferioridade em um único empregado, mas de fazê-lo como

forma de gestão e, desse modo, o assédio torna-se uma política institucional (SILVA; ANABUKI, 2013).

Como bem lembrado por *Elpis*, os psicólogos que trabalham nas unidades de saúde do setor Sul, geridas pela OS Missão Sal da Terra, já lidavam com o regime de metas e cobrança por produtividade, mas ainda assim se queixam da sobrecarga gerada pela alta demanda, que acontece muitas vezes devido ao número de habitantes maior que o permitido por área de abrangência (5 mil para UBS e UBSF, e 50 mil para UAI), conforme mostra a fala abaixo:

[...] hoje a UBS X tem por área de abrangência mais de dez mil habitantes e uma psicóloga na unidade fazendo esse trabalho [...] tem uma psicóloga pra uma população desse tamanho! [...] houve uma definição, pela gestão da Missão Sal da Terra, de números de atendimentos por semana, tem que ter o mínimo [...] tem a história do acolhimento resolutivo que eu acho muito difícil [...] na primeira escuta você já ter que ou encaminhar a pessoa ou até mesmo disponibilizar os horários de atendimento pra ela. (Métis)

A população e, conseqüentemente a demanda, aumentaram sem a alteração adequada do quadro de funcionários. Considerando a grande área de abrangência e sua alta demanda, as entrevistadas de fato se queixam da *insuficiência do número de trabalhadores nas unidades*, apontando a necessidade de se ampliar a quantidade de trabalhadores na Rede, em especial, os psicólogos, conforme mostram os seguintes textuais:

[...] eu acho que sempre vai ficar um pouquinho de demanda reprimida, mas eu acho que tinha que ter o número de profissionais compatível com o tamanho da população [...] a gente fala que tem que aumentar o número de profissionais [...] então assim, muito insuficiente, é por isso que eu falo que é a clínica do possível, mas ela é triste de ver né? [...] eu acho que tem pouco clínico na unidade, eu acho que tinha que ter mais. (Métis)

[...] pensando que a gente tem três áreas, então, a gente precisa de uma equipe mínima de cada área, que é o clínico, o enfermeiro, o número de técnicos eu não sei, e agentes comunitário de saúde, que são dez pra cada área e a gente tem três pra unidade inteira, então assim [...] uma parte muito importante do trabalho dentro de uma Unidade Básica de Saúde de Atenção Primária, que é a questão de agentes, é bem comprometida [...] eu sinto falta do psicólogo né? Que teria que estar junto comigo [...] a gente tem três áreas, e eu estava na área 1 e a outra psicóloga era da área 2 e 3; quando a outra psicóloga saiu, eu tive que assumir todas as áreas né? [...] aí coube todo esse volume grande, eu acho muito [...] tem cinco anos que eu já estou aqui né? Sempre teve duas psicólogas, só que a outra psicóloga já trocou muitas vezes, e aí quando sai uma, geralmente fica um período grande sem; igual a gente ficou de janeiro até julho sem, e eu fiquei sozinha; e aí em agosto a outra psicóloga veio, ficou até janeiro, só que aí

ela saiu de licença maternidade [...] fica longos períodos sem o outro psicólogo né? (Hebe)

*[...] a gente começou a trabalhar até com quatro psicólogas [...] a gente fazia um trabalho bem legal, e chegou um momento que ficaram duas e um momento que eu **fiquei sozinha; foi um momento bem impactante** [...] a última colega estava de licença maternidade e **a Rede tava passando por uma falta de profissionais; foi um pouco difícil, porque eu fiquei apagando fogo** né? Eu fazia mais era acolhimento mesmo – acolhimento de retorno em grupo e acolhimento de novos individual [...] lá a gente **não tem agente de saúde** né? (Eris)*

*[...] **teria que ter mais profissionais né? O problema é que eles estão fazendo a lógica inversa: cada vez menos profissionais pra uma carga horária maior** [...] se não tem clínico contratado, a demanda vem direto pra mim; se não tem enfermeira, a demanda vem direto; se não tem tutoria, se não tem tutor de psiquiatria que vai nas unidades, acaba que **demandam mais do psicólogo de responder mais sozinho sobre esse assunto, então, interfere sim** [...] há uns dois anos atrás, por questões de gestão, de RH, tava faltando muita gente, eles não tavam contratando, o pessoal tava saindo muito, então, o pessoal ficou muitas vezes de **agente comunitário para auxiliar administrativo** [...] ainda tá faltando **agente comunitário; tá faltando, eu acho, em alguns lugares, mais psicólogos** né? Igual uma colega nossa que fica sozinha em três unidades, PSF bem grande; é muito complicado, tem que ter dois profissionais ali junto, pra poder dá conta de três equipes, porque cada um de nós somos referenciados pra duas equipes. (Elpis)*

Além disso, uma psicóloga reclama da falta de suporte de outras especialidades para quem os pacientes da saúde mental precisam ser encaminhados, como: neurologista, fonoaudiólogo, psiquiatra, muitas vezes devido à inadequação do número desses profissionais, conforme verifica-se em sua fala abaixo:

*[...] a **neurologia**, que é importantíssima pra nós em relação às crianças, **não tem pra onde a gente encaminhar** crianças com problemas de aprendizagem ou com outros tipos de problemas, nem mesmo os escolares né? E aí essas pessoas estão na fila há três anos [...] **fonoaudiólogo**; então assim, não vejo isso acontecer de uma forma que não tenha essa fila pra tudo, até mesmo, por exemplo, **o encaminhamento dos nossos pacientes pra UAI** né? Por que que não fica lá, pra poder ser observado mais horas? [...] **manda de volta pra casa tão rápido** [...] quem é que faz **pronto-atendimento nas UAIs? Não é nem profissional da nossa área, nem psiquiatra – é clínico**; eu acho que é muito difícil pro clínico pra ele avaliar isso. (Métis)*

Tal quadro é bem característico do universo gerencialista, que solicita o crescimento permanente dos desempenhos simultaneamente à diminuição dos custos (GAULEJAC, 2007). Em outras palavras, a lógica de mercado visa mais produção com menos gastos com recursos

materiais e humanos – o lucro – à custa da sobrecarga, do desgaste e do adoecimento do trabalhador.

Apenas uma entrevistada ressalta que problemas de inadequação do número de trabalhadores em sua equipe são resolvidos rapidamente com novas contratações, como é possível confirmar na citação abaixo:

*[...] como nós temos um contrato de gestão da OS, da Organização Social, não podemos ficar desfalcados [...] então, se sai um psicólogo, por exemplo, a gente tem um prazo de trinta dias pra ser convocado outro, pelo processo seletivo; então, **aqui não tem defasagem [...] é o prazo da saída de um e a contratação de outro**; o que pode acontecer é, às vezes, o período de adoecimento do profissional, aí a gente fica sem, mas por uma defasagem de sair e a equipe vai ficando reduzida, esperando um contrato maior, esperando que o secretário autorize, não! aqui nós precisamos sempre estar com o serviço completo, com a equipe completa [...] em torno de até quarenta dias chega alguém, porque tem os trâmites, que tem que chamar o primeiro, se o primeiro não aceita, da lista de espera, chama o segundo [...] mas é muito mais rápido, por exemplo, que um servidor, porque o servidor, cada um tem até trinta dias pra responder se quer ou não o serviço né? (Atena)*

Essa entrevistada trabalha no setor Sul, gerido pela OS Missão Sal da Terra, que realmente parece ser um pouco mais comprometida com o cumprimento de seus deveres, em termos de oferecer melhores condições de trabalho para seu quadro de funcionários, os quais normalmente têm menos queixas a respeito dos serviços. Mesmo assim, ela afirma que o número de psicólogos na sua unidade é insuficiente para atender toda a demanda: “*[...] a demanda é muito maior do que a gente tem pra oferecer.*” (Atena)

Considerando os outros setores urbanos, agora geridos pela SPDM, as mudanças já chegaram em algumas unidades e, em outras, ainda estão sendo implantadas. Por isso, ainda se encontram diferenças no número e no tempo de duração dos atendimentos realizados, e até no tipo de atividades realizadas. De qualquer forma, a nova gestão alterou o processo de trabalho com relação à operacionalização das tarefas: aumentou a cobrança por uma quantidade maior de procedimentos e de número de vagas para atendimentos, e pela ocorrência de acolhimentos diários de pacientes novos, como demonstra a fala abaixo:

*[...] quando entrou a nova gestão, a coordenadora propôs acolhimento diário, todo dia ter, tipo, três vagas de acolhimento e três vagas de retorno, [...] hoje eu sinto que a minha agenda tá espremida [...] então são muitos acolhimentos de novos, não tem nenhum intervalo [...] muita demanda, muita gente procurando e aí **pressão de coordenação** [...] precisa atender, precisa atender, pra dar conta. (Hebe)*

No geral, os psicólogos devem aumentar a quantidade de vagas para atendimentos individuais, realizar atendimentos individuais com no máximo 25 minutos de duração, realizar acolhimento de novos diariamente, realizar mais grupos e visitas domiciliares, intensificando a jornada de trabalho que aliada ao dimensionamento inadequado de pessoal interferem no processo e organização do trabalho dos psicólogos, em especial, no modo operatório das tarefas, provocando alterações no ritmo de trabalho, gerando sobrecarga e pressões, situação que caracteriza o processo de desgaste dos trabalhadores psicólogos, em particular, o desgaste mental, assim como denuncia as condições de possibilidade para o desenvolvimento do sofrimento patológico que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real promove. Tal quadro *configura risco para saúde mental*.

A ideia é promover o melhor aproveitamento do tempo para aumentar a produtividade, automatizando o trabalho e robotizando e alienando o trabalhador, conforme verifica-se no trecho a seguir:

*[...] a nossa população é de setenta mil pessoas [...] nesses últimos cinco meses, a gente teve que triplicar, bem dizer, a quantidade de atendimento individual, pela procura das novas áreas de abrangência [...] a gente teve que **aumentar essa quantidade de vaga [...] a gente tá passando por uma reestruturação dos serviços nas UAls, onde agora atendimento de novos vão acontecer todos os dias [...] esses atendimentos terão duração de no máximo vinte e cinco minutos, porque em seguida a gente tem outras atividades; a gente não poderia atrasar [...] eles estão passando uma quantidade que eles querem que a gente atenda individual, uma quantidade de grupo [...] o que a gente tá questionando é a questão de colocar no máximo quatro atendimentos individualizados; eles queriam que fossem seis, mas aí a gente não teria como fazer a busca ativa, e a gente não teria tempo nem de tomar uma água [...] é uma quantidade que pra mim, a gente não tem tempo nem pra beber uma água [...] agora eles tão querendo padronizar, foi estipulado uma quantidade de horas de procedimentos [...] como se fosse um robô, né? (Eris)***

Percebe-se que as entrevistadas apontam termos, como lógica de mercado, produtividade, terceirização, metas, trabalho monitorado e robotizado, tempo cronometrado, resolutividade (que sugere imediatismo), que denunciam o trabalho precarizado a que essas profissionais estão submetidas, no qual o que importa para a gestão é o desempenho, o melhor aproveitamento do tempo de produção, em detrimento dos direitos trabalhistas e da subjetividade e saúde dos trabalhadores, típicos do ““novo capitalismo””.

Considerando o contexto dessa lógica financeira, potencializada pelo atual gestor do município, alguns relatos demarcam bem a *distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real*. A nova gestão está exigindo de um psicólogo que cumpre 6 horas diárias, por exemplo,

que ele faça 12 acolhimentos de 30 minutos cada ou 6 acolhimentos seguidos de um grupo. Trata-se de uma meta que muitas vezes não está de acordo com a realidade da Unidade e com os limites pessoais do trabalhador, nem considera os imprevistos do dia-a-dia, padronizando a força de trabalho e, com isso, ferindo a subjetividade do trabalhador, que fica impossibilitado de pensar, criar, acrescentar, conforme revelam as falas abaixo:

[...] faço acolhimento de novos, que dá de dez a doze pacientes, muita gente. (Hebe)

[...] eram doze atendimentos no dia, individual, e/ou seis atendimentos individuais, mais um grupo né? E isso não é a realidade; a gente tá na UAI, às vezes acontece de acabar o grupo e ter atendimento e o paciente faltar e aí a gente tá fazendo outra coisa, mas também acontece de a gente tá com um dia cheio e chegar um paciente lá em crise e a gente ter, de certa forma, dá um suporte pra esse paciente, porque a equipe às vezes pede pra nós, pessoal lá da frente ou a enfermeira pede pra gente fazer isso [...] as visitas, a gente tem muito [...] a gente vai nessas regiões e a visita chega a durar de três horas a três horas e meia. (Eris)

Por outro lado, muitas vezes, devido à alta demanda da população e à pressão da equipe, os psicólogos acabam trabalhando mais do que é preconizado pela gestão, como pode ser verificado a seguir:

[...] só no acolhimento eu já atendo um volume grande, porque eu vejo que tá sempre passando, tem sempre um oficial administrativo pedindo pra atender mais um [...] e aí vai só somando demanda, somando demanda. (Métis)

[...] todo mundo agendava pacientes na minha agenda, a torto e a direito, tipo o médico, e não respeitava esses critérios né? E marcava qualquer dia e qualquer hora; enfermeira começou a marcar, recepção, e aí acabou caindo nisto de tá tudo agendado e não ter horário. (Hebe)

[...] a demanda é muiiito maior; então a gente chega a fazer muitos procedimentos no dia, porque a unidade pede isso, não é nenhum gerente da unidade, é o serviço que pede. (Atena)

Além disso, as imposições externas abalam a motivação e a liberdade no trabalho e, conseqüentemente, o sentido do trabalho. O trabalho do psicólogo não está flexivelmente organizado de acordo com os desejos e as necessidades do trabalhador, já que deve atender todo o volume e tipo de demanda, como bem enfatizado nas falas a seguir:

[...] eu não tenho a escolha de não atender um caso ou outro; em outros locais, às vezes, você tem a escolha [...] atendo hoje um volume de pacientes

graves como eu atendo no SUS [...] na minha clínica particular, eu escolho não atender pacientes com tal gravidade. (Métis)

*[...] **cê tem que dar conta de tudo**, todo tipo de quadro, transtorno. (Gaia)*

A falta de autonomia no trabalho aumenta os *riscos para a saúde mental* do psicólogo, na medida em que fica mais frustrado, ansioso, preocupado, pressionado, favorecendo o sofrimento e adoecimento, na medida em que o trabalho passa a representar mais uma atividade de produção objetiva, com respeito a regras e execução de procedimentos, do que a fonte de realização.

Algumas entrevistadas também citam que a alta exigência da nova gestão por mais acolhimento/atendimento é responsável pela falta de tempo para realizar outras tarefas, tais como o registro das atividades no prontuário, visitas domiciliares, reuniões e matriciamento com a equipe, comprovando que os tempos sociais do trabalho muitas vezes não condizem com os biorritmos dos indivíduos, segundo ilustrado nos trechos abaixo:

*[...] **pelo volume de atendimento, às vezes, eu tenho que ficar sem registrar no mesmo dia** [...] às vezes, não consigo terminar no tempo que eu gostaria de terminar [...] eu sinto que **é um dia que não dá tempo de outras discussões de casos, o matriciamento**. (Métis)*

*[...] **como eu tô com muita coisa pra fazer, eu acabo não conversando** [...] não sei se é porque tem muita demanda e aí **a gente já passa sempre correndo muito, então, não tem reunião de equipe** [...] **por causa do meu horário ser muito apertado, eu também não consigo muito fazer visitas**. (Hebe)*

*[...] **a gente não tem muita conversa, até porque não tem tempo**; o tempo tá bem puxado, e eu fico mais é na minha sala mesmo. (Eris)*

*[...] **às vezes, a gente sai sem fazer o registro do paciente, porque não dá tempo** [...] eles pedem pra gente reservar uma hora pra fazer lançamentos, pra deixar organizada a parte burocrática, e às vezes isso não é possível pela quantidade que você tem que, assim, acolher aquela demanda que chega [...] pela quantidade de pacientes no dia, às vezes fica falho né? Lançar toma seu horário; às vezes, é tudo muito rápido, poderia detalhar melhor, e fica falho; às vezes, você lança pra cumprir né? Pra ter ali no sistema o acolhimento né? (Gaia)*

Percebe-se o alto nível de tensão das psicólogas quanto aos prazos para execução de suas tarefas, tendo em vista que as trabalhadoras têm que efetuar o processo no curto prazo de sua carga horária, o que denota *fator de desgaste mental, podendo levar a fadiga, irritabilidade, estresse, doenças cardíacas, dentre outras*.

Outro aspecto da produtividade levantado pelas entrevistadas é o grande volume de solicitações burocráticas (relatórios, atestados) que demandam muito tempo e as deixam tensas e sobrecarregadas, conforme falas abaixo:

*[...] o volume de solicitações que são pra mim burocráticas né? Que não é nem de uma escuta em si [...] o volume de relatórios, **eu nunca escrevi tanto relatório, nunca foi tanto papel** sabe? Isso é uma das necessidades de agora! [...] eu tiro um tempo mesmo, sento pra fazer levantamento de estudo de prontuário pra poder escrever pra equipe toda assinar [...] então eu acho que **me consome muito tempo**. (Métis)*

*[...] só **relatório**, essas coisas, que aí **fica meio corrido**, eu acabo sempre fazendo em um horário que alguém faltou ou um dia que acaba mais cedo; **eu não tenho um horário pra isso**. (Hebe)*

Gaulejac (2007) utiliza o termo hiperatividade no trabalho para caracterizar essa corrida pelo desempenho. O poder gerencial vem com uma promessa de satisfazer os fantasmas de onipotência do trabalhador. O humano “normal”, suscetível à fraqueza, ao erro, ao contratempo, à imperfeição, à dúvida precisa dar lugar a um humano “ideal”, aquele trabalhador onipotente, sem limites, sem fracasso, batalhador, que se sacrifica inteiramente a seu trabalho para conseguir alcançar os devidos resultados. Para isso, são necessárias uma adesão total e uma mobilização psíquica intensa, a qual gera sobrecarga e pode levar ao sofrimento patogênico do trabalhador.

Por fim, uma das entrevistadas acrescentou sua indignação quanto à forma da nova gestão de abordar o investimento do psicólogo em sua capacitação, como congressos por exemplo. Antes da SPDM assumir, o servidor público tinha direito de participar de um evento anualmente, sem a necessidade de repor os dias não trabalhados. Agora, o psicólogo precisa repor as horas que se ausentou do trabalho para participar de eventos, de acordo com a explicação abaixo:

*[...] a Prefeitura sempre deu um congresso no ano pro profissional poder sair sem ter que pagar as horas; eu fui falar com a coordenadora, ela falou que tem que verificar porque acha que isso mudou, então assim, que tipo de profissional que a Prefeitura quer né? [...] que não vai me liberar as horas; **além de pagar do meu bolso a inscrição do congresso, a estadia, o transporte, eu ainda não vou ter as horas liberadas?** [...] então, acho que não é um lugar que me incentiva a buscar participar, então isso, você pode passar por ali, ficar todos os anos, procurar extra para você. (Métis)*

Podemos pensar que o desinteresse (e até a imposição de dificuldades) da nova gestão pela capacitação de seus trabalhadores, pode ser para mantê-los desinformados e

alienados. Além disso, o que realmente interessa para a chefia é o cumprimento das metas e o alcance dos resultados. Mais horas trabalhando em seus postos de trabalho, dedicadas aos atendimentos, significa maior produtividade e maior lucro, o que é a prioridade desse tipo de modelo de gestão.

Assim sendo, no sistema gerencial, não importa a melhoria das condições da produção e a qualidade está associada ao aumento da produtividade e da rentabilidade. E manter a qualidade de trabalho num ritmo tão intenso, que prioriza a quantidade e desconsidera o investimento em capacitação, torna-se mais difícil, como bem pontuam as entrevistadas abaixo:

[...] ficam falando de produtividade [...] eles tão querendo ver muita qualidade, mostrar muita produtividade; é quantidade sem qualidade pra mim né? (Eris)

[...] eles tão pondo um psicólogo pra cada três equipes, aí eu já acho que fica mais difícil ainda o trabalho né? Aí não dá pra fazer mais uma clínica extensa, uma função terapêutica, assim, mais adequada; fica tudo muito corrido né? Pra dar conta de tudo, pra não deixar ninguém sem atendimento. (Elpis)

Apesar da maior parte dos relatos das psicólogas denunciar um trabalho precarizado, com ritmo intenso e adoecedor; em certos momentos, algumas entrevistadas apresentam contradições em seu discurso, numa tendência à naturalizar e minimizar o sofrimento, e até culpabilizar o trabalhador – quando remete a ele a dificuldade de lidar com regras, a falta de autodisciplina, características de personalidade.

No caso de *Atena*, por exemplo, em várias partes de suas narrativas, ela se refere a uma rotina desgastante, exaustiva, corrida, intensa, que demanda e suga muito, a ponto de às vezes não conseguir nem ir ao banheiro ou tomar um lanche, refletir sobre suas atividades; à existência de regras rígidas. No entanto, em alguns momentos de sua fala, ela diz que se trata de um trabalho tranquilo, simples, vantajoso, que ela já está acostumada, conforme pode-se verificar a seguir:

[...] todas as pessoas falam que trabalhar numa Organização Social é muito difícil porque é muito rígido né? Sim, têm essas questões, é tudo muito bem observado o que você faz, só que também é uma vantagem quando você vai de acordo com o que é pedido e vai tudo certo no seu serviço, também tá livre [...] tem algumas regras né? Questão de vestimenta, questão de o que pode ou que não pode fazer [...] é uma empresa, não vejo nada que uma outra empresa não faça, mas, pra algumas pessoas que vêm de outra cultura, tem essa dificuldade; então,

*aqui eu tenho que andar com o jaleco, eu tenho que andar com o meu crachá, eu tenho que andar de sapato fechado, tem que evitar coisas muito chamativas, mas se você andar pela unidade, você vai ver que pessoas, uma ou outra, vai fugir disso, mas nem por isso é algo que você vai ser penalizado de pronto [...] **é algo simples, mas algumas pessoas têm muita dificuldade de seguir**; então seria nesse aspecto que as pessoas falam; **eu mesma não vejo que é nada de outro mundo não, seguir as regras não é nada mais do que é proposto em qualquer serviço né? [...] eu não vejo uma rigidez como algo ruim, na verdade são as regras que são colocadas e algumas pessoas têm dificuldade de seguir [...] essa meta hoje, a gente bate ela com muita tranquilidade [...] pra mim é muito tranquilo [...] eu já estou muito acostumada com o ritmo [...] já faz parte da minha rotina doze anos né? [...] como eu já tô, só aqui, há oito anos, eu tento reinventar, fazer as mesmas coisas de um outro jeito, porque senão vai caindo numa rotina e vai ficando muito desgastante [...] eu penso que também é uma autodisciplina que eu mesma deveria colocar**; eu tenho direito a pelo menos dez minutos de intervalo; então, eu penso que eu deveria usá-los independente de qualquer coisa né? Porque me foi dado [...] contudo, como eu tenho outro trabalho, se eu atraso aqui, eu atraso no outro, **então isso é meu**. (Athena)*

Da mesma forma, é possível notar que *Hebe* também mostra contradições quando, ao mesmo tempo em que menciona a existência de cobrança, de metas, de pressão, ela nega ser cobrada pela chefia e afirma se tratar de uma cobrança interna, característica de sua personalidade. Ou seja, o problema não é a organização do trabalho, mas sim o trabalhador, que precisa servir e se adequar, como ela mesma explica a seguir:

*[...]. nessa nova gestão [...] o que mudou principalmente pra mim foi essa **cobrança por acolhimento**, por não ter fila de espera, todo paciente ser atendido [...] eu fui cedendo às **pressões de coordenação, da unidade** [...] sua agenda tá cheia e esse paciente é grave, não dá pra esperar, e aí você agenda, vai agendando, vai agendando, e aí você vai dando conta né? [...] eu falo pressão, mas **eu acho que é uma pressão até que eu me coloco, porque eu nunca fui cobrada em nada**; já é a terceira coordenadora que eu estou tendo na unidade né? A primeira, na outra gestão, sempre me deu muita liberdade; depois veio uma nova coordenadora né? [...] nunca falaram assim: - você tem que atender mais do que você atende [...] **eu tenho isso comigo, eu preciso dar conta do que eles mandam** sabe? Então, **pelo meu jeito de eu sofrer muito com as coisas, eu acabo fazendo antes de eu ser cobrada por isso**, a cobrança que tem é: '- nossa, tem muita gente querendo psicólogo e tem que arrumar outro psicólogo' [...] e aí eu fico com isso, tem muita gente querendo, eu acabo abrindo pra dar conta disso [...] pelo tanto de horas que eu trabalho, eu acho que eu tenho uma produtividade boa, então, eu não preocupo não, mas **alguém me cobrar isso nunca aconteceu [...] eu acho que eu me cobro**. (Hebe)*

Parece que a gestão consegue manter essas trabalhadoras produtivas e alienadas, desconhecedoras do quanto seu trabalho é explorado e de como sua subjetividade é detonada,

conforme o poder gerencialista do ““novo capitalismo””, que conduz a uma submissão livremente consentida (GAULEJAC, 2007).

Em suma, as entrevistadas mencionam como fatores de desgaste mental e de risco para saúde mental: a alta demanda por atendimentos, o cumprimento de metas, a exigência por produtividade quantitativa, sobretudo após mudança de gestão, em que houve a terceirização da saúde para as OSs; a solicitação de outros profissionais por encaixes de pacientes que não estavam agendados; a enorme área de abrangência pela qual a unidade de atendimento é responsável; a cobrança por acolhimento resolutivo, ou seja, uma solução para o caso do paciente já no acolhimento, na primeira escuta. De fato, essa produção intensificada e racionalizada torna o trabalho sem sentido, subtraindo do trabalhador sua conquista da identidade e, assim, gerando sofrimento que pode se tornar patológico.

Na revisão literária, abordada no capítulo anterior, é possível verificar que vários estudos também mostram o processo de trabalho do psicólogo da AB caracterizado por um excesso de atividades e demandas, cobrança por produtividade, alcance de metas, gerando sobrecarga para o trabalhador (ARAÚJO, 2008; ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012; CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015; CFP, 2010; DANELUCI, 2011; DUARTE; MORAES, 2016; FERMINO et al., 2009; NUNES, 2009).

Considerando que todo processo produtivo apresenta cargas de trabalho, as psicólogas além de trabalharem em longas jornadas de trabalho, num ritmo intenso e sob condições precárias que lhes geram desgaste e sofrimento, também precisam lidar com vários outros fatores de risco que ameaçam sua segurança, sua saúde e até mesmo sua vida. Muitas enfrentam situações de humilhações, intimidações, ameaças, hostilidades e até agressividade de pacientes – muitas vezes usuários de drogas, erotizados, armados – dentro e fora das Unidades, no caso de visitas domiciliares, correndo o *risco de acidente por violência física por ataques de pacientes, além de risco para a saúde mental advindo de agressões verbais, assédio sexual e moral*, o que abala sua autoestima e compromete sua identidade, sua integridade, acarretando desgaste e sofrimento, expressos em sentimentos de medo, frustração, impotência, conforme as verbalizações das entrevistadas:

*[...] paciente passou a fazer uma acusação, dizendo que eu é que estava fazendo pouco caso da situação; falou pra mim que ele já tinha matado, que ele já tinha roubado, que eu tinha família, se eu sabia do que ele era capaz e que ele achava quem ele quisesse [...] eu entrei com uma outra paciente subsequente e estava atendendo ela, quando fui interrompida pela enfermeira dizendo: ‘- olha **aquele paciente está vindo com um pau para quebrar a unidade**, estamos todos fechando a unidade e indo lá pra fora’*

*[...] sempre muito alterada, a mãe dele falou que o filho dela não era bandido, que ela ia chamar a mídia, que eu não era uma boa profissional, **falou muiiito de mim** ali na sala de espera [...] e que o filho dela não estava sendo tratado como ele merecia, que ele era um doente e que eu ia ver as consequências disso [...] ele jogou um distintivo no chão e **levantou a calça pra que eu visse que ele estava com uma arma**, falou que ele tinha parentes na polícia, que ele tinha porte de arma, que ele era segurança [...] **ele me filmou, me ameaçou** [...] hoje, ambos circulam na unidade de saúde [...] eu sei que ele não tem aderência a nenhum tratamento e **faz uso de substâncias** [...] **as pessoas estão muito agressivas com a gente hoje em dia na unidade** [...] **já foram muitas circunstâncias inadequadas de ter realizado a visita sozinha** [...] tem, por exemplo, um senhor que ele é um acumulador [...] **ele não é receptivo, tá cheio de fotos erotizadas dentro da cozinha** [...] já aconteceu de eu atendê-lo individualmente [...] muitas buscas ativas eu já vivi do paciente, por exemplo, alta da psiquiatria da UFU, eu não pedi pra vocês virem até aqui – de uma **forma agressiva**, de se sentir invadido, exposto – vocês podem ir embora. (Métis)*

*[...] **paciente exaltado também, que chega e quebra e não tem entendimento, e a gente não tem proteção** [...] pacientes, às vezes, que tão no descontrole ali e você não tem segurança; você entra pra sala e não tem nada que te resguarde, que te proteja [...] **são pacientes que, às vezes, são hostis né? Querem exigir coisas que não estão na alçada** [...] **ao menos uma vez por mês, tem algum caso de uma exaltação maior** [...] questão da Rede Pública mesmo né? Das falhas que têm, falhas no sistema, marcações, e às vezes exigem coisas que não estão no controle do profissional que tá ali. (Gaia)*

*[...] é uma coisa um pouco complicada você ir sozinha pra fazer **visita; a gente já teve caso de paciente que estava em uso de substância**; a gente já teve caso de um paciente que **se masturbou na nossa frente**; a gente já teve caso de chegar em casa e **não ser bem recebido pelo próprio paciente, dele fechar a porta na cara da gente**; da família interferir muito nas visitas; então sempre é bom tá duas. (Eris)*

Além disso, duas entrevistadas relatam ocorrência de roubos em suas respectivas unidades, reafirmando ainda mais a condição de falta de segurança e de proteção sob a qual trabalham, não tendo o mínimo de resguardo de seus pertences pessoais, correndo risco de perdas materiais, bem como da tranquilidade enquanto desempenham suas atividades, ficando acometidas pela insegurança, medo, tensão, preocupação, o que se configura como risco para saúde mental, conforme contam a seguir:

*[...] a enfermeira guardou a bolsa e saiu da sala e quando ela voltou, **tinham levado a bolsa dela**; então assim, **não tem muita segurança não** [...] e aí tinha dinheiro, tinha documento, levou tudo [...] comigo não, mas **hoje em dia eu tomo muito cuidado**, não deixo celular em qualquer lugar e tal. (Hebe)*

*[...] **não tem segurança nenhuma** e, às vezes, até segurança física também, **já teve roubo em unidade e a gente não tem proteção nenhuma** [...]*

paciente entrou na sala ali rapidinho, pegou coisas [...] foi deixado um celular numa gaveta da sala, assim, nem foi diretamente comigo, mas com a outra profissional que dividia a sala comigo, aí ela que me alertou [...] a pessoa adentrou a unidade com essa desculpa que ia ao banheiro, mexeu lá na sala e acabou pegando o celular [...] é tudo muito desprotegido também né? (Gaia)

Apesar de trabalharem expostas a tantos riscos dos mais variados tipos e gravidades – desde serem humilhadas, hostilizadas, agredidas, roubadas e até mesmo a serem estupradas e baleadas – as psicólogas referem não ter nenhuma condição de proteção, alegando falta de agente de segurança, falta de suporte policial adequado e ausência de respaldo da própria gestão municipal, que negligenciam esses riscos, revelando o descaso com o profissional e se omitindo da responsabilidade de cuidado para com seus trabalhadores, não garantindo o mínimo de respeito aos direitos humanos fundamentais, de acordo com os relatos adiante:

*[...] então houve algumas situações graves, situações com uso de substância, e **não existe nenhum tipo de segurança na unidade** [...] todas as reuniões que têm desde então, eu peço pra que a gente tenha o segurança patrimonial [...] eu esperei a polícia chegar; **a polícia fez uma abordagem eu entendo que social, não revistou pra ver a questão da arma** [...] **não houve nada, nenhuma medida de segurança depois desse episódio**; eu fiquei fora da unidade no dia seguinte, porque ele falou que voltava pra me pegar [...] mas não foi feita nenhuma intervenção. (Métis)*

*[...] **segurança do corpo, dos objetos não tem nenhuma ((risos)) não tem agente patrimonial** [...] não tem nenhuma proteção, se alguém me atacar; surto, essas coisas nunca aconteceu, o máximo que aconteceu foi alguém passar mal e cair [...] não foi nada contra mim, mas foi uma situação que eu não daria conta sozinha; aí eu tive que chamar os funcionários que me ajudaram. (Hebe)*

*[...] só unidade maior como a UAI, a UBS, algumas; **mas PSF não tem segurança nenhum** [...] até quando tem alguma coisa que você **chama a polícia, já estão tão desacreditados que às vezes nem vão também, ou vão depois de horas; às vezes, fazem um boletim de ocorrência, lançam num sistema também; às vezes, levam em reunião de coordenação, mas a gente não vê nenhum movimento da gestão mesmo de resguardar algumas coisas, de proteger o profissional** mesmo, as pessoas que trabalham; às vezes, os próprios pacientes que frequentam a unidade cobra determinada providência [...] mas a gente não tem respaldo pra fazer acontecer, vai dando um 'jeitinho'. (Gaia)*

Dessa forma, os discursos das psicólogas vêm reafirmar as dificuldades existentes no processo e na organização do trabalho, na sua rotina diária, permeados por entraves que exigem do profissional o convívio diário com a pressão e com situações de estresse e frustrações, uma vez que trabalham num ritmo intenso, acelerado e exaustivo, realizando

vários tipos de atividades, inclusive algumas que não são de sua competência, respondendo a uma alta demanda, sob pressão e cobranças por produtividade, em condições e ambiente precários, que não lhe oferecem nenhuma segurança à sua integridade física, além de exposição a cargas psíquicas, como ameaças, agressões, humilhações, gerando desgaste mental.

Pesquisas na área, citadas no capítulo 3, também mostram resultados semelhantes nesse sentido, ao revelarem atendimento dos diversos tipos de demanda, mesmo sem preparo técnico adequado; quantidade insatisfatória de profissionais para responder a alta demanda de pacientes, gerando demanda reprimida e sobrecarga de trabalho; falta de algumas especialidades profissionais para quem o psicólogo possa encaminhar ou solicitar apoio; encaminhamentos da rede sócio assistencial recebidos como pressão para o atendimento ambulatorial direto ao usuário do sistema, que não condiz com o papel do NASF (ARAÚJO, 2008; CFP, 2010; KLEIN, 2015; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; NUNES, 2009).

A análise do processo de trabalho do psicólogo na AB demonstrou que o trabalhador está exposto aos seguintes riscos de agravos à saúde:

1) *riscos biomecânicos*, causados pelo fato do psicólogo permanecer sentado por um tempo longo, muitas vezes com posturas inadequadas, que podem ocasionar dores e problemas de coluna, dentre outros;

2) *riscos de acidentes* por violência física sofrida pelo contato com pacientes muitas vezes agressivos, aliado à falta de segurança, devido a falta de agente de segurança nas unidades de saúde para fazer a proteção do trabalhador;

3) *riscos para saúde mental*, derivados da organização do trabalho como: jornada de trabalho excessiva e dimensionamento inadequado de pessoal que interferem no processo de trabalho, em especial, no modo operatório das tarefas, provocando alterações no ritmo e cargas de trabalho, gerando sobrecarga e pressões, além do cotidiano conflituoso relativo a especificidade do trabalho com pacientes, assim como a falta de estrutura física (com destaque a inadequação das salas para atendimento), de material (principalmente, a falta de computadores e equipamentos para os atendimentos) e de segurança nas unidades, geram medo e estado de alerta permanentes e podem ocasionar sofrimento psíquico, fadiga, estresse, irritabilidade, ansiedade, angústia, insônia, alterações de comportamento, sofrimento patológico e transtornos mentais.

Deste modo, é necessário reorganizar o processo de trabalho do psicólogo na AB, com o objetivo de extinguir os riscos de agravos advindos das condições e da organização do

trabalho nocivos à saúde, e restabelecer a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, em especial, a saúde mental.

4.2.4.4 Relacionamentos no trabalho

“... cê vai tá trabalhando ali com as relações muiiito próximas no PSF; você vai conviver com frequência com aquele número X de pessoas.” (Elpis)

O discurso das entrevistadas mostra a importância e a influência do relacionamento interpessoal sobre o trabalho, bem ilustradas na epígrafe deste eixo. No decorrer desta pesquisa, verificou-se que o relacionamento entre os trabalhadores é um dos entraves e dificuldades na operacionalização das tarefas. Por isso, foi reservado um eixo temático para abordar as questões referentes às relações no trabalho.

Uma das entrevistadas conta que trabalhou com equipes que mantinham relações saudáveis, dinâmicas, resolutivas, que tornam o trabalho mais leve, tranquilo e muitas vezes com melhor qualidade. Mas também já trabalhou com “equipe adoecida”, que estabelecia relações conflituosas ou sem parceria, na qual prestava seus serviços em um clima pesado, negativo, comprometendo seu desempenho e seu bem-estar, conforme pode-se observar no relato que segue:

*[...] cada equipe tem algumas especificidades, assim, pela formação de cada um, temperamento de cada pessoa e **que ou facilitam ou dificultam também o andamento**; quando você tá numa equipe mais resolvida, mais dinâmica, as coisas fluem melhor; mas **quando é uma equipe mais adoecida, o trabalho fica pesado também**, fica um clima pesado, porque você depende dos profissionais ali [...] os agentes de saúde, enfermeiro, médico, muitas vezes, até o funcionário da limpeza tá adoecido, e também interfere, sobrecarrega, fica um clima ruim; às vezes, você vai solicitar alguma coisa que é específico daquela pessoa, ela não tá conseguindo cumprir e já não faz acontecer; mas assim, as **equipes que são mais dinâmicas, saudáveis, resolutivas, os trabalhos ficam mais tranquilos**; quando todo mundo ali tá contaminado por um cansaço mesmo, aí isso interfere na qualidade do atendimento. (Gaia)*

O trabalho é um exercício que favorece as relações sociais (ANTUNES, 2009; DEJOURS, 2004; FREUD, 1930). Dependendo de como se configuram as relações entre os trabalhadores, estes podem apresentar sofrimento e até desejo de desvincular de seu trabalho ou podem se sentir motivados para o trabalho. Organizações do trabalho que favorecem

relações de reconhecimento e cooperação entre os trabalhadores permitem inscrever o trabalho como mediador da saúde (DEJOURS, 2009).

De acordo com Seligmann-Silva (2011), para que a organização do processo de trabalho não comprometa a saúde do trabalhador, é preciso considerar e respeitar sua subjetividade. É o caso de *Elpis*, que se sente mais valorizada em equipes que reconheçam o trabalho dela e que lhe dão espaço de expressão, como mostra a fala abaixo:

[...] eu prefiro uma coordenação assim, que tá acompanhando, que eu trabalhar com uma enfermeira mais solta, que nem sabe direito o que que cê tá fazendo; eu não gosto! [...] seria esse acompanhamento nesse sentido – uma postura que me inclua mais nas atividades da unidade – do que aquela postura de querer que eu vá lá duas vezes por semana na unidade, faço o atendimento individual e vou embora. (Elpis)

Dito isso, nota-se que as entrevistadas iniciam suas falas caracterizando seu relacionamento com a equipe de trabalho como positivo, harmonioso, tranquilo, com presença de diálogo e união, tanto com colegas quanto com a coordenação, conforme demonstrado nos trechos a seguir:

[...] eu gosto muito daqui ((risos)), sou suspeita pra falar, sempre foi muito bom! [...] o vínculo aqui é ótimo [...] a gente tenta criar um ambiente propício, onde a gente tem uma sintonia, uma harmonia pra dar conta disso aqui [...] eu tenho particularmente um ótimo relacionamento, tanto com a equipe de Saúde Mental, como com a coordenação e como com alguns funcionários; eu não vou dizer que com todos, porque como é uma unidade muito grande, a gente não tem um contato com todos, porque é muito, muito grande, mas de quem a gente funciona muito próxima, a relação é muito boa, da equipe, da coordenação e dos outros profissionais [...] é o que me fez ficar aqui até hoje – o serviço propriamente dito e também ter um ambiente tranquilo. (Atena)

[...] eu falo que eu acho que eu tenho sorte, eu sempre tive bons relacionamentos [...] na maioria das vezes, eu tinha um bom diálogo com a equipe, a gente trabalhava junto; nunca tive grandes problemas com isso não, trabalhei com excelentes enfermeiras. (Elpis)

Porém, no transcorrer das entrevistas, queixam-se de vários fatores que dificultam suas relações interpessoais no trabalho. Um deles é a *rotatividade de muitos profissionais*, que gera uma inconstância e desestrutura no serviço, além de prejudicar os vínculos, como mostram os trechos adiante:

[...] a equipe era muito rotativa, principalmente os médicos, e isso dificultava o vínculo. (Eris)

*[...] eu estou aqui desde dois mil e dez, então entrou todo mundo junto [...] o setor Sul teve essa característica e entrou todo mundo na Missão Sal da Terra, entrou todo mundo mesmo! A maioria sem experiência alguma, então, todo mundo precisou muito um do outro, então, **criou vínculos muito fortes entre a primeira equipe, e houve um tempo, com todo o desgaste da saúde que tem, foi trocando a equipe**; hoje, se tiver trinta por cento dessa equipe, é muito [...] foi mudando muito a equipe [...] a equipe foi completamente renovada [...] **o serviço também vai se desestruturando com essa história né? Porque é tudo muito jovem, se cada hora entra um, a rotatividade atrapalha demais.** (Athena)*

*[...] **tem uma rotatividade muito grande da equipe e isso também favorece o desgaste emocional, desestrutura o serviço né? Porque cê tem que tá sempre recomeçando tudo de novo**; pra mim, esse é o fator que mais adocece, essa inconstância, essa instabilidade permanente, porque inconstância, impermanência a gente sabe que é da vida, mas muitas vezes se tornam uma rotina e aí haja condição emocional, física e psíquica! É como se você tivesse correndo atrás o tempo inteiro e enxugando gelo; essa é a sensação que eu tenho. (Elpis)*

A rotatividade é uma das características da forma de organização do trabalho na atenção básica que enfraquece os vínculos, a cooperação, prejudicando o trabalho em equipe, já que esta se encontra em constante mudança. Tal situação provoca sentimentos de solidão, insegurança, tristeza, frustração, cansaço, *sofrimento psíquico e desgaste mental*, o que *configura risco para saúde mental*.

As entrevistadas apontam também dificuldades de relacionamento com os outros profissionais da equipe, sobretudo com os médicos; com os profissionais de outros serviços da Rede; bem como com a chefia. Com relação aos colegas de seus postos de trabalho, as entrevistadas mencionam a *falta de cooperação e parceria dos profissionais da equipe com o trabalho do psicólogo*. Nesse sentido, consideram realizar um trabalho solitário, com ausência de diálogo, colaboração, de apoio e de participação da equipe em suas atividades, a qual considera o paciente de saúde mental como sendo responsabilidade apenas do psicólogo, como pode ser observado nos relatos a seguir:

*[...] **sempre tive, assim, uma boa relação na maioria do tempo de trabalho; já houve período com dificuldade com o médico que fazia comigo o trabalho da Saúde Mental, não era uma pessoa que tinha perfil pra Saúde Mental** [...] na maior parte do tempo, na tutoria, éramos eu, a psiquiatra e a clínica médica; então, **em vários momentos eu me vi buscando que outras profissionais participassem, mas sempre tinham outras prioridades** [...] eu já tive algumas dificuldades com oficiais administrativas, que eu achava que não tinha o menor cuidado, às vezes, de falar pra mim uma situação [...] o paciente usou maconha na sala de espera, ele viu que ia entrar comigo e nem discutiu o caso comigo; depois que o paciente saiu, que já tinha tido o manejo com essa situação, aí veio falar. (Métis)*

*[...] eu fico em alguns momentos no matriciamento com as agentes de saúde, que aí era demandado, mas era só com as agentes, **não tinha a participação de outros profissionais** [...] questões de PSF, da equipe, do **paciente ser da equipe, não tem muito isso** [...] alguns momentos eu tentei reunir mais com os enfermeiros pra discutir casos, reunir com agentes pra dividir [...] a maioria das coisas da demanda nem é pro psicólogo, mas eu vejo que eles não querem saber disso; eles querem mais assim: é pra **Saúde Mental, que é psicóloga**, e eu vou te encaminhar [...] se eu não ficar puxando, vamos conversar, vamos falar, **eles não assumem isso enquanto deles**; como eu tô com muita coisa pra fazer, eu acabo não conversando [...] um atende bem o outro, mas **a gente não consegue muito trabalhar junto** [...] **todas as nossas enfermeiras**, elas vieram de UAI, então, **elas não conseguem muito pensar esse funcionamento de Atenção Primária** [...] trabalham mais com a demanda, tem essa dificuldade de acompanhamento de longo prazo [...] **eu acho que interfere na questão de trabalhar junto, de pensar conjuntamente, de eu atender e delas acompanharem os pacientes**; também acho que isso peca um pouco de não conhecer mesmo de Saúde Mental, nunca teve nenhum matriciamento, acho que tá faltando isso. (Hebe)*

*[...] **muitos médicos passaram a não querer conversar com a psicologia, eles não gostavam de pacientes de Saúde Mental** [...] no começo eles tinham um pouco de receio do paciente de Saúde Mental, de fazer visitas com eles. (Eris)*

*[...] **a gente tem uma equipe, mas quase todos os psicólogos estão sozinhos** [...] **se cada um funcionar isolado**, eu penso que o paciente perde, a unidade perde e a gente também perde, porque **é muito cansativo** né? Tem hora que a gente precisa de motivação externa mesmo e interna pra poder conseguir dar conta de tudo isso. (Athena)*

*[...] vai ter muitas conversas distorcidas, vão ter pessoas que criam problemas, **pessoas que repassam problemas e não ajudam a resolver** [...] **já tive uma dificuldade com alguns médicos**, mas pelo fato deles não quererem conversar, não querer discutir casos, falaram que **não gostam da Saúde Mental**. (Elpis)*

O trabalho organizado dessa forma limita cada trabalhador ao cumprimento isolado de suas funções, mais uma vez banindo a cooperação, o estabelecimento de relações de confiança, empatia, e favorecendo o exercício do poder e do domínio. Essa configuração denota *risco para saúde mental, podendo gerar vivência de rejeição, solidão, desamparo, frustração, desmotivação, angústia, ansiedade, cansaço, sofrimento e desgaste mental*.

Outra consequência do distanciamento das relações entre os trabalhadores da equipe é que o psicólogo, além de realizar suas atividades de forma solitária, muitas vezes, precisa executar funções que nem são de sua competência, fazendo o trabalho que é de outra especialidade profissional, conforme demonstrado nos textuais a seguir:

[...] um trabalho que talvez o serviço social pudesse fazer, mas aí quem faz sou eu [...] por exemplo, tem que fazer contato com o CREAS [...] como a gente precisa de mais órgãos, por exemplo, desenvolvimento social, junto com a gente pra ver o que que a gente consegue fazer, e eu fico fazendo esses contatos né? (Métis)

[...] ficava muito na minha mão [...] quem participava da tutoria era só o psicólogo [...] até um tempo atrás, então, psicólogo escolhia quem iria passar por psiquiatria e eu acho que isso não é pra ser definido pela gente [...] a gente tem dúvidas quanto ao diagnóstico do paciente, questão de medicação, de avaliação, de laudo, às vezes, acaba que fica difícil a gente dar conta disso [...] quando a gente escreveu os fluxos no ano passado, eu tentei deixar isso bem claro, a maioria dos médicos entendeu; um que é o mais antigo que tem aqui na unidade, não entendeu até hoje; eu não consigo dialogar com ele, a enfermeira também não [...] geralmente eu não gosto de ir sozinha em visita domiciliar, eu sempre gosto de ter um agente comigo, mas nem sempre elas estão disponíveis; já aconteceu caso de elas não quererem ir [...] a médica [...] eu sou secretária dela ((risos)) na verdade, teria que ser uma parceria né? É um trabalho interdisciplinar, mas acaba que não acontece muito assim [...] se ela atende um paciente e ela tem de encaminhar ele pro grupo, ela não agenda; eu fico com essa lista desse grupo e os pacientes me procuram pra agendar [...] é bem secretária mesmo; às vezes, o paciente que ela quer ver e não tem horário na agenda, ela manda vir comigo pra eu avaliar coisas que não são da minha competência, tipo, como é que tá a medicação [...] hoje pra mim é a situação mais difícil aqui pra mim na unidade, é o que não tem nada a ver com as minhas competências, mas que eu me vejo meio que obrigada a fazer [...] porque eu não sei falar 'não' pras pessoas. (Hebe)

[...] tem a equipe do NASF, que tem vários profissionais [...] as equipes têm uma mentalidade hiper utilizadora do serviço de psicologia; eles acham que os psicólogos têm que tá em todos os lugares: o psicólogo tem que tá no grupo de diabetes, o psicólogo tem que tá no grupo de gestantes, o psicólogo tem que tá no grupo de tabagismo, o psicólogo tem que tá em todos os grupos; [...] nesses grupos a gente tem que entrar como apoiadores e não como condutor [...] mas o grupo só acontece se o psicólogo estiver lá em todos os encontros, porque aí a enfermeira deixa de ser referência, ela tira a responsabilidade dela e põe o assistente social e o psicólogo como referência pro grupo, e não quer nem saber! E a ideia original do NASF não é essa! Então, aí o NASF veio a calhar nessa coisa da delegação de responsabilidade da equipe mínima, que realmente tá muito sobrecarregada, mas não é porque eu tô sobrecarregada que eu vou passar pra outro. (Elpis)

As psicólogas mencionam que o acúmulo de atividades dos outros profissionais da equipe é responsável pela falta de participação e colaboração desses trabalhadores com o trabalho do psicólogo. Médicos, enfermeiros, ACSs muitas vezes também são vítimas do excesso de atividades e funções muito específicas de seu cargo, que sequestram seu tempo, prejudicando a cooperação, gerando encaminhamentos sem critérios de saúde mental e, assim, aumentando a demanda do psicólogo, segundo ilustrado nos trechos a seguir:

[...] a clínica tá sobrecarregada que nem eu [...] o outro não tem horário que se encaixe na tutoria. (Métis)

[...] o enfermeiro da minha área foi duas vezes em dois encontros nossos; sempre no dia da reunião, ela estava sozinha, tinha que fazer um monte de coisa e aí não participava; depois que eu fiquei sozinha e que teve muita demanda de pacientes, eu desisti. (Hebe)

[...] a gente tem uma agente educativa, mas a gente não utiliza ela, porque ela fica fazendo mais serviço administrativo da unidade [...] ela não faz visita com a gente. (Eris)

[...] eu acho que mentalmente e fisicamente cê vai enfraquecendo, porque, por exemplo, se o médico tá sobrecarregado e ele tem que fazer quinze acolhimentos no dia, ele vai achar um jeito de te encaminhar qualquer paciente, a partir do momento que ele chora né? Por quê? Porque ele não dá conta daquilo tudo também, e aí ele vai recrutar pra você sem critério e aquilo vai lotar a sua agenda. (Elpis)

Algumas entrevistadas relatam que o despreparo e o mau desempenho de alguns trabalhadores também as levam a assumir responsabilidades e funções que não são de sua competência e sim de outros profissionais, como por exemplo, marcação de consulta e organização da fila de pacientes por ordem de chegada que deveriam ser realizadas na recepção pelos técnicos administrativos; orientações, ligações e visitas a pacientes que deveriam ser feitas por agentes comunitários de saúde; falta de resolutividade das consultas médicas que resulta na procura desnecessária do paciente pelo psicólogo, como mostram as falas a seguir:

[...] eu não gosto de mandar ninguém fazer nada pra mim; eu tento sempre resolver as situações, até mesmo alguns serviços administrativos eu gosto de fazer [...] a gente tá aqui, às vezes eles falam que a gente não tá; tem todos os nossos horários, o pessoal do administrativo que trabalha na recepção [...] tanto eu como a outra psicóloga [...] todas as mudanças a gente passa tudo no papel e dá um por um [...] a gente explica como funciona, a gente tenta grudar no lugar onde eles vejam bastante, mas [...] eu pelo menos já desisti de tentar dar as informações corretas para eles atender os pacientes; então, hoje a gente tem um informativo para os pacientes [...] todos pacientes que vão, recebem o informativo de como funciona; infelizmente alguns pacientes nossos não são alfabetizados [...] então, tem essas dificuldades né? [...] é muita gente trabalhando também nos lugares, assim, que acho que talvez poderiam ser readaptadas e aí ficam lá, de certa forma decorativa; que trabalhava em outro lugar, mas que não poderiam exercer mais função na área administrativa, eles mandaram pra unidade [...] às vezes ficam ali na mesa, guardando envelope, exame né? E de certa forma essa pessoa, ela não integra muito com a sessão dos outros. (Eris)

[...] muita coisa a gente abarca, cê faz, por exemplo, uma marcação que é de um recepcionista [...] coisa que você chega e poderia tá organizado e não tá [...] é ordem de chegada dos pacientes [...] um médico que, às vezes, não conseguiu na consulta resolver o que era demandado ali né? A gente acaba pegando a mais também [...] depende também de outros profissionais, interfere nesse sentido [...] acabam jogando tudo pra Saúde Mental [...] cê tem que tirar um tempo a mais pra fazer coisas ali que se cada um da função tivesse o desempenho, ia te aliviar também, o andamento ia ser mais suave [...] muitas vezes, agentes de saúde não tão preparados; você vai fazer uma visita [...] alguns questionamentos, orientações ali que você vê que eles não estão tão bem preparados pra aquela função né? [...] uma ligação, uma visita que, às vezes, tem que ser feito, mas aquele agente ali não tá bom; acaba que a gente muitas vezes toma posse de coisas a mais também. (Gaia)

O desvio de função e o aumento de tarefas e, conseqüentemente, da carga de trabalho, gerados pela falta de cooperação entre os profissionais da equipe e pela incompetência de alguns funcionários para o cargo, configuram risco para saúde mental, na medida que causam cansaço, pressão, ansiedade, indignação, raiva, frustração, desamparo, ocasionando, assim, sobrecarga, desgaste e sofrimento no trabalho.

As entrevistadas também citaram a demanda por atendimento psicológico aos trabalhadores da equipe, e até por atestado de afastamento, como responsáveis por alguns problemas com colegas de trabalho. A mistura de papéis profissionais e relações de trabalho com amizade, com troca de favor, muitas vezes, compromete o vínculo profissional, bem como atrapalha o desenvolvimento das atividades, já que os colegas demandam atendimento para além do número de pacientes já agendados, conforme mostram os textuais a seguir:

[...] por causa da mudança da gestão, tudo mudou [...] alguns profissionais que ficaram, foram mandados embora, receberam aviso, muita gente adoeceu, muita gente pediu pra passar pela psicologia né? Colegas nossos de trabalho, pra tentar um afastamento; foi uma época bem complicada e pra mim foi difícil falar 'não' pra esses colegas, mas eu tive que acabar falando, porque nessa época tava o coordenador que eu falei que era uma pessoa muito difícil de lidar, e ele falou pra nenhum médico aqui da unidade facilitar pra funcionários; quem não quiser, peça conta, né? Então, foi uma época em que muitos funcionários viraram a cara pra mim, começaram a marcar com psiquiatras, porque eu não queria atender, que eu não era colega; não entendem que psicólogo é diferente de outros profissionais, que a gente tem uma ética que não nos permite atender pessoas que são próximas da gente [...] foi uma época bem complicada. (Eris)

[...] muitos profissionais estão adoecidos e aí te demanda um atendimento profissional; acaba que a sua relação também com os colegas de trabalho fica meio mista né? Eles te pedem suporte [...] por mais que a gente tenta encaminhar pra outro colega, mas você que tá ali todo dia na unidade [...] você já chega sobrecarregada, te solicitam isso também [...] por mais que a gente queira separar e não fazer essa mistura de papéis, acaba acudindo,

*tentando aliviar, oferece uma escuta, tenta ajudar da forma possível [...] as agentes, as enfermeiras, no meu local, até que tem um fluxo de comunicação que é necessário, eu tento manter um contato bom, bacana, porque fica um clima mais ameno [...] não tenho hostilidade, **mas às vezes me solicitam para resolver problemas que são delas, problemas pessoais**, aí eu já tento também não me envolver muito nisso, porque eu também tô na equipe, tô envolvida ali. (Gaia)*

Esses relatos revelam que o adoecimento e o afastamento de muitos trabalhadores já são uma realidade da saúde pública de Uberlândia. E que eles também colaboram para a sobrecarga de trabalho dos psicólogos, que muitas vezes precisam desempenhar atividades para além de seu cargo para compensar a falta de outros profissionais, e para além de sua agenda já lotada, *aumentando os riscos para saúde mental, já que aumenta vivências de cansaço, pressão, ansiedade, angústia, preocupação e, assim, gerando desgaste e sofrimento do psicólogo.*

Além das falhas e problemas de relacionamento com colegas de trabalho da unidade em que atuam, as psicólogas apontam também *problemas com os profissionais dos outros serviços da Rede*. Um dos entraves mais mencionados nesse sentido é a dificuldade de comunicação com os CAPS, sobretudo o AD.

As entrevistadas se queixam que os CAPS estão desestruturados, devido à inadequação do número de funcionários, falta de estrutura física e de condições adequadas a um bom funcionamento. Além disso, não há reuniões com os CAPS AD e Infantil. Com o CAPS Adulto, tem-se apenas uma reunião mensal. Muitas vezes, não são acessíveis aos profissionais da AB nem por contato telefônico, ou porque o telefone não funciona ou porque os profissionais não atendem ou não dão o devido retorno. Sem contar que alguns destes serviços também não são tão acessíveis à população, pela péssima localidade geográfica. Tal realidade repercute no trabalho do psicólogo da AB, que muitas vezes precisa encaminhar um paciente ou mesmo de um suporte da equipe do CAPS, mas que não é possível pela ausência de diálogo e de apoio deste serviço, conforme demonstram os textuais adiante:

*[...] como que os CAPS estão funcionando? **Estão sem estrutura, sem número de profissional suficiente**, eles também não têm nenhuma segurança, nenhuma portaria pra abrir a porta, não tem nem oficial administrativo, não tem funcionário suficiente pra dar conta, não tem um instrutor de oficina; não vejo funcionar. (Métis)*

*[...] a gente acaba não sabendo como estão os nossos pacientes da nossa área que está lá, se foram, se tiveram alta, não consegue discutir nada, quando eu preciso; **CAPS AD não tenho nenhum contato**, eu já encaminhei poucos pacientes pra lá e não sei se foram [...] do CAPS Infantil, quando eu*

preciso, eu ligo, tem um telefone né? Tem um grupo do Whatsapp, eu pergunto alguma coisa ou então eu ligo e já converso diretamente [...] no CAPS AD, eu até fui lá discutir eu fiquei bem assustada, assim, o tanto que a equipe deles está reduzida; hoje eles têm dois profissionais da psicologia lá, tipo, pra dar conta de tudo né? Então, não sei se foi por isso que se perdeu, de eles não estarem conseguindo sair de lá pra conversar; e no CAPS Infantil, tem as questões internas lá [...] tá passando por um momento bem difícil, porque teve um incêndio lá e estão numa unidade improvisada né? (Hebe)

[...] pacientes que na nossa avaliação deveriam estar no CAPS, mas como o CAPS ficou muito distante para os nossos pacientes, eles estão sendo acompanhados pela gente; a gente tá tentando encaminhar para o CAPS só aqueles casos que a gente não tem como mesmo de ficar [...] ter diálogo com a Rede né? [...] a gente tem diálogo com o CAPS Oeste, mas o CAPS Infantil é muito ruim o diálogo [...] no CAPS Oeste, uma vez por mês; no CAPS Infantil, a gente fala mais pelo Whatsapp, quando consegue falar; no CAPS AD, não existe diálogo, a gente já teve e foi muito bom; a gente não sabe quem tá lá, porque não tem diálogo; teve demissão no quadro de funcionários, foi bem quando pararam de acontecer as reuniões e o profissional que era referência, ele saiu do CAPS AD e isso cortou o diálogo. (Eris)

[...] tinha os CAPS, que eram mais especializados, agora não; a gente tem que ir tomando conta de várias coisas, de várias situações, e os centros que eram de um apoio mais específico, pra momentos mais específicos, também estão desfacelados, e aí cai tudo em quem tá nas Unidades Básicas [...] em casos graves, em crises que, às vezes, dava um suporte, um apoio, não tem mais a referência e o suporte que tinha; a gente podia contar mais com eles né? E agora não [...] e aí a gente fica sem apoio também, a gente sabe que tem que lidar com determinado paciente ou situação que você sabe que tem um limite ali na Unidade Básica, mas que você tem que dar conta, porque os locais mais especializados perderam bastante da regência que tinha mesmo, da organização que tinha. (Gaia)

A falta de diálogo, contatos, reuniões e trocas entre os psicólogos da AB com as equipes dos CAPS gera vivência de desamparo, frustração, angústia, incertezas, insegurança, descrédito, desmotivação. Além disso, quando o serviço da atenção secundária está desorganizado e fragilizado, com seu funcionamento comprometido, o psicólogo da AB acaba assumindo e mantendo sob seus cuidados pacientes graves, em crise, que seriam de responsabilidade do CAPS, o que significa aumento da carga de trabalho, que no contexto da organização do trabalho detalhada até aqui, *gera sobrecarga e configura fator de desgaste e sofrimento no trabalho.*

Ainda como fator de dificuldade para a realização de um trabalho em rede, uma das entrevistadas também cita a relação tensa, distanciada e divergente entre os profissionais da AB com a equipe do NASF, devido à postura impositiva do NASF de delegar responsabilidades às ESFs de forma autoritária; e à incompatibilidade de horários pelo

número alto de profissionais e variedade de cargas horárias para conciliar, reduzindo as oportunidades de reuniões e de comunicação, como pode ser observado em seu relato abaixo:

[...] no começo foi bem tenso, até porque o NASF chegou numa postura de fazer só matriciamento né? Fazer uma conduta ambulatorial, dizendo que era tutoria; então, assim, criou-se um distanciamento, ainda há divergências; o NASF coloca pra equipe de referência que é responsabilidade dela e a equipe de referência coloca que é responsabilidade do NASF [...] essa questão de horário, ela dificulta um trabalho conjunto, compartilhado, porque os profissionais de saúde, alguns, têm dupla jornada, outros trabalham em outros locais, um faz quatro, outro faz seis, o outro oito horas, e uma equipe de NASF ela é grande [...] e tem ainda os horários da equipe de referência, então assim, muitas vezes a agenda não vai dar certo e aí isso impossibilita o serviço [...] então, eu acho que questão de horário, de vínculo, vai esbarrar na questão da agenda; isso aí muitas vezes é um entrave pra se realizar ações conjuntas, pra ter reunião de equipe, pra poder reavaliar o serviço, pra melhorar a comunicação, então atrapalha sim. (Elpis)

As entrevistadas fazem menção à necessidade e importância do cuidado compartilhado, que só é possível se houver mais comunicação entre as várias áreas e os outros serviços da Rede. Esse desejo provavelmente está relacionado à queixa de que a desestruturação de outros serviços e a fragmentação da Rede recaem sobre elas, no sentido de que, sem comunicação e respaldo de outras instituições, elas precisam assumir sozinhas uma demanda maior e mais ampla de casos.

Todas essas falhas na organização do trabalho, em especial nas relações interpessoais, aumentam o *distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real*. O serviço de saúde pública pede um funcionamento em Rede, em que haja comunicação e parceria entre os mais variados setores, áreas e níveis de atenção, que por sua vez só é possível por meio de reuniões, diálogos e cooperação. No entanto, a forma atual como o trabalho do psicólogo está organizado compromete essas trocas e impossibilita que as tarefas sejam cumpridas conforme as definições oficiais, ou seja, as prescrições. Na prática, o trabalho é realizado de acordo com o que é possível com os recursos disponíveis. O trabalhador precisa estar sempre se reinventando e se adaptando a tantas intempéries presentes no serviço público, o que exige dele mais esforço físico e mental, aumentando a chance de adoecimento.

Uma das entrevistadas ainda acrescenta *problemas de relacionamento com os pacientes*, por conta de falta de compreensão e aceitação dos critérios para o atendimento do psicólogo na saúde pública. O Ministério da Saúde define alguns critérios para classificação

de pacientes com risco baixo, moderado e alto em saúde mental e, a partir da classificação de risco, delimita atendimento individual breve na atenção básica apenas para pacientes com sofrimento psíquico mais grave, classificado com risco alto, porém que não está em crise, que justifique encaminhamento para a atenção secundária (CAPS). Aos pacientes com risco baixo e moderado deve ser ofertado apenas o acolhimento e, no máximo, a inserção em grupos terapêuticos e atividades comunitárias.

O problema é que normalmente todos os pacientes que estão em sofrimento avaliam que seu quadro tem sim uma gravidade que justifique atendimento psicológico e ainda nos moldes da psicoterapia clínica, com expectativa de serem atendidos semanalmente, em consultas individuais e com 50 minutos de duração. Não se trata do papel do psicólogo no SUS, mas a população normalmente tem dificuldade para entender e aceitar tais critérios, o *que configura fator de desgaste mental*, conforme mostra o relato abaixo:

[...] e você pra esclarecer pras pessoas que elas, segundo os critérios do programa, não tem uma gravidade, que não é um atendimento individual, isso leva um tempo e um desgaste pra cê provar, pra cê argumentar pra aquela pessoa que naquele momento não vai ser atendido do jeito que ela gostaria, porque pra ela é um problema né? [...] então, isso aí é a parte mais desgastante, é você fazer o filtro, porque você tem que tá fazendo uma classificação de risco e um filtro o tempo todo né? E isso demanda uma energia muito grande, quem fica, quem não fica, quem vai pra onde, quem fica, quanto tempo fica. (Elpis)

Ademais, as entrevistadas relatam *problemas de relacionamento com figuras que representam a chefatura*. O psicólogo da AB atualmente responde às seguintes chefias: à gestão municipal, representada pelo prefeito e pelo secretário de saúde; à coordenadora da AB, que atualmente é uma enfermeira; e às coordenações mais diretas, que são os gerentes das unidades em que trabalha, que podem ser: enfermeiro, médico, administrador ou qualquer outro profissional que tenha formação de nível superior.

Antes da atual gestão, havia um Programa de Saúde Mental, cuja coordenação era respeitada, influente nas decisões referentes ao cuidado em saúde mental, e a quem os psicólogos respondiam e recorriam. Na época em que ocorreram as entrevistas, a Saúde Mental estava em processo de desconstrução, sem coordenação que a representasse, desprovida de autonomia, basicamente subordinada à coordenação da atenção básica. Nas entrevistas, as psicólogas se queixam da redução da autonomia, participação e suporte da coordenação de Saúde Mental, conforme demonstram as falas adiante:

[...] acho que eu tô vendo a Saúde Mental acabar; eu vi nascer né? Há vinte nove anos atrás, de construir dispositivos, e eu tô vendo os dispositivos cada vez menos sustentados. (Métis)

[...] a gente não tem suporte da coordenação pra orientar como antigamente a gente tinha, porque antigamente a gente respondia pra Saúde Mental, hoje a gente é psicóloga da Atenção Primária, e como psicóloga da Atenção Primária, hoje a gente responde mais pro pessoal/prá coordenação que tá lá, do que pra própria Saúde Mental [...] a gente tá sentindo um pouco perdida, um pouco sem suporte [...] a gente não sabe se responde à Atenção Primária ou se a gente responde à Saúde Mental [...] a gente tá sendo obrigado a participar de alguns grupos da unidade, que eu acho que não tem muito a função, mas como agora você é intimada, você tem que participar, e o suporte para gente da Saúde Mental tá ficando pouco. (Eris)

[...] e a gente não vê uma limitação da coordenação da Saúde Mental, a gente tem que fazer tudo, tem que responder a tudo [...] não consegue impor muito essa barreira que as outras colocam, que a área Social coloca, que a área Educacional coloca. (Gaia)

Poucos meses após as entrevistas, o Programa de Saúde Mental foi efetivamente desmontado e hoje está submetido (diluído) aos mandos da coordenação da AB. Todo esse contexto tem gerado no trabalhador psicólogo vivências de confusão, insegurança, angústia, frustração, desmotivação e *sofrimento relacionado ao trabalho*.

Referente às chefias atuais, no geral, as psicólogas mencionam a existência de relações hierárquicas de poder e submissão, sem a presença de diálogo. Uma das entrevistadas deu ênfase no seu relacionamento com a médica, a qual parece ocupar simbolicamente o lugar de coordenadora da unidade, tendo mais influência do que a própria enfermeira-chefe. Ela fixa ordens e procedimentos de maneira autoritária e impositiva ao trabalho da psicóloga, sem se preocupar se fazem parte das atividades deste profissional, como mostra o relato abaixo:

[...] fico eu na minha salinha e eles mandando [...] eu acho que essa é uma unidade que as pessoas têm muita dificuldade de conversar [...] a médica meio que tem uma certa influência na unidade, manteve assim e eu tive que aceitar; já conversei várias vezes com a coordenadora e ela fala que vai mudar, mas nunca muda, aí eu acho que já aceitei [...] tem dia que ela nem vem no grupo, manda o que que eu tenho que perguntar e os exames e tal, e eu pergunto [...] eu penso que se a coordenação se posicionasse... a coordenação não se posiciona; eu enquanto profissional não quero bater de frente, falar que não vou fazer porque não é da minha competência; eu falo pra coordenação né? E aí eu vou fazendo. (Hebe)

Nota-se que as reivindicações e a autonomia da psicóloga são desconsideradas, negligenciadas. Com a mudança de gestão, houve um aumento do autoritarismo, de modo que

as prescrições de tarefas tem sido realizadas de forma cada vez mais impositiva, como ressalta Gaia: “[...] eu senti diferença, tem mudança, com mudança de gestão, *cê sente meio que você só ter que atender **pedidos e demandas que são impostos*** [...] *tem que cumprir, sendo seu desejo ou não, tem que fazer.*”

Algumas entrevistadas denunciaram que, além de relações autoritárias, sem espaço para diálogo e consideração pela opinião do trabalhador, a nova gestão mantém relações desrespeitosas, que muitas vezes recorre à perseguição, à chantagem e até à punição dos funcionários que não obedecem de maneira submissa às regras impostas, silenciando as críticas e os questionamentos dos trabalhadores, o que, sendo vivenciado cotidianamente, pode ser compreendido como assédio moral, conforme revela o depoimento abaixo:

*[...] eu penso pras coisas darem certo, a gente tem que respeitar os diálogos e isso eu não vejo acontecendo lá [...] quando a gente trabalha em serviço público, ou melhor, qualquer lugar, nada é perfeito né? Mas depende da forma que isso é passado pra nós, mas **algumas coisas tão sendo cobradas da gente**, por pessoas que estão vindo da secretaria, **de uma forma muito grosseira, uma forma muito imposta; eles pedem pra gente dar a nossa opinião e tudo que a gente dá, eles não consideram**; a gente monta uns projetos que eles pedem pra gente dá a nossa opinião e eles só criticam; eles questionam as coisas que a gente faz [...] a gente já teve um **problema muito complicado com um coordenador administrativo** logo que ele entrou [...] ele não tinha diálogo [...] **ele de certa forma perseguia as pessoas** [...] **você não poder falar ‘não’ pra ele e não podia ir à sala dele pra reclamar de nada** [...] pra eu chegar pra reclamar pra um coordenador, é porque o negócio tá feio mesmo [...] foram os dois piores anos pra unidade, não só pra mim, mas pra equipe inteira, todo mundo sentiu muito; não tinha diálogo, **ele achava que como ele era coordenador, todo mundo tinha que fazer o que ele queria**, então, era muito difícil [...] tinha comentários no corredor, comentários entre a gente mesmo, das dificuldades de lidar com ele. (Eris)*

A maioria dos psicólogos tem se calado diante desse poder gerencialista perverso e acatado às ordens, com medo de sofrer retaliações, como aponta o textual abaixo:

*[...] coisas pra falar têm, mas na maioria das vezes, as pessoas não querem ouvir, não quer falar, não quer mais conflito [...] miiiiis um problema, miiiiis uma dor de cabeça, e **medo também de falar ou de avaliar a situação da forma como tá, porque teve retaliação, pessoas que problematizam muito**, isso impede os processos, aí ou ela larga aquele ofício, ou ela é descartada, remanejada, é assim que acontece; então, é **uma lógica que a gente fala que é até um pouco perversa, que vai fazendo com que todo mundo se cale**, mesmo porque é tão rápido, **que não dá tempo de pensar, nem de refletir, nem de discutir**, e se tem oportunidade e se coloca o que realmente pensa, isso gera um mal-estar, porque aquilo ali vai tá mexendo com a autonomia dele, com a gestão dele; então a coisa vai*

*ficando do jeito que tá mesmo, de cima pra baixo, todo mundo acata.
(Elpis)*

Segundo Gaulejac (2007), no sistema gerencialista, muitos trabalhadores aceitam as imposições de uma autoridade, mesmo que sejam contrárias às suas convicções pessoais. O meticuloso respeito às regras e exigências da chefia leva o trabalhador à impotência, à perda da capacidade reflexiva e da autonomia, à alienação, à automatização e à fragilização de sua integridade e autoestima, o que denota o desgaste mental como a corrosão da subjetividade do trabalhador, gerando sofrimento patológico.

Contudo, há trabalhadores que resistem às regras formais quando elas são demasiadamente contraditórias com aquilo que acreditam ser um trabalho correto e coerente com seus princípios, para preservar sua subjetividade e resguardar-se da alienação. No caso de *Eris*, uma parte de seu “Eu” – o “Eu organizacional” – aceita a instrumentalização e se submete às exigências, mesmo que não concorde, para não sofrer sanções; outra parte de seu “Eu” – o “Eu privado” – resiste às ordens, quando estas ferem sua consciência ética, conforme ilustra o recorte abaixo:

[...] algumas coisas eu não concordava, mas acabava fazendo, porque eu assumi aquele lema: ‘manda quem pode, obedece quem tem juízo’; só que eu falei que concordaria em fazer as coisas que não ferisse a minha ética e o meu caráter, então assim, umas coisas eu tentei relevar né? (Eris)

No entanto, a resistência ao poder gerencialista gera punições por parte da gestão municipal para os trabalhadores “rebeldes”, que desobedecem às regras rígidas. A punição para servidores efetivos, na maioria das vezes, vem em forma de remanejamento do trabalhador para locais não desejados, conforme revela a fala a seguir:

[...] eu tava na UAI e a gente, quem era da Prefeitura, não poderia mais ficar e tinha que ir pro CAPS, quer dizer, o lugar que me ofereceram e falaram não tem outro, é pro CAPS; e foi muito difícil aceitar essa saída da UAI, porque ninguém chegou e conversou, foi de um dia pro outro [...] a gente tem todo um vínculo com os pacientes, eu gostava de trabalhar lá, e aí de repente fui pra um CAPS [...] eu pedi pra voltar pra Atenção Primária por um momento pessoal, porque era um lugar, assim, novo e eu tenho um pouco de dificuldade com mudanças e eles queriam que eu voltasse pra uma outra unidade, sendo que tinha a vaga na minha. (Eris)

Essa mesma entrevistada compartilhou também uma situação de humilhação, coerção, exposição e desrespeito a que foi submetida pela coordenação. Ela acredita que é perseguida por explanar seus questionamentos e opiniões, como demonstra o trecho adiante:

[...] eu fui bem humilhada; eu cheguei a conversar com a minha articulação e conversar com a diretoria dos Recursos Humanos sobre a possibilidade da minha saída né? Porque eu não tava suportando; eu nunca fui tão humilhada em toda a minha vida e se meu trabalho fosse tão ruim, não tinham tantos pacientes novos; tava bancando, bancando muita coisa na unidade, porque têm pouquíssimos pacientes que estavam em CAPS [...] e aí eles me fizeram assinar o livro preto, onde estava escrito que eu tinha concordado em retornar pra UAI Z e eu não poderia pedir transferência para outro lugar, de forma alguma [...] cheguei até ver com advogado se poderia gerar um assédio moral, mas nesse momento ainda eu não precisei usar isso, mas uma pessoa já usou isso [...] a pessoa me chamou, que representa a coordenação, e me expôs na frente dos meus colegas de trabalho no dia de reunião, e eu fiquei bem chateada e depois até liguei pra essa pessoa e falei pra ela [...] eu acho que a gente pode exigir as coisas das pessoas, mas com educação e tá sendo bem sem educação por algumas pessoas [...] pode ser paranoia da minha cabeça, mas eu me sinto um pouco perseguida pela coordenação, por eu questionar algumas coisas que eu não concordo, por eu falar o que eu acho. (Eris)

Tais relatos comprovam que a punição de fato existe e ocorre para os trabalhadores que “saírem da linha”, que se desviarem daquilo que é esperado dentro da lógica gerencialista; não é apenas uma fantasia ou paranoia do trabalhador, como mencionou *Eris*. As experiências de retaliação afetaram a dignidade dessa psicóloga, causando-lhe sofrimento, manifesto em sentimentos de vergonha, frustração, irritação, indignação, angústia e até mesmo vontade de desistir de seu emprego.

Em suma, o discurso das entrevistadas remete a relações hierárquicas de poder e submissão, baseadas na gestão pelo medo, típica do poder gerencialista, que priva pela produtividade e submissão dos trabalhadores e converte o sujeito-trabalhador em objeto, em coisa sem subjetividade, em fator objetivo do processo de produção. Quanto mais produtivo, alienado e submisso o trabalhador se tornar, mais ele será “bem visto” pela chefia. Porém, é importante lembrar que nenhuma organização pode funcionar sem que se exerça um mínimo de pensamento crítico (DEJOURS, 2011; GAULEJAC, 2007).

Trata-se de relações que comprometem a autonomia e o diálogo, prejudicando a subjetividade e a reflexão crítica do trabalhador. Percebe-se, assim, um comprometimento do exercício democrático no trabalho dos psicólogos da AB, o qual só é possível, como bem ressalta Dejours (1992, 2009, 2016), quando há espaço para diálogo nas relações, bem como liberdade na organização do trabalho e consideração da subjetividade do trabalhador. Tal circunstância provoca sofrimento ao trabalhador, já que tem sua autoestima, individualidade e subjetividade agredidas.

Por fim, as entrevistadas se queixam da desvalorização e do desrespeito ao trabalho do psicólogo por parte dos profissionais e da chefia, que muitas vezes não compreendem o papel e a importância desse profissional, conforme demonstrado nas falas abaixo:

*[...] eu já tive coordenadores que eram tranquilos no relacionamento e também **coordenadores e pessoas muito difíceis de lidar, que não viam a importância da Psicologia**, e pra isso podia atender em qualquer lugar, e trabalham ali muito em função do médico. (Eris)*

*[...] **todo mundo quer o psicólogo e ao mesmo tempo eles desqualificam o serviço da gente** [...] essa mentalidade de um resultado rápido, na nossa sociedade, a gente vive essa postura; as intervenções de psicologia em Saúde Mental, elas não vão ter resultados rápidos, então, como eles não veem esses resultados, eles falam que o serviço da gente não presta, que não adianta, que a gente não faz nada, que a gente só conversa; então, **ao mesmo tempo que a gente é muito solicitado e desejado pra dar conta de coisas que eles não dão, nós também somos retaliados no sentido de que a gente faz negativas.** (Elpis)*

As queixas da *falta de reconhecimento* e valorização do profissional de psicologia expressam as características do lugar que o psicólogo ocupa: um membro acessório da equipe, submetido aos mandos do médico. Além de enfrentar a violência das relações sociais e da luta pelo poder, o psicólogo não tem o reconhecimento pelo seu trabalho.

De acordo com Dejours (2009, 2013), o reconhecimento é a retribuição simbólica que mais mobiliza os trabalhadores. O trabalhador tem a satisfação intensa da sua relação com o trabalho apenas quando se obtém o reconhecimento da utilidade e da qualidade do trabalho, ou seja, a gratidão pelo seu serviço prestado, quando alguém julga seu trabalho importante, útil. Desse modo, a falta de reconhecimento do trabalho do psicólogo, por parte da equipe e da gestão, gera vivência de frustração, impotência, inutilidade, desvalia, desmotivação, aumentando a chance de insatisfação e sofrimento no trabalho.

Os problemas de relacionamento no trabalho foram uma das dificuldades mais apontadas pelas entrevistadas, corroborando vários estudos na literatura (ARAÚJO, 2008; ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012; AZEVEDO; KIND, 2013; CELA; OLIVEIRA, 2015; CFP, 2010; DANIELUCI, 2011; DIMENSTEIN, 1998; FERMINO et al., 2009; FUENTES-ROJAS, 2011; KLEIN, 2015; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; NUNES, 2009; OLIVEIRA et al., 2017; PAIVA; RONZANI, 2009; SOUZA; DELA COLETA, 2012), que também citam a existência de relações hierarquizadas, verticais e desarticuladas, permeadas pela falta de diálogo, integração e trabalho entre a equipe, e pela grande rotatividade dos profissionais da equipe e constantes mudanças de gestores; insatisfações e queixas ignoradas pelas chefias;

muitas dificuldades decorrentes também das diretrizes políticas e da gerência administrativa dos gestores; tensões entre as equipes de saúde da família e do NASF; os problemas na articulação das equipes multiprofissionais e não integração dos saberes das diferentes disciplinas para a realização de um trabalho conjunto.

Outros fatores assinalados nos resultados desta pesquisa também estão presentes na literatura citada anteriormente, tais como: dificuldade de inserção dos psicólogos nas equipes multiprofissionais; pouca clareza dos outros profissionais da equipe e dos usuários dos serviços sobre o papel e importância do psicólogo; falta de articulação com outros serviços e pouco contato com outros psicólogos da rede, desenvolvendo uma atividade solitária e pouco reconhecida pelos colegas; a supervalorização das áreas médicas, com subordinação do trabalho do psicólogo ao do médico, já que é este que estabelece as demandas, reproduzido o modelo clínico; demanda por atendimentos vinda da equipe de trabalho; ausência de suporte teórico-técnico e gerencial para melhor desenvolverem suas funções; falta de autonomia para o desenvolvimento das atividades; dificuldade de ouvir e acolher o sofrimento do outro por parte das ESFs, delegando esse papel apenas para o profissional da Saúde Mental.

O trabalho isolado, fragmentado, com ausência de cooperação entre os trabalhadores e de apoio da coordenação, com pressão por alta produtividade e sem reconhecimento que o psicólogo tem desenvolvido na AB do município de Uberlândia, em condições precárias, *configura-se como fator de desgaste mental, podendo levar ao sofrimento patológico*. É importante lembrar que, na empresa gerencial, retomando Gaulejac (2007, p. 123):

Os conflitos se colocam cada vez menos no nível da organização em termos de lutas reivindicatórias ou de respeito pela autoridade hierárquica. Eles se colocam no nível psicológico em termos de insegurança, de sofrimento psíquico, de esgotamento profissional, de perturbações psicossomáticas, de depressões nervosas.

O problema é a dificuldade de provar os efeitos somáticos e psicossomáticos diretos das condições degradadas de trabalho, como bem questiona Gaulejac (2007, p. 231): “Como provar que uma depressão nervosa, uma úlcera no estômago ou um infarto do miocárdio são consequência direta da pressão no trabalho?”

Os resultados desta pesquisa, após descrição de todo o processo e organização do trabalho, baseada em relatos dos próprios trabalhadores, parecem indicar que a forma como está organizado o processo de trabalho do psicólogo, aliada às condições precárias, têm *lhe gerado sofrimento patológico*.

4.2.4.5 Prazer e sofrimento no trabalho

“... ah, sabe que o SUS é: ((risos)) ou ame ou odeie!” (Atena)

O trabalho pode ser gerador de sofrimento e de adoecimento, dependendo da forma como está organizado, como pode também ser fonte de prazer, realização e constituição da identidade que, por sua vez, é imprescindível para a saúde física e mental (DEJOURS, 1986). O trabalho na saúde pública parece ser assim caracterizado pelas entrevistadas, como exemplificado na fala de *Atena*, na epígrafe deste eixo: nele estão presentes motivos para gostar e sentir prazer, bem como razões para repudiar e sofrer, corroborando a teoria de Dejours que afirma que sofrimento e prazer caminham juntos, sendo que a presença do sofrimento não exclui necessariamente o prazer no trabalho.

Apesar de tantas queixas, problemas, falhas e dificuldades apontadas pelas psicólogas quanto ao ambiente, condições e organização do trabalho na AB, elas também mencionaram fatores presentes em seu trabalho que lhes motivam e geram satisfação e prazer, em especial, o aspecto de poder cuidar dos pacientes. Nos relatos das entrevistadas, é possível notar sentimentos de alegria, amor, paixão, valorização, utilidade, realização, motivação, vontade e esperança de mudar e melhorar a realidade concreta do serviço, bem como gratidão pela aprendizagem que o trabalho na saúde pública proporciona, dado o volume e a variedade de casos. O salário e a estabilidade financeira também foram apontados como fatores motivacionais para o trabalho na saúde pública, conforme é ilustrado nas falas a seguir:

[...] diante de tudo isso ((risos)) eu ainda tenho minimamente a crença de que eu ajudo, de que aí que é o meu papel como psicóloga né? E eu posso de fato oferecer uma escuta que proporcione uma ajuda; tenho pensado muito nisso quando eu vou trabalhar, pra que eu não me contamine com essas coisas difíceis [...] eu vou poder ajudar [...] a minha motivação é ver essa coisa de um paciente, dois né? Que a gente consegue uma coisa que seja legal pra ele [...] eu tenho que reconhecer que é uma escola; com o volume de casos que se tem no SUS, eu aprendi. (Métis)

[...] eu gosto de estar com os pacientes, com as pessoas, gosto de ouvir elas né? [...] eu adoro trabalhar só pra conversar e ajudar o outro [...] o significado é de se dispor a ouvir o sofrimento do outro [...] entender que isso é importante e com base nas coisas que eu estudei, conseguir dar algum retorno que vá fazer algum sentido pro outro [...] tem hora que eu acho que faz diferença sim [...] minha motivação é ganhar dinheiro [...] trabalhar e ganhar dinheiro é uma coisa que eu gosto de fazer. (Hebe)

[...] eu gosto de ficar em contato com paciente, eu gosto de me sentir útil, eu gosto do paciente como um todo, eu tento ajudar [...] tem uma motivação

ali que eu não falo que é pelo serviço, é pelos pacientes [...] eu ainda acho, por mais falho que seja a Atenção Primária, por mais dificuldade que a gente esteja passando, acho que a gente ainda consegue dá um suporte pra aqueles pacientes graves e moderados maior que o consultório particular [...] eu falo que depois da minha família, [o trabalho] é a coisa mais importante que eu tenho na minha vida [...] é terapêutico pra mim eu saber que tenho que sair de casa todo dia pra trabalhar, tem dias que tem dificuldades como em todo lugar, mas, por enquanto, ele ainda é, pra mim, é o meu gás de energia, assim, um dos gases. (Eris)

[...] ah, o significado é grande né? Eu penso que é fundamental na minha rotina, é fundamental na minha vida em todos os aspectos né? De sobrevivência, como satisfação pessoal [...] eu não me vejo em outra profissão, não me vejo só, por exemplo, hoje, na rede privada, eu não me vejo; isso aqui faz parte da minha vida, tem um significado realmente importante por tudo que me representa nesses doze anos de psicóloga atuando na saúde pública, então, é o que me completa nesse aspecto de realização como profissional da Saúde Mental, da psicologia [...] eu vi meu potencial, eu me vi desabrochar como psicóloga de verdade dentro da saúde pública, porque eu não atendo cinco casos de depressão no consultório, aqui eu atendo cem; no consultório, às vezes, não chega um caso de transtorno bipolar ou esquizofrenia na mesma proporção que aqui; então, quando eu entendi toda a dimensão do potencial do SUS, como potencial da Saúde Mental, eu fui me envolvendo, me envolvendo, me envolvendo e me apaixonei mesmo! [...] a motivação é porque eu acredito nesse serviço, com todas as falhas e todos os problemas, eu acredito; então, isso me motivou o quanto a gente aprende, a gente aprende muito, muito, muito, muito [...] então eu sou muito grata a tudo que esse serviço me trouxe de me reconhecer né? De me desabrochar como psicóloga e ver tudo que pode [...] então a motivação seria essa: aprendizado, gratidão pelo trabalho, por tudo que eu aprendi. (Atena)

[...] já tiveram tantos significados, mas no momento, eu gosto muito da questão de tá no serviço público, porque o que eu vou falar é paradoxal, é ser masoquista, mas é por ser dessa forma é que me instiga estar nele e eu tenho uma crença que esse serviço tem que ser revisto e melhorado, e isso me faz tá nele, não adianta cê tá de fora [...] eu gosto de coisas assim que me desafiam [...] então, é isso que traz o sofrimento, mas é isso também que incentiva, me mobiliza ainda estar aqui [...] tem também o significado de ser a minha renda né? Minha história de trabalho, eu sou efetiva, eu sustento a minha família com esse dinheiro também, eu tenho filhos né? (Elpis)

É possível detectar, nos relatos das entrevistadas, que o trabalho representa para elas *fonte de identificação e de autoestima*, uma ligação afetiva com o trabalho do psicólogo, ou seja, um vínculo amoroso, e que as fazem experimentar prazer e valorização no trabalho, o que gera reconhecimento. As psicólogas direcionam a libido para o trabalho, o que propicia a satisfação pulsional: o trabalho pode ser “fonte de satisfação especial [...] se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes de impulsos persistentes ou constitucionalmente reforçados”, como mostra Freud (1930, p. 99). O autor enfatiza que o

trabalho como ofício pode ser um meio de sublimação (um dos destinos pulsionais) se o sujeito estiver afetivamente ligado a ele, como é o caso das psicólogas da AB, e nesse sentido, o trabalho pode ser compreendido como uma resposta sublimatória ao desamparo.

Além disso, uma das razões que torna o trabalho fonte de prazer é o *reconhecimento simbólico*, resultante do *contato com o paciente*, poder ajudá-lo, exercer a clínica, a escuta, o que está associado à utilidade e importância que tem o trabalho delas para as pessoas, ou seja, sentem-se reconhecidas pelos pacientes. Outro aspecto gerador de prazer no trabalho na AB, citado pelas entrevistadas, é *a aprendizagem e a experiência* proporcionadas por esta área tão ampla que é a saúde pública, com seus mais variados tipos de casos, gravidades e populações. Nesse sentido, fica evidente a gratidão pelo serviço prestado e pelo conhecimento adquirido, propiciando o desenvolvimento das potencialidades humanas e favorecendo o autorreconhecimento e crescimento profissional. Por fim, o trabalho foi citado também como meio de satisfação das necessidades básicas, a partir da *retribuição material* (salário) que ele proporciona, apesar de estar aquém do que as psicólogas gostariam.

Segundo Dejours (2009, 2013), o *reconhecimento* é um dos eixos centrais na psicodinâmica do trabalho; trata-se de um processo psíquico que envolve mobilização subjetiva, em que o indivíduo espera ser retribuído pelo trabalho. Essa retribuição pode ser material (financeira) e simbólica (reconhecimento). O reconhecimento é fundamental para a constituição da identidade e para a satisfação no trabalho, já que é a construção do sentido do trabalho pelo reconhecimento que pode transformar o sofrimento em prazer. De acordo com Gaulejac (2007), ninguém pode se satisfazer totalmente apenas com o reconhecimento material, financeiro. O trabalho deve se tornar o lugar de realização de si mesmo.

O reconhecimento se dá pela gratidão e pelo julgamento sobre a utilidade e qualidade do trabalho prestado. Neste sentido, o prazer obtido no trabalho pelas psicólogas resulta também da gratidão que elas têm por tudo que aprenderam trabalhando na saúde pública e pela importância e relevância que consideram ter esse trabalho tanto para a vida delas, quanto para os pacientes, os quais elas acreditam ajudar. Acreditar que são úteis e fazem a diferença na vida de alguém, e que desenvolveram seu potencial e cresceram profissionalmente traz sentido para o trabalho dessas psicólogas, fato imprescindível para a construção da saúde física e mental.

Embora a retribuição material seja uma das motivações para o trabalho, as entrevistadas citam os *baixos salários como fator de sofrimento*, insatisfação e até adoecimento, na medida em que as fazem se sentir desvalorizadas, sem reconhecimento da

gestão, e a buscar outros vínculos empregatícios para aumentar a renda, aumentando também a sobrecarga de trabalho, propiciando o adoecimento, como apontado por elas a seguir:

*[...] o que me desmotiva é o que o profissional de saúde pública, não só o psicólogo, mas o profissional da saúde passa e que **não é devidamente valorizado, falando de remuneração mesmo né?** [...] a única coisa que me deixa realmente desmotivada são essas questões que a gente já falou né? **Do reconhecimento, da remuneração.** (Atena)*

[...] é um salário que não é adequado, tá muito abaixo né? [...] todas as outras profissões acho que tão acima né? Tão mais reconhecidas, e por quatro horas de trabalho, o salário é praticamente igual ao de um profissional de segundo grau, muito pouco. (Gaia)

[...] já pensei em sair “ene” vezes né? Já tentei abrir mão de tudo, quando eu adoeci, foi porque o salário não tava bom, eu tava insatisfeita com a remuneração, eu fui buscar outro vínculo de trabalho, cheguei a dar aulas e aí esse vínculo foi se intensificando, eu fui tomada, eles foram me dando muitas horas de trabalho e aí eu fico com dois vínculos e uma família recém nascida ((risos)) e aí eu pego essas três coisas e eu adoço, mas por que que eu fui buscar isso? Porque a remuneração daqui naquele momento e até a prática mesmo não tava me satisfazendo [...] continuo insatisfeita com a renda e com a prática ((risos)). (Elpis)

Algumas trabalhadoras desta pesquisa também identificaram como fonte de sofrimento no trabalho a *formação acadêmica precária, não adaptada ao modelo do SUS*, e falta de treinamento, capacitação por parte da gestão, que as fazem ter que aprender e se adaptar sozinhas à forma de funcionamento de um serviço tão amplo e complexo, como é na área pública, gerando sofrimento psíquico, medo, insegurança, angústia, expectativa ansiosa, sentimento de desamparo e fadiga, como ilustram os relatos abaixo:

*[...] depois de dois meses na Rede, comecei a querer adoecer e aí eu voltei pra minha coordenação e pedi pra que eu fizesse um treinamento pra conhecer a Rede, pra saber o que a gente fazia e o que a gente não fazia [...] a maioria das pessoas vem cair na Rede de paraquedas, e acham que vão atender como se fosse consultório, e aprendeu na vontade; **é muito diferente o atendimento** [...] eu não dormia, comecei a ficar muito ansiosa antes do trabalho, eu chorava muito quando eu chegava em casa, porque os pacientes que eu peguei, por incrível que pareça, foram muito difíceis, muitas pessoas com tentativa de autoextermínio, casos depressivos mais graves né? Então, eu fiquei bem mal. (Eris)*

[...] eu entrei no SUS de paraquedas né? Era uma oportunidade de trabalho, deixei meu currículo, passei na entrevista, no primeiro trabalho né? E quando eu comecei a ver a dimensão que é, eu fui entendendo os processos, porque eu trabalhava num consultório nessa época e chega um outro e você atende um caso, outro, mas não na intensidade que é o serviço público né? (Atena)

O discurso das entrevistadas confirma a distância entre a formação encontrada nos cursos de Psicologia e as demandas da inserção do psicólogo na atenção básica, gerando dúvidas, dificuldades e sofrimento em sua atuação (DUARTE; MORAES, 2016), além da falta de treinamento para os profissionais, que muitas vezes precisam aprender sozinhos a lidar e se adaptar às mudanças no serviço público impostas pela gestão.

Nesse sentido, respondendo a questão levantada no capítulo 3, referente a formação acadêmica do psicólogo, nota-se no discurso das entrevistas que não há o preparo adequado na graduação de psicologia para que este profissional atue na saúde pública, quando elas relatam ter “caído de paraquedas” e terem que aprender sozinhas na prática, atuando, buscando capacitações, muitas vezes, por conta própria. Tudo isso foi apontado como fator de sofrimento do psicólogo da AB. Em sua tese, Nunes (2009) também concluiu que o despreparo acadêmico associado com a falta de infra-estrutura e de recursos, dentre outras dificuldades na atuação do psicólogo, tende a causar sofrimento no profissional, manifestado em angústia, impotência, frustração, fracasso e tensão.

Outro aspecto gerador de sofrimento no trabalho das psicólogas da AB é a *não efetivação do SUS*. As psicólogas estão se sentindo desiludidas com o serviço público e desacreditadas da importância do seu trabalho por não conseguirem muitas vezes realizar suas atividades, devido a falhas na estrutura e funcionamento do próprio Sistema, gerando desesperança, tristeza, frustração, desânimo, culpa, como está demonstrado nos relatos abaixo:

[...] acho que eu tô desesperançosa; já tive um ideal de SUS, já acreditei que o SUS ia acontecer, que as pessoas iam ter mesmo o atendimento digno, humanizado né? Eu acho que a gente faz a clínica do possível e só [...] é tudo muito difícil de você conseguir e aí se a pessoa morre, morreu? [...] fico triste com a cronificação [...] eu tô falando de pacientes que a gente vê cronificar porque é insuficiente [...] então assim, eu fui desiludindo com o SUS, eu já acreditei muito. (Métis)

[...] geralmente os pacientes só querem mesmo as receitas [...] as pessoas querem muitas respostas imediatas e parece que dar um remédio faz muito mais sentido que conversar [...] acho que dá uma desanimada [...] de não dar o que o outro está procurando [...] e aí eu não sei se eu vejo muito propósito, tem horas que eu tenho a impressão que não serve pra nada mesmo [...] ouço sim ‘nada melhora’, a gente sabe que tem coisas que são do próprio transtorno deles né? [...] às vezes, eu mesmo falo que são falhas minhas né? E falhas de toda a estrutura, e tem coisas que eu acho que é uma parte da pessoa, da vida da pessoa junto com um monte de outras. (Hebe)

Além desses três fatores de sofrimento no trabalho (baixos salários, formação acadêmica inadequada e a não efetivação do SUS), as psicólogas experimentam sofrimento por conta da *organização do trabalho neoliberal*, em especial na atualidade. Conforme descrito nos eixos anteriores, houve uma mudança política que alterou a forma de gestão: a saúde foi totalmente terceirizada e hoje é gerida por OSs (empresas). Por sua vez, a gestão atual alterou a organização do trabalho, da qual derivam riscos para saúde mental do trabalhador psicólogo, na medida em que estabeleceu metas praticamente inatingíveis, aumentou a cobrança e pressão por maior produtividade, sem adequar o quadro de funcionários, bem como tolheu o exercício da subjetividade do trabalhador.

Pelas falas das entrevistadas, é possível notar que se trata de uma organização do trabalho rígida, hierárquica, cheia de regras impostas pela chefia, cabendo aos trabalhadores apenas cumprir ordens. A mudança política afetou diretamente a operacionalização do trabalho, atingindo a motivação das psicólogas que, depois dessa mudança, não se sentem valorizadas, retribuídas, o que não gera reconhecimento; além de outros sentimentos como tristeza, vazio, frustração, angústia, impotência, desânimo, desmotivação, desesperança, cansaço, esgotamento, como descrito por elas a seguir:

[...] agora essas mudanças que tem que começar em junho, eu tô muito preocupada [...] eu acho que isso é um retrocesso [...] a chance, pelo que eu conheço lá da região, desse modelo, por não ter sido estruturado, não dar certo é muito grande, mas quem sabe eu posso tá errada né? Então, eu não me nego a fazer; tem que fazer? Tem! Adianta eu falar que não vou fazer? Não! [...] por mais que eu seja uma pessoa questionadora, eu questiono, mas eu faço [...] eu sei que isso é o momento, não é só aqui em Uberlândia, mas outras cidades também estão passando por isso [...] por mais que a gente tente fazer tudo, a gente não é valorizado, eu não me sinto valorizada [...] têm dias que eu me sinto muito desmotivada e desvalorizada; atualmente eu me sinto desvalorizada [...] grupo de fibromialgia, grupo de auto cuidados, reuniões com tutorias que pra mim não decidem nada ((risos)), até ruim falar isso, mas pra mim não decidem nada. (Eris)

[...] hoje em dia tá pesado levar, tá cansativo [...] hoje tem um significado meio que de, como é que eu falo, é o recurso que eu posso contar [...] financeiro, de estabilidade mesmo, não é algo que eu faça mais com aquela paixão [...] pra mim hoje é mais o significado da estabilidade, da garantia financeira; perdeu muito o gosto e o prazer [...] esgota porque cê tem que cumprir coisas, cumprir programas, cumprir metas, mostrar quantidades. (Gaia)

[...] hoje eu tô bem desmotivada, porque eu acreditava que eu poderia dar um suporte subjetivo pra uma população mais carente mesmo de recurso tanto material quanto afetivo né? [...] eu acreditei por muito tempo nisso e isso me sustentava né? Mas, ultimamente, eu tô um pouco descrente disso [...] eu fui entendendo que a lógica do serviço, como ela se organiza, muitas

*vezes ela não oferece isso pra maioria da população, essa lógica né? Do consumo, de atender por produtividade, de ver resultados que, na nossa área, a gente sabe que não se adquire assim esses resultados; muita **questão de gestão administrativa que atropela a subjetividade até dos funcionários**, os processos de trabalho, e tudo isso vai atravessando a gente, e não faz com que a gente oferte o serviço da forma que a gente gostaria, que eu gostaria; então, eu fico um pouco frustrada [...] o serviço é puxado sim, o serviço suga muita energia física e psicológica da gente, porque **tem que ter um jogo de cintura muito grande**, é que a diversidade de problemas de coisas pra resolver são muito grandes, **adoece sim** [...] **é um erro aí de planejamento, de estrutura, de funcionamento**, a gente tá engatinhando em relação à PSF, à NASF, isso é uma construção né? Então, nós vamos ter esses embates, nós vamos ter essas questões, **só que desgasta muito**, faz muita gente desistir, **faz gente sair do serviço, faz muita gente adoecer** [...] o que que eu senti no significado hoje, não teve fala, **traz um vazio né? Uma angústia** [...] **se fosse em outra época eu teria mais clareza, hoje eu tenho que dar uma parada, tenho que pensar** [...] tô assim perdida, pra onde que a coisa vai? O que que eu quero? O que que faz sentido pra mim? (Elpis)*

A exigência por cumprir metas, característica da nova gestão, aumenta as tarefas e o ritmo de trabalho, o que se configura como fator de desgaste e sofrimento. Além disso, nota-se que as psicólogas não têm a liberdade de escolher, de opinar, de exercer sua subjetividade no seu processo de trabalho e, por isso, sentem-se como se fossem apenas objetos de produção. Quanto mais rígida, hierarquizada e impositiva for a organização do trabalho, mais propenso o trabalhador fica ao sofrimento psíquico e até mesmo às doenças físicas e psíquicas.

Ademais, as entrevistadas se queixam de indefinições, instabilidade, insegurança e perdas importantes ocorridas com as mudanças de gestão, por meras *questões administrativas e políticas*, em detrimento das necessidades dos pacientes e até mesmo dos funcionários. A instabilidade resultante da terceirização da saúde para uma OS tem exigido constantes readaptações e esforços dessas trabalhadoras ao processo produtivo, do qual elas não participam de forma ativa, como demonstram os textuais a seguir:

*[...] vamos ver o que tem por vir, **agora vem uma terceirização né? Que é uma outra organização que vai assumir a unidade que eu tô trabalhando**, não a mim que sou Prefeitura, mas quem for FUNDASUS né? Esse terceirizado já vai assumir, **algumas mudanças já vão acontecer dentro da unidade** [...] falaram até de **ponto eletrônico** né? Ainda não sei se isso vai ficar mesmo oficializado [...] **não vai haver mais nenhum tipo de acordo** [...] já fiz algo do tipo, tirar férias prêmio inteira [...] uma vez eu tirei no papel como se fosse trinta né? E depois peguei dez dias numa outra época pra que fosse interessante pra mim, agora isso ela já falou que ficou suspenso, que o que você tirar no papel é o que vai acontecer. (Métis)*

[...] mas essa coisa da SPDM que tá entrando tá gerando um desconforto muito grande nos funcionários de como vai ser, de como que não vai ser [...] é uma instituição que foi contratada pela Prefeitura para assumir algumas UAIs, alguns PSFs, algumas UBSs até o final do ano e depois do final do ano sabe Deus como é que vai ficar pra administrar [...] eu sei que até o final do ano devo estar no Z, mas depois do final do ano, pra onde eles vão me mandar eu não sei, não sei se vou continuar na Saúde, há um boato de que a gente não continua na Saúde e vão ser transferidos pras secretarias, mas por enquanto é muita especulação, mas nada certo. (Eris)

[...] você tem que entrar na onda, sabendo que entra uma gestão você tem que fazer determinada coisa; mudou, você volta e refaz, e nisso a gente fica sem norte, e aí o que era algo, às vezes, prazeroso vai ficando pesado, você vai ficando perdida também, porque estrutura de uma certa forma, e daqui a pouco você já tem que revirar e fazer de outro jeito, e tira o brilho do olhar do que você escolheu mesmo, profissão que era de paixão, de escolha, de tanto ter que sempre se adaptar ao que vai acontecer, mas a gente foca, sendo que tem um caminho só ali; quando estrutura, quando organiza, aí não, agora já é outra coisa, é outro jeito que tem que fazer, agora você não pode contar mais com isso; cê faz e desfaz o tempo todo e não pode ser na sua programação, tem que ser sempre no que vier e aí cansa. (Gaia)

Essa falta de estabilidade gerencial e a desconstrução do serviço favorecem o sofrimento e o adoecimento, na medida em que gera frustração, confusão, impotência, cansaço, preocupação, insegurança, apreensão e medo, levando ao desgaste mental como a fadiga e a corrosão da subjetividade (SELLIGMAN-SILVA, 2011).

Por fim, uma das entrevistadas deixa claro que, na nova *forma de gestão neoliberal*, os funcionários contratados possuem menos direitos e reconhecimento do que os efetivos, como salários baixos, ausência direito de progressão de carreira e de estabilidade no emprego, que lhe gera desmotivação, frustração, tristeza, conforme a fala abaixo:

[...] salário muito baixo né? Então, uma remuneração muito ruim, até porque como a gente é OS, não tem uma progressão de carreira, não tem nada além do que o salário que é proposto né? Como um servidor da Prefeitura [...] eu passei num processo da Prefeitura e chamou um certo tanto e depois começam a chamar pelas Organizações Sociais, então quer dizer que hoje eu poderia ser efetiva sim, se não fosse a Organização Social a entrar nessas vagas; isso me desmotiva, isso me desmotiva, porque o servidor ele tem muita coisa pra melhorar pra ele, ele já tem um reconhecimento um pouquinho mais digno que o da Organização Social e essas conjunturas vai desmotivando. (Atena)

No discurso das psicólogas, o trabalho precarizado aparece como fonte de sofrimento, já que as submetem à terceirização, com flexibilização e redução de direitos sociais, da estabilidade, causando insegurança, incertezas, angústia, pesar, medo,

preocupação, mágoas, frustrações, desmotivação, falta de perspectiva e de reconhecimento, instabilidade e inconstância, cansaço. Tudo isso expressa o sofrimento e o desgaste mental relacionado ao trabalho precarizado, típico do novo modelo neoliberal, que coisifica o trabalhador, desconsidera sua subjetividade, seus desejos, necessidades, opiniões, tudo em prol da produtividade e à custa da exploração da força de trabalho.

De fato, essas cargas de trabalho aumentam os riscos para a saúde, que se traduzem em estresse, irritabilidade, mau humor, ansiedade, tensão, cansaço, desgaste, podendo gerar agravos como alterações do sono, prejuízos na memória e concentração, compulsão alimentar, ingestão de bebidas alcoólicas, configurando-se como fator de sofrimento relacionado ao trabalho, conforme mostram os textuais abaixo:

*[...] têm pacientes que às vezes eu vou pra casa e **perco noites de sono** pensando se ele vai se matar ou então se ele tá em crise né? [...] nessas últimas semanas, eu tenho percebido que eu tô um pouco mais **ansiosa**, tô comendo um pouco mais, ganhando até um pouco o peso, bebendo um pouquinho à noite, mas, assim, nada a ser um alcoolismo [...] eu saio da unidade muito cansada e, então, **quando eu não vou na válvula de escape de comer, eu acabo tomando vinho**. (Eris)*

*[...] até certo ponto, até alguns anos de trabalho, a gente vai abarcando, cê tenta cobrir tudo né? Mas a gente chega num ponto também de limite, cê tá **desconcentrando, não tem memorização** de situações de informações, dá um **cansaço né? Uma falta de energia** também, às vezes, o **desgaste** quando você sai da unidade, você sai meio **aéreo** assim né? Te exigiu muito, então às vezes, você acorda e não quer ir, não quer ir trabalhar [...] a gente fica pensando que vai chegar lá e vai ter que dar conta das desordens né? Então isso dá um desgaste também, quando você vê você já entrou na “pilha”, cê tá **mal humorado, tá sem paciência** também; eu me vejo muito assim também, alteração de humor, às vezes, **o sono é picado; dá tensão muscular** [...] às vezes, chega nos limites mesmo e quando cê vê, cê tá tendo reações ali de alteração, de **intolerância**. (Gaia)*

Desse modo, nos relatos das entrevistadas é possível identificar sentimentos de pesar, vazio, ansiedade, apreensão, desmotivação, desvalorização, falta de vontade e de energia para ir para o trabalho, cansaço, esgotamento, irritabilidade, desesperança, descrédito, pessimismo, frustração, desilusão, desconforto; sensação de não resolutividade e de impotência; sentimentos de despreparo acadêmico e de insegurança para atuar na saúde pública; preocupação com as mudanças e indefinições do momento que a saúde pública atravessa atualmente; insatisfação com o salário; além de desgaste mental e de tristeza com a piora do paciente por falta de efetividade do serviço. O sofrimento do trabalhador psicólogo da AB tem sido expresso em agravos físicos e mentais para sua saúde, como problemas de coluna;

comprometimento do sono, da memória; transtornos alimentares, entre outros, *denotando a presença de sofrimento patogênico no trabalho*.

Nesse sentido, Araújo (2008) também associa o sofrimento e o processo de adoecimento ao trabalho, na medida em que identificou nos trabalhadores entrevistados em sua pesquisa, sentimentos de impotência e de culpa, sensação de abandono e solidão, desgaste, exaustão, estresse, frustração, desânimo, cansaço, irritação, tensão, sintomas físicos (pressão alta, problemas de coluna) e emocionais (depressão, síndrome de Burnout), angústia, medo, falta de vontade e de prazer em ir trabalhar.

Percebe-se que para as psicólogas entrevistadas, o trabalho na saúde pública tem um significado muito grande e fundamental em suas vidas, pela aprendizagem, realização e completude profissional que ele proporciona, na medida em que possibilita ajudar e fazer o bem ao paciente por meio da escuta de seu sofrimento. Também citam a estabilidade e garantia financeiras e os desafios que o serviço público proporciona, em termos de falhas que geram sofrimento, mas que ao mesmo tempo motivam a busca de soluções, melhoras. Mas muitas dessas trabalhadoras também remetem um significado negativo ao seu trabalho, considerando-o como uma atividade pesada, cansativa, que elas realizam com pouca paixão e pouco prazer, e sentem-se perdidas e esgotadas com as mudanças no funcionamento do serviço em saúde pública, a cada gestão que assume.

Diante deste panorama, as psicólogas vivenciam mais sofrimento que prazer em seu trabalho na atenção básica. O sofrimento advém da forma como está organizado o trabalho, sob uma lógica gerencialista e neoliberal, em que não se sentem com reconhecimento da gestão. Contudo, apesar de apresentarem desgaste mental e sofrimento, o que ainda as mantém na AB é a ligação afetiva com o trabalho do psicólogo, o fato de gostarem do que fazem e se sentirem reconhecidas pelos pacientes.

Acreditamos que se não houver um replanejamento do trabalho, alterações na organização do trabalho, em especial, nas metas e tipo de hierarquia, muito provavelmente elas ficarão mais gravemente adoecidas e farão parte da lista de trabalhadores da saúde pública que recorrem à demissão do serviço público.

4.2.4.6 Estratégias defensivas

“... entreguei pra Deus ((risos)), assim, eu parei de me preocupar, porque eu não consigo controlar.” (Hebe)

Para Dejours (2011), os trabalhadores são capazes de se proteger dos constrangimentos organizacionais nocivos à saúde mental, utilizando-se de estratégias defensivas para evitar o sofrimento e transformar a atividade laboral em fonte de prazer. Trata-se de mecanismos que os trabalhadores utilizam para ocultar ou pelo menos minimizar a percepção da realidade que os fazem sofrer. O sofrimento patogênico surge quando todos os meios de defesa já foram utilizados pelos trabalhadores e estes não obtiveram sucesso, não conseguiram as soluções pretendidas. Em outras palavras, o sofrimento torna-se patogênico quando o trabalho não promove a sublimação, tornando-se fonte de adoecimento para o trabalhador.

Devido às características da gestão atual – autoritária, impositiva, hierárquica, rígida, neoliberal – que aumentou as exigências, suprimiu o espaço para os questionamentos e as reivindicações dos trabalhadores e ainda reduziu seus direitos trabalhistas, as resistências das psicólogas que não podem ser manifestas sob a forma de críticas abertas, são expressas por meio de estratégias inconscientes de proteção contra o sofrimento no trabalho.

No geral, a estratégia defensiva mais utilizada pelas psicólogas é o *desinvestimento de energia libidinal no trabalho*, isto é, a diminuição da mobilização psíquica a serviço dos objetivos da empresa. Sacrificar tudo, inclusive a saúde, pelo trabalho; dedicar-se de corpo e alma ao trabalho, deixam de ser o foco dessas trabalhadoras. Quando percebem que estão em seu limite, retiram a energia libidinal do trabalho, seja por meio de uma postura indiferente, apática; pela redução do ritmo de trabalho; pela redução da carga horária e dos vínculos empregatícios; por afastamentos, licenças, férias; ou mesmo saindo definitivamente do serviço público.

Algumas psicólogas parecem assumir uma postura mais indiferente, acomodada, conformista diante dos problemas que lhes acometem no trabalho. É a ideia do “deixar pra lá”, desistir de tentar melhorar as situações, reduzir a preocupação e a prioridade dada às questões do trabalho por descreditarem na possibilidade de mudança diante de tantas tentativas fracassadas, conforme ilustrado na epígrafe acima e na fala de outra entrevistada, a seguir:

[...] hoje se o paciente insiste muito, o paciente que vai me dar dor de cabeça, vai fazer um barraco, eu não tô peitando mais não [...] não vou bancar porque a gente fica queimado na unidade né? Porque esse paciente vai à ouvidoria e reclama da gente justamente por tá seguindo a norma [...] já mudei bastante coisa, se fosse em outras épocas, eu já tinha batido de frente com muiiita gente, mas hoje eu aprendi a pensar mais, a ficar mais calada, até pra viver nesse momento que a gente tá, sabe? Eu escuto mais e

*falo pouco, mesmo assim eu não consigo falar pouco não, mas já mudei bastante [...] e vejo também que **pra aguentar algumas mudanças que tão acontecendo – eles tão cobrando da gente, agora vem excedentes, e eles são muito difíceis de lidar.** (Eris)*

O que elas experimentam é uma situação de desamparo, uma situação traumática que tem como defesa contra esse sentimento a alienação e submissão do trabalhador, o que gera desgaste mental, podendo chegar à corrosão da subjetividade.

Outra estratégia defensiva utilizada pelas psicólogas, numa reação mais saudável ao sofrimento no trabalho, é de alguma forma procurar diminuir o ritmo de trabalho, fazendo apenas aquilo o que é possível de ser realizado, respeitando sua subjetividade, como mostram os textuais abaixo:

*[...] não vou me deixar ficar no prejuízo, porque **eu cheguei à conclusão que eu sou mais uma;** então, eu quero ajudar os pacientes, mas **hoje eu tô em primeiro lugar; antigamente eu deixava o meu serviço em primeiro lugar, e hoje não! Aos trancos e barrancos de treze anos de serviço público a gente vai aprendendo,** não que eu não queira mais me dedicar, me dedico né? Mas **a minha dedicação vai até as seis horas que eu tô ali.** (Eris)*

*[...] eu aprendi que eu vou fazer o que eu acho que é importante, o que eu acho que é honesto e eu vou até onde eu der conta, e eu tenho que entender até onde eu dou conta e aí o corpo vai dar um sinal, a minha mente [...] aprendi me autoavaliar no processo de trabalho com mais clareza, **antes eu entrava em tudo de cara pra trás, eu me expunha muito** entendeu? Eu gastava energia com coisas desnecessárias, querendo salvar o mundo sabe? [...] **depois que eu adoeci, eu falei comigo mesma que eu ia devagar no meu ritmo,** que eu ia estar com os meus filhos até eles ficarem maior um pouquinho [...] **aprendi que existe vida além do trabalho, e eu precisei adoecer.** (Elpis)*

Ainda no sentido de reduzir o tempo dedicado ao trabalho, duas entrevistadas mencionam o desejo de redução da jornada de trabalho, planejando diminuir a carga horária para 4 horas diárias ou manter apenas um vínculo empregatício, conforme demonstram os trechos abaixo:

*[...] eu tô em processo judicial pra **reduzir minha carga horária** pra quatro horas; se eu ganhar, eu trabalho quatro e quatro, e fica mais tranquilo; se não, **um dia eu vou largar um [vínculo] né?** (Hebe)*

*[...] quando a gente entra no serviço, a gente tem muito mais gás, muito mais disposição, mais energia, então a gente dá o máximo, só que é aquela história né? A curva vai lá em cima e depois começa a cair, e eu sinto que **minha curva tá caindo,** então, como eu quero ser sincera comigo e com o serviço, eu estou me organizando pra que eu tenha só um vínculo mesmo e*

possa ter uma qualidade de vida maior [...] E eu dou o meu máximo, só que tem hora que o máximo, ele fica comprometido mesmo né? (Atena)

Outra estratégia de defesa utilizada contra o sofrimento no trabalho é o manejo que as psicólogas fazem de alguma situação que as afaste do trabalho, como os direitos trabalhistas de férias regulares, férias prêmio, aposentadoria, licenças, tratamento médico e psicológico, conforme é possível conferir nos textuais a seguir:

[...] nunca afastei, mas já vivi situações assim que eu achava que talvez pudesse me ajudar eu afastar, mas resisti [...] eu tiro todas as minhas férias prêmio, que eu falo que eu acho que é a minha sustentação da minha saúde mental [...] vou tirar férias agora em agosto, eu tô contando os dias pra chegar, e aí depois eu tiro de novo em janeiro minhas férias regulares, e aí tem só o ano que vem pra eu encerrar o meu percurso no SUS [...] tô contando os dias pra me aposentar, já tem um tempo que eu tô contando [...] eu queria muito sair, me sinto cansada. (Métis)

[...] eu fiquei afastada 45 dias mais ou menos [...] a médica me afastou pra eu fazer um procedimento cirúrgico na coluna, tipo um bloqueio pra diminuir a dor, aí eu fiz fisioterapia um tempo, fiquei afastada, fiz procedimento, e aí voltei [...] depois desse período, eu tive um afastamento de uma crise minha, de um dia que eu não tava conseguindo andar direito, que eu fui no pronto socorro, eu peguei dois dias. (Hebe)

[...] eles querem essas mudanças e eu vou tentar me adequar a elas, se eu perceber que isso vai chegar ao ponto de me adoecer e que não for me trazer qualidade de vida, eu tenho algumas estratégias [...] tenho férias prêmio que eu nunca tirei; eu tenho possibilidade de tirar uma licença não remunerada – pra mim fica complicado, porque tenho contas pra pagar – ou até um afastamento mesmo [...] eu fiquei afastada um mês [...] a médica queria que eu ficasse afastada por um tempo mais indeterminado [...] cheguei a fazer até uso de medicação, tomando ansiolítico e um remedinho pra dormir. (Eris)

[...] já que essa estrutura não vai mudar, eu preciso sair pra dar conta disso, pra não perder a minha qualidade de vida [...] eu tô entendendo que eu preciso me afastar, porque senão em breve o meu destino vai ser esse né? Eu vou entrar na lista também ((risos)) dos profissionais afastados e eu não quero isso pra mim, então, antes que isso aconteça, eu já estou me preparando pra tomar outro rumo. (Atena)

[...] tem uma alta incidência de afastamento entre as pessoas [...] licença de saúde – dois dias, três dias, cinco dias, um mês, três meses – isso é bem frequente no serviço [...] eu já fiquei afastada da Rede um ano [...] eu senti que eu não estava em condição de cuidar de outra pessoa né? Então, eu fiquei afastada esse tempo, mas o serviço, ele adocece, depois dessa experiência eu retornei com menos atividades, mas a gente tem que se cuidar, cê tem que achar um espaço de sair do serviço, de se cuidar tanto física, mentalmente pra você ir dando conta, porque é adoecedor. (Elpis)

Nesses discursos, *nota-se a presença de sofrimento patogênico vivenciado no trabalho dessas psicólogas, que diante do fracasso do ajustamento à organização do trabalho rígida, apresentam frustração, sentimento de injustiça, cansaço, corrosão da subjetividade e adoecimento.*

Alguns trabalhadores que se sentem frustrados e desmotivados com o serviço público recorrem a estratégias mais radicais de afastamento do trabalho, como por exemplo, desligar-se definitivamente do serviço, normalmente à procura de outras possibilidades de atuação, conforme relata Eris: “[...] *tem poucas pessoas que têm o tempo de Rede que a gente tem, treze anos; muitas pessoas que entraram ficam pouco tempo e falam que não se adaptam a serviço público.*” Uma das entrevistadas planeja abandonar o trabalho na saúde pública e buscar outras áreas de atuação na psicologia, como fica evidente no recorte abaixo:

[...] eu também gosto muito do ambiente acadêmico; tô pensando no futuro conseguir me tornar professora universitária [...] hoje eu trabalho na saúde e na assistência social, eu penso em largar a assistência social e ficar na saúde e aí, se eu conseguisse isso, eu tentaria já dar aula em faculdade particular [...] fazer um doutorado, pra depois eu procurar uma universidade pública, que é o que eu quero, aí eu deixaria sim. (Hebe)

Atena também comenta sobre a saída de muitos psicólogos da Rede devido à baixa remuneração. Profissionais que se desvinculam do serviço público para buscar outro trabalho que lhe ofereça uma maior retribuição material, que garanta uma vida mais digna, como mostra sua fala abaixo:

[...] isso faz com que eu e outros colegas vá buscar outras formas de recurso, talvez, muitos saíram daqui e queria ficar aqui e vai pra outros caminhos por conta da remuneração [...] a gente tem um limite, então, o limite faz com que a gente vá embora por não ter o que a gente precisa pra sobreviver dignamente do serviço né? (Atena)

Outro manejo utilizado pelas psicólogas para se fortalecerem e se protegerem contra os constrangimentos do trabalho são os grupos de estudo, supervisões, cursos, reuniões de equipe, lazer e esportes, que as ajudam a canalizar suas angústias e a lidar com a tristeza, cansaço, esgotamento, desânimo, conforme mostram os relatos a seguir:

[...] eu sou aquela que faço terapia ao longo da minha vida toda, faço grupo de estudo e faço supervisão, então eu também acho que isso me sustenta, além da reunião de setor; eu acho que é essencial a gente poder colocar as coisas que nos angustiam, nos entristecem sabe? Eu acho que a

gente tem que ter um lugar com a equipe, a gente tá num serviço que é muito diferente de um outro local. (Métis)

[...] a gente mesmo tem que se rever, se olhar, olhar o papel da gente ali pra não entrar no desgaste e no adoecimento mesmo [...] tem esses recursos de lazer, de descanso, às vezes, até de fazer uma terapia, de fazer mais esporte, de passeios né? Cé ter momentos ali que você possa ou mesmo aprimorar na área, fazer cursos pra gente se renovar nisso também. (Gaia)

Tais recursos representam espaços de fala, circulação da palavra, de exercício da subjetividade, de investimento e crescimento profissional, que vão na contramão da alienação, da submissão, tão incutidas pela cultura gerencial.

Apenas uma psicóloga parece utilizar a sublimação como mecanismo de enfrentamento do sofrimento que vivencia no trabalho, buscando formas de se reinventar, motivar, adaptar e criar, conforme observa-se na seguinte explanação:

[...] então eu vou me motivando e criando né? Eu vou trazendo a equipe comigo, vamos pensar algo novo, vamos fazer diferente, o que a gente pode trazer dentro dessa proposta? Eu vou me motivando para que o serviço seja bom tanto para quem chega como pra mim, porque se for só pra quem chega, eu acho que não é justo pra equipe, e se for só pra equipe, não é justo pra quem chega. (Atena)

Quando o trabalho permite a sublimação, ele possibilita benefícios à saúde mental, na medida em que representa um instrumento para lidar com o desamparo, com a angústia, transformando o sofrimento em prazer. Na fala acima, percebe-se a presença de sofrimento criativo, que impulsiona essa trabalhadora a criar soluções favoráveis para sua saúde, bem como cooperação e coletividade, manifestas em sua preocupação em compartilhar com a equipe os pensamentos e as atitudes frente ao sofrimento.

Nota-se que as psicólogas se utilizam de estratégias defensivas para se protegerem do sofrimento no trabalho, mostrando que não são totalmente impotentes diante das imposições da nova gestão, conforme Dejours (2011). Porém, na AB, há uma inversão: a maioria deveria ser como *Atena* – utilizar a sublimação para converter o sofrimento em sofrimento criativo –, mas a maioria parece estar adoecida, com desgaste da subjetividade e sofrimento patogênico.

Em virtude desse cenário, as organizações sociais (OSs) também deveriam melhorar a proteção dos seus funcionários, a fim de garantir a liberdade e a dignidade desses trabalhadores, afinal nenhuma empresa sobrevive sem a atividade deliberada, sem favorecer o desenvolvimento das capacidades reflexivas individuais e coletivas. Como bem lembra Gaulejac (2007, p. 293),

Não se trata mais então de canalizar a energia libidinal para lógicas de lucros e de interesses – quer sejam pessoais, materiais, financeiros ou outros –, mas para objetivos de bem comum e de bem-estar, onde o estar junto aparece como mais importante do que o interesse individual.

4.2.5 Eixos temáticos: explorando o grupo focal

A partir do material obtido com a realização das atividades propostas no grupo focal, foram criados três eixos temáticos de análise, os quais serão mais bem detalhados nos próximos tópicos. Para resguardar a identidade e o sigilo das psicólogas que integraram o grupo, elas foram chamadas de “Participantes”. Dessa forma, serão mencionados os discursos de 7 participantes.

Como se trata de psicólogas que trabalham em UBSF, compondo a ESF e a equipe do NASF, normalmente as participantes trabalham em duas unidades diferentes – reservando dois dias para cada unidade – ou em uma unidade compartilhada, que consiste em uma única estrutura física maior, geralmente uma casa alugada e adaptada (a semelhança do que foi descrito no item ambiente e condições de trabalho), que comporta duas ou três ESFs, como explica a Participante 3: “[...] são três equipes num lugar só, então ao invés de eu ir fisicamente caminhando entre três locais, a gente tem uma unidade grande [...] os pacientes chamam lá muitas vezes de UAI nova, porque fisicamente é muito grande o território né? O físico da unidade.” O ideal é que cada psicólogo fique responsável por duas equipes, mas alguns têm feito parte de três ESFs.

4.2.5.1 Sentimentos no trabalho

*“A voz do inconsciente é sutil, mas nunca deixa de ser ouvida.”
(Sigmund Freud)*

A primeira atividade foi chamada de ‘Associação livre’ – baseada na regra fundamental de investigação do inconsciente criada por Freud (1922) –, porque as participantes foram convidadas a expressarem a primeira palavra que viesse à mente, evitando ao máximo filtros, repressões ou resistências, a fim de acessar o material inconsciente (lembranças, afetos e representações) a respeito de como se sentem no trabalho, já que representações inconscientes podem ser a causa de sintomas patológicos. As palavras que emanaram na mente das psicólogas foram: útil, alegre, paz, mal, apertado e pressionada.

A Participante 1 referiu sentir-se ‘útil’ por trabalhar em uma unidade pequena, onde há só ela de psicóloga e, por isso, é mais solicitada e reconhecida como profissional, tanto pela equipe quanto pela população. Acrescenta que sentir-se ‘útil’ gera prazer no trabalho, como pode ser conferido em sua fala:

*[...] eu coloquei a palavra **útil** [...] desde o momento que eu chego, até o momento em que eu vou embora, tem uma demanda grande e eu tô o tempo inteiro trabalhando, conversando com a equipe, isso me faz muito bem [...] é a primeira vez em muitos anos que eu trabalho na prefeitura, **que eu me sinto útil** [...] porque como eu trabalhei no CAPS durante muitos anos, a equipe lá era muito grande né? Então você é mais uma da equipe. E agora eu **tô numa unidade pequena, sou a única psicóloga** [...] eu me sinto mais útil ali no bairro, pra aquelas pessoas que procuram a unidade de saúde [...] **é a primeira vez que eu me sinto realmente como se eu estivesse fazendo algo que me dá muito prazer** [...] **Eu me sinto mais solicitada enquanto uma profissional** [...] a psicóloga da unidade. (P1)*

A experiência de ser útil, da Participante 1, está mais associada ao reconhecimento enquanto profissional que realmente faz parte da equipe, e não apenas como mais uma integrante, sem um papel que faça diferença para alguém. O seu relato mostra a importância e influência que a organização do trabalho tem sobre a saúde do trabalhador. Um local onde se mantém relações interpessoais mais saudáveis, de confiança, respeito e cooperação, e que garantem o reconhecimento do trabalho – como ela descreve no seu caso – de fato favorece a satisfação, o bem-estar, o prazer e, assim, a saúde mental relacionada ao trabalho.

A Participante 2 inicia sua fala, dizendo que se sente ‘alegre’ no seu trabalho, por considerar que, atualmente, tem sido mais valorizada, útil e produtiva enquanto profissional, além de poder contar com mais apoio de uma equipe que hoje tem mais profissionais de outras áreas, portanto, semelhante a Participante 1. Porém, P2 segue demonstrando sua insatisfação e frustração com a ausência de capacitação promovida pela gestão em horário de trabalho, já que, fora desse horário, ela tem outras atividades que a impossibilitam de buscar seu aperfeiçoamento, conforme seu relato a seguir:

*[...] eu coloquei **alegre**, porque acho que é a primeira vez nesses quinze anos que **eu me sinto mais valorizada enquanto profissional**, não enquanto outras coisas [...] quando eu entrei, a gente **tinha capacitação, supervisão**, vinham pessoas muito capacitadas de fora, dava supervisão de casos pra gente, e a gente foi perdendo isso [...] a gente busca, mas geralmente **hoje em dia é fora do horário de trabalho** [...] mas a questão da alegria, **eu me sinto mais útil também**, me sinto alegre por isso [...] porque hoje **eu me sinto apoiada** [...] eu acho que **hoje a gente tem outros profissionais que somam** [...] **mas eu sinto falta das capacitações, sim!** [...] se fosse em um*

horário protegido, com certeza eu faria, mas não dá pra fazer tantas coisas fora do horário de trabalho, mesmo porque a gente tem outra vida também, tem família; mas eu me sinto alegre no mesmo sentido, de achar que parece que a gente tá produzindo mais. (P2)

Essa psicóloga também deixa claro que os relacionamentos interpessoais fundamentados na troca, no apoio caracterizam o trabalho como fonte de prazer. A possibilidade de desenvolver um trabalho conjunto, com participação e suporte entre os profissionais, fortalecendo as relações e desenvolvendo a cooperação, foi citada pela Participante 2 como motivo de satisfação, alegria, segurança, valorização e prazer em seu trabalho.

Quanto à reivindicação por capacitação, que também apareceu nas entrevistas individuais, é preciso considerar que um dos seus efeitos pode ser uma conscientização maior do trabalhador sobre as tarefas que ele realiza, diminuindo sua alienação. Para um modelo de gestão baseado no neoliberalismo, o interessante é que ocorra justamente o contrário: a apropriação capitalista do saber-fazer do trabalhador, a fim de convertê-lo em fator objetivo do processo produtivo, danificando sua subjetividade.

Podemos pensar que a gestão municipal não oferta capacitações, provavelmente, porque não há interesse na assimilação cognitiva nem no engajamento subjetivo de seus funcionários no trabalho. Os trabalhadores precisam apenas produzir, cumprir metas que já foram estabelecidas pela chefia. No entanto, esta forma alienada de trabalhar extingue o sentido do trabalho, suprime o desenvolvimento da identidade, da autoestima e da capacidade criativa do trabalhador, causando-lhe sofrimento, como manifestado pela Participante 2, na forma de queixa, frustração, insatisfação, impotência, solidão e sentimento de desamparo.

A Participante 3 escreveu a palavra ‘paz’ e atribuiu a tranquilidade que sente, na unidade em que trabalha atualmente, ao bom relacionamento entre os profissionais da equipe, assim como ressalta a Participante 2; entretanto, P3 acredita que o convívio agradável entre os profissionais está associado à capacitação e integração de seus membros, conforme ilustra o textual a seguir:

*Eu coloquei **paz**. Não negando os conflitos que existem e todos os problemas políticos, as mudanças e tudo que a saúde mental vem sofrendo, mas eu consigo perceber o quanto que a **unidade aonde eu trabalho é muito tranquila**, mesmo sendo compartilhada, e que vive um dos melhores momentos de configuração de profissionais, pra conseguir realizar um trabalho hoje em saúde mental [...] **tem uma equipe de enfermagem muito capacitada, uma equipe médica capacitada** e que, são abertos para o trabalho fluir [...] **além da gerência que também é uma aliança muito***

bacana [...] são muitas pessoas em um lugar só, mas a gente conseguiu uma integração muito bacana [...] a discussão lá flui muito bem [...] isso facilita muito o trabalho [...] eu acredito que a pessoa da gerência conseguiu trazer essa energia da união. (P3)

Novamente, o relacionamento interpessoal participativo e cooperativo entre profissionais capacitados, integrados, conscientes e respeitosos do papel e importância de cada membro da equipe é mencionado como um fator satisfatório para o trabalho, o qual passa a fluir melhor, e pode ser promotor de saúde. Neste caso, o ambiente se torna mais agradável, tranquilo, favorecendo a saúde dos trabalhadores. Apesar de todos os problemas e dificuldades presentes na saúde pública, e em especial na saúde mental, a psicóloga se considera fortalecida para enfrentá-los, e essa força vem da união, integração e apoio mútuo entre os profissionais. Tal situação corrobora a teoria de Dejours (2011) de que o trabalhador é capaz de se proteger dos eventos organizacionais nocivos à sua saúde mental e que o trabalho em equipe possibilita a realização de defesas coletivas contra o sofrimento.

A Participante 4 anotou a palavra ‘mal’, referindo-se ao mal-estar e dificuldades que tem experimentado no seu trabalho atualmente, por conta de uma gestão autoritária e impositiva que reforça a hierarquia e o seu exercício de poder, buscando anular a participação do trabalhador, desconsiderando sua subjetividade no processo produtivo, conforme ilustrado abaixo:

[...] no presente eu me sinto mal, porque eu tô num lugar que tá bastante confuso [...] de um ano pra cá, a gente foi sendo desautorizado de um monte de coisa, então assim, é bem difícil. No momento, mal, porque cê pensa que cê tá indo por um caminho, mas na realidade, não é aquele caminho, já tem outras pessoas traçando outros caminhos, que você não compartilha daquilo, e aí eu digo coisas de processo de gestão, né? E aí cê fez um investimento, uma energia em cima daquilo que não é fácil, quando cê vê lá eles já decidiram tudo e já fizeram, e o negócio já tá pronto lá e é procê acatar. Então cê não participa da construção daquilo [...] é muito violento. Cê viver isso uma hora ou outra, cê vai administrando; agora de um ano pra cá, nós estamos vivendo isso de uma forma muito intensa [...] é da gestão municipal e com a coordenação de saúde mental que a gente também foi tendo várias perdas [...] um coordenador sai, ninguém assume, aí depois fica outra, que não consegue liderar esse grupo [...] a coisa foi se perdendo. Então hoje a gente não tem mais grupo de coordenação [...] todo mundo dispersado. Então tá uma fase muito ruim. (P4)

É nítido o sofrimento dessa psicóloga quando ela relata estar numa fase ruim, difícil, instável, confusa e sem autonomia para mudar; quando expressa se sentir frustrada, violentada, desprovida do direito de participar, de ter voz; quando descreve a perda de liderança da coordenação de saúde mental, resultando em falta de apoio aos psicólogos e

desamparo. Este aspecto nos remete para *Psicologia de grupo e análise do ego*, quando Freud (1921) mostra que o que mantém um grupo unido, mais que os vínculos entre os membros do grupo, é o vínculo com o líder. É o líder que mantém o grupo unido: o ideal, como aquele que o “eu” se mira para vir-a-ser o ideal de “eu”. A identificação com o líder transforma a cada membro do grupo. Toda identificação promove uma alteração no “eu”. Porém, a perda do líder (o rompimento com o ideal) pode provocar pânico, uma *situação traumática* de angústia, uma situação de desamparo que desorganiza o “eu” (MENEZES, 2006).

P4 atribui o desmonte do Programa de Saúde Mental à terceirização da saúde, em que a SMS “entregou” a governabilidade da saúde à Organizações Sociais, segundo seu relato abaixo:

*[...] o Programa de Saúde Mental né? Ele vem sendo desmontado; hoje cê não tem a quem recorrer [...] são diretrizes de uma gestão maior, e que já tava nos planos deles desde o começo, antes de eles assumirem, de que isso aconteceria ao longo desses anos. E não é só o Programa de Saúde Mental, são todas as Redes: do idoso, da criança, da mulher. Não vai ter mais aquela figura central do coordenador desses programas; **quem vai administrar essas linhas de cuidado, os processos de cuidado no território, são as OSs** que chegarem [...] também tá uma coisa muito indefinida do que os gestores dentro da prefeitura vão fazer: eles vão monitorar essas ações desses processos de trabalho dessas OSs? Eles vão fiscalizar? Eles vão poder contribuir com alguma coisa? **Tá muito indefinido ainda [...] e tudo é uma perspectiva de gestão, são modelos de gestão;** mas na cabeça deles, eles tão fazendo o melhor, porque eles alegam que eles não têm mais governabilidade sobre os processos de saúde, que eles não têm mais dinheiro, né? E eles tão cedendo isso pra outras pessoas fazerem de uma forma mais eficiente, que não vai ser tão onerosa, como se ficasse na mão deles [...] **E isso é um processo que ele é mundial, ele é nacional, ele é regional [...]** muitos municípios do Brasil já tão nessa lógica, é uma tendência, porque a saúde no nosso país, todo mundo sabe, tá desmontada. Então eles tão cedendo [...] tão terceirizando; eles não gostam que fale isso [...] acha que é melhor falar que é uma organização social, mas **é uma terceirização.** (P4)*

A realidade atual do município é que as OSs estão na coordenação, no comando dos processos de trabalho da saúde pública, realidade essa compartilhada por outros municípios e até outros países, baseada na lógica neoliberal do “novo capitalismo”, que promove a precarização do trabalho e, conseqüentemente, o sofrimento e adoecimento do trabalhador. Essas queixas com relação à terceirização da saúde, ao desmonte do Programa de Saúde Mental também foram apresentadas pelas entrevistadas, reforçando que essa situação incomoda, traz sofrimento e desgaste aos psicólogos da AB.

Outra fala dessa psicóloga demonstra o quanto ela está desacreditada, desesperançosa, cansada, desiludida, angustiada, pessimista com os processos de mudança na saúde pública do município, como é o caso da implantação dos NASFs, os quais apresentam uma proposta de intervenção mais grupal, social, que ela considera positiva, mas acredita que para sair da teoria e se concretizar na prática, ainda vai levar muito tempo, como é possível verificar no trecho abaixo:

[...] teoricamente, eles acham que tendo NASF e essa diversidade, essas equipes inter, multi, né? Os pacientes da saúde mental vão estar sob o cuidado dessa equipe em grupos [...] a partir do momento que você compartilha realmente o cuidado com todo mundo, não vai sobrecarregar [...] então ele vai dar um outro tipo de assistência. A lógica a longo prazo é essa [...] é igual o SUS! Na teoria é uma proposta muito bacana, mas pra isso rodar da forma como é, leva anos. Eu falo que vai ser 10 anos agora pela frente assim, pra gente conseguir, minimamente, fazer isso. (P4)

Trata-se de *expressões de sofrimento e desgaste mental* dessa trabalhadora. Mas é interessante mostrar que ela também revelou já ter experienciado uma fase melhor em seu trabalho, na qual também se sentiu útil, alegre, integrada, valorizada e respeitada enquanto profissional, e que esses sentimentos também estavam associados ao fato de trabalhar em uma equipe que mantinha um bom relacionamento, com profissionais competentes, cooperativos e com boa liderança, conforme trecho abaixo:

[...] eu já tive muito esse sentimento de me sentir útil, de me sentir alegre, de me sentir integrada, porque [...] eu também já fiz muita coisa boa, já trabalhei com enfermeiras muito competentes, comunicativas, que entendem o lugar da saúde mental e do psicólogo nas equipes, respeita, autoriza [...] só que hoje eu tô assim... um mal-estar nesse momento. (P4)

A Participante 5 usou a palavra ‘apertado’ para exprimir seu sentimento referente a seu trabalho. Assim como as outras psicólogas, ela também já se sentiu útil, tendo muito amor e entrega por seu trabalho, porém, atualmente, predomina uma ‘sensação de aperto’, angústia, cansaço, falta de perspectiva e desmotivação devido, sobretudo, ao relacionamento interpessoal na equipe, que prioriza a competitividade e falta de cooperação. Ela enfatiza a dificuldade de lidar com as 3 equipes das quais faz parte, pela existência de intrigas, competição, falta de parceria, assim como pela inadequação do número de trabalhadores na equipe que intensifica a jornada de trabalho, aumentando o ritmo, gerando sobrecarga de trabalho e desgaste mental. Além disso, percebe-se o poder opressor da gestão sobre o

trabalhador, situação traumática de desamparo em que se encontra P5, revelada na fala a seguir:

*[...] a palavra que me veio foi “apertado”. A sensação que eu tenho é **entre** o que já foi falado aqui – de uma **utilidade**, de amar, eu **amo o que eu faço**, eu **sinto muito útil** mesmo, a hora que eu tô com o paciente, eu me entrego, se eu tô discutindo um caso, tudo ali, tem o apoio – hoje eu tô numa equipe compartilhada, de três equipes, **não é tão fácil lidar lá**, porque eu acho que nasceu duas equipes em separado, depois elas juntaram, depois veio uma outra equipe; não nasceu três equipes ao mesmo tempo já pra ser compartilhada [...] então **tem muita intriga entre as equipes, tem competição, um querendo desmontar o trabalho do outro, mostrando que é melhor ou que é pior, então tem muito jogo, é muito difícil lidar** [...] faz praticamente um ano que tem uma das equipes que **não tem enfermeira** [...] entrou um **médico novo que não quer fazer o papel** [...] aí vai ficando uma **sobrecarga muito grande** né? O papel junto aos pacientes é reconhecido, todo mundo vem procurar a psicóloga pra poder passar um caso, discutir um caso, mas é pra passar, não pra poder realmente ter um cuidado. Então, eu acho que a sensação que eu tô agora, eu tô apertada. **Um tempo atrás eu ia estar desesperada, agora eu tô sentindo apertada** [...] **teve um tempo que eu tava era adoecendo; eu cheguei a pensar em afastar por questões de estresse, de saúde mental mesmo, porque eu tava me sentindo muito sobrecarregada, sem perspectiva, uma dificuldade de lidar muito grande com, ali nas equipes. Não consegui dar conta da demanda que chegava até a mim [...] desesperador; eu chegava chorando** [...] eu não queria chegar, a hora que eu chegava, o povo olhava pra mim, perguntava, falava bom dia, eu saía correndo pra chorar. Chegava em casa, eu: “graças a Deus!”. **Não queria ir trabalhar, não queria chegar lá.** (P5)*

Esse discurso é mais uma comprovação da vigência do ideário neoliberal que fragiliza os vínculos, estimulando o individualismo e a competição, e intensifica a exploração da força de trabalho, sobrecarregando e, assim, adoecendo o trabalhador. Nota-se que uma das queixas dessa psicóloga relaciona-se a falta de organização e constância das chefias, que no contexto de uma área de abrangência com uma alta e complexa demanda para atender, sem muito suporte da equipe, gera sentimento de desamparo, de não ter a quem recorrer, acarretando pressão, ansiedade, angústia, solidão, dúvidas, confusão, insegurança e desgaste, como se descortina a seguir:

*[...] das três equipes, **nenhuma tá completa** [...] mas agora tem uma **gerência, antes não tinha**, e isso eu acho que ajudou um pouco, porque cada um queria mandar à sua maneira, chegava, combinava uma coisa, o outro falava outra; então **não tinha uma organização, como que eu poderia executar o meu trabalho? Cada equipe exigia que fosse atendido de uma maneira diferente** [...] eu não sabia como fazer e era uma situação muito delicada, mas aí eu consegui estruturar algumas, minimamente aquilo que chega até a mim, porque **eu não dou conta de toda a demanda necessária** [...] onde tem questões sociais muito grandes, a questão de saúde mental*

também é mais delicada né? Então, assim, ali é uma exigência muito grande; tem muitas áreas de assentamento, muitas áreas de invasão, onde o que acumula de problemas de saúde mental é muito grande. E eu não dou conta de assumir tudo que chega, então eu tive que limitar a quantidade, porque enquanto eu tava tentando abraçar tudo, eu tava adoecendo. E ainda não tinha essa habilidade da equipe, e ainda passando por todas essas transformações de gestão [...] se eu não tinha a quem recorrer na minha unidade, e nem na gestão, o que que eu fazia? A sensação de uma sobrecarga muito grande, e de estar sozinha pra dar conta de uma demanda gigantesca, tanto a nível da população, tanto a nível da exigência da equipe, das equipes, que reconhecem meu trabalho, porém não tinha suporte pra eu conseguir realizar [...] enquanto é só com a equipe, de alguma maneira é mais fácil, ou só com a gestão. Eu sei que juntou problemas de uma demanda muito alta, problemas de equipe e falta de suporte de uma gestão. Aí é onde que eu me senti sozinha no meio de um monte de coisa, apertadinha [...] nesse momento eu não tô com desespero, mas eu me sinto apertada pra dar conta de tudo. (P5)

Para minimizar seu sofrimento, na defesa contra as pressões e constrangimentos do trabalho, na luta do processo saúde-doença, a Participante 5 utilizou-se de uma estratégia: reduziu o número de vagas para atendimento, ou seja, a quantidade de pacientes atendidos, depois de ter entendido e aceitado que apresenta limites físicos e psíquicos e, por isso, não consegue abarcar toda a demanda que lhe é destinada, no contexto de trabalho neoliberal da AB que já foi discutido. Quando o trabalhador percebe seu limite e respeita, isso é um exemplo de saúde mental no trabalho. O trecho adiante é ilustrativo deste quadro:

[...] aprendi, coloquei na minha cabeça que eu não vou dar conta de tudo, aí eu faço aquilo que eu dou conta [...] diferente de outros momentos em que eu sempre precisava dar um jeito, agora eu tô tentando perceber que eu não dou conta de tudo, e limitei a chegada até a mim [...] porque não adianta eu me sobrecarregar, adoecer e amanhã eu posso nem estar mais exercendo a função que eu amo, porque eu amo meu trabalho. (P5)

Durante toda sua fala, essa trabalhadora expressa em lágrimas e em uma voz embargada sua emoção ao relembrar dessas dificuldades em seu trabalho. E, apesar de afirmar que hoje a situação em sua unidade já melhorou bastante e que sente paixão por sua profissão, ela ainda não sente alegria no seu trabalho, conforme pode ser verificado no desabafo abaixo:

Eu sou uma pessoa altamente emocionável. Nada que eu faço, eu faço sem paixão. Então, o que chegou a fazer eu emocionar eu não sei, exatamente, mas é porque eu vivo nessa intensidade. Tudo que eu faço é intenso ((risos)). E eu queria sentir essa alegria novamente. (P5)

Nesse momento, a Participante 1 interveio na conversa, opinando que o mal-estar da colega de profissão estava relacionado ao ambiente e às relações interpessoais de seu trabalho, que não lhe possibilitam valorização, respeito e reconhecimento profissional: “*É, mas eu acho que tem a ver com o lugar que ela está, a equipe que ela está, né? Eu acho que ela está num lugar aonde ela não é valorizada, não é respeitada, então acho que tem tudo isso. Muito diferente do lugar aonde eu estou, com a equipe que eu estou.*” Logo em seguida, a Participante 5 retrucou dizendo-se valorizada pela equipe, e reforçou que o problema maior de sua unidade de trabalho é a falta de coesão e cooperação entre as equipes, que dificulta e aumenta a carga de trabalho, como pode-se observar em sua explicação:

[...] mas individualmente, eu me sinto valorizada por profissionais. A dificuldade é que eu não tenho uma equipe coesa [...] eu tenho acesso maravilhoso com os médicos [...] porém, individual; é com um, com outro, com outro [...] com as enfermeiras em si, eu sempre tive um pouco mais de dificuldade; com alguns agentes; uma dificuldade muito grande na recepção; a equipe de odonto, algumas; então assim, tem alguns profissionais que facilita a vida demais [...] ficou muito eu como responsável de tudo, tudo que é saúde mental, não tem um compartilhamento [...] eu me sinto apertada de trabalho, apertada, sobrecarregada hoje. (P5)

A classe trabalhadora fragmentada, cada um realizando suas atividades isoladamente, é resultado da reestruturação produtiva que culminou no “novo capitalismo”, caracterizado pela precarização das relações de trabalho e pela falta de cooperação.

A Participante 6 primeiramente escreveu uma palavra, a qual ela riscou bastante a ponto de não ser possível identificar no papel-cartão e, em seguida, escreveu a palavra ‘pressionada’, porém optou por não comentar nada a respeito de sua anotação: “[...] eu escrevi **pressionada** [...] mas eu não vou comentar.” Ela parecia bem séria, emocionada, angustiada e com a voz embargada e, mesmo após alguma insistência para compartilhar seu sentimento com o grupo, ela se recusou. Também não quis revelar a primeira palavra escrita e nem o motivo de tê-la rabiscado. Esse comportamento de não se revelar para o grupo parece denunciar uma resistência inconsciente, seja por medo de alguma represália, ou por não estar suportando tanto sofrimento.

Assim que P6 expôs sua palavra, a Participante 7 riu e disse que escreveu o mesmo termo, associado à palavra ‘sozinha’: ‘sozinha e pressionada’. Ela explica tratar-se de uma pressão interna e de uma autocobrança que, ao longo de sua fala, desnuda a dificuldade no relacionamento entre os membros das equipes com as quais trabalha, em que as pessoas não

respeitam limites e regras para o atendimento psicológico, gerando-lhe expectativa ansiosa, pressão e sentimento de desamparo, conforme mostra o textual abaixo:

*[...] eu também escrevi **pressionada**. Quando você falou a primeira palavra que vier, na verdade, vieram duas palavras: me veio a palavra **sozinha e pressionada** [...] esse pressionada, eu sinto eu comigo mesma, até por me sentir sozinha né? No meu trabalho [...] essa pressão, ela é nas duas unidades. Uma eu tenho mais dificuldade que a outra. Mas assim, no acolhimento, por exemplo, **eu sinto a pressão de eu ter que resolver aquilo, tem um determinado já combinado, mas isso às vezes não é mantido** [...] quando eu chego, **eu vou com uma angústia**, penso como que vai tá amanhã. Não é assim, o bicho pegando, mas é **se eu vou conseguir desenvolver bem o trabalho naquela manhã**, entendeu? [...] a gente combina uma coisa, vamos supor, quatro acolhimentos e uma intercorrência né? Aí tem uma unidade que eu vou, eu fico com uma sensação de que é como se eles não entendessem [...] **não assimila o que a gente combina** [...] a recepção mesmo, administrativos [...] essa intercorrência, aí vai pessoa assim que nem passou pela equipe [...] são muitas coisas, né? **Muitos casos assim, isolados, que vai acumulando** e às vezes acaba tomando seu tempo; e aquele caso mais grave, assim, mais complexo, que você poderia tá indo lá fazer uma visita, vai ficando. Então, essa pressão que eu coloquei é minha mesmo. Aí eu fico com aquela pessoa e pensando: ‘- nossa, podia tá atendendo fulano, poderia tá indo lá.’ [...] **eu me cobrar de fazer as coisas naquele tempo**. (P7)*

Pelo relato acima, é possível perceber a culpabilização da trabalhadora frente a uma demanda que ela não consegue atender, individualizando o processo; a trabalhadora não entende que o desfecho final não é “culpa” ou responsabilidade dela, e sim de um processo como um todo, da forma como todo o trabalho é organizado. Nesse sentido, *denota risco para saúde mental, podendo levar a quadros depressivos*.

É possível confirmar o quanto a subjetividade está engajada no trabalho para além do tempo e do ambiente de trabalho, como é o caso dessa psicóloga que pensa nos problemas fora da unidade, antes mesmo de chegar a seu posto de trabalho. O trabalho invade a vida privada da trabalhadora. Também fica evidente seu sofrimento e desgaste mental relacionado ao trabalho, quando ela expressa sentimentos de angústia, medo, insegurança, frustração, solidão, raiva e sobrecarga, *o que caracteriza risco para saúde mental, podendo levar a fadiga e corrosão da subjetividade*.

Essa mesma trabalhadora segue justificando esse sentimento de pressão pela precariedade de condições e estrutura física, como falta de sala, de espaço adequado para realizar grupos – aspecto consonante com as entrevistas –, bem como pela falta de parceria e de apoio da equipe, que a faz se sentir realizando um trabalho solitário, como pode ser observado em sua fala:

[...] eu organizei um grupo pra atender as duas unidades [...] nenhuma das duas unidades tem lugar de fazer grupo, num tem uma sala, um espaço adequado [...] a gente tem um espaço fora das unidades, fica entre as duas unidades. Então nisso, assim, essa ação é muito solitária [...] os casos, quando eu atendo e eu avalio que vai pro grupo, eu fico ligando, eu chamo [...] não tem muito apoio de equipe, enfermagem, aí eu fico nesse lugar, assim, de tá fazendo uma coisa e pensando em outra, e isso eu chamei de pressão [...] eu não tô conseguindo tá inteira naquele momento. (P7)

Nota-se o desalento da trabalhadora, o sentimento de angústia e desamparo, traduzidos em pressão, na queixa de realizar um trabalho solitário, sem compreensão e apoio dos outros profissionais da equipe, o que também foi mencionado pelas entrevistadas desta pesquisa, além de estar presente nos resultados de vários outros estudos, como já retratado no capítulo 3.

Apesar da singularidade dos sentimentos de cada participante, é possível observar um aspecto que se repete em seus discursos, mostrando a presença de um padrão na relação com o trabalho, que gera sofrimento no psicólogo. No geral, o grupo apresentou sentimentos ambíguos: as psicólogas demonstram satisfação com a profissão em si, gostam do que faz, sentem-se úteis, porém, em termos de relacionamento interpessoal com a equipe, existe certo sofrimento quando não há integração e apoio dos outros profissionais e da gestão, como bem ressaltado pela Participante 5: *“[...] a profissão não pesa, mas pesa a relação que a gente tem a nível profissional, com os profissionais; de apoio que a gente deveria ter tanto em equipe, quanto dos gestores, de quem comanda; aí é onde que tá a maior parte do nosso sofrimento.”*

Desse modo, podemos dizer que a primeira atividade lúdica realizada no grupo focal revelou que *a forma como se configura as relações interpessoais no trabalho é geradora de sofrimento psíquico e desgaste mental do psicólogo de UBSF*. Em unidades onde o relacionamento entre os profissionais se baseia na cooperação, apoio, respeito e reconhecimento mútuo, o trabalho flui de modo mais leve, tranquilo e prazeroso. Por outro lado, as equipes que trabalham de forma isolada, competitiva, sem integração, parceria e respeito, tornam o trabalho fonte de sofrimento, *configurando risco de agravos à saúde mental do trabalhador*.

4.2.5.2 Satisfação e insatisfação no trabalho

“Não há satisfação maior do que aquela que sentimos quando proporcionamos alegria aos outros.” (Masaharu Taniguchi)

Considerando a teoria de Dejours de que o trabalho é tanto gerador de sofrimento quanto de prazer, na segunda atividade lúdica, as participantes foram instruídas a relatar suas satisfações e insatisfações no trabalho, a fim de obtermos os fatores presentes no trabalho dessas psicólogas que são nocivos à sua saúde, bem como aqueles que proporcionam autorrealização e emancipação.

São várias as queixas das participantes referentes ao trabalho, que lhes causam insatisfação. Mais uma vez, as relações interpessoais e a forma como elas se configuram no trabalho aparecem no discurso das psicólogas como critério para avaliar a presença ou ausência de sofrimento. O relacionamento conturbado, fundamentado na falta de comunicação, integração, parceria, cooperação, apoio e respeito entre os profissionais foi mencionado como motivo de insatisfação no trabalho, além da falta de supervisão e reuniões de equipe e do dimensionamento inadequado de profissionais, conforme citações que seguem:

*[...] **supervisão** na área de casos complexos que **a gente tem pouco** ou quase nada [...] eu tenho muito transtorno de personalidade nos dois PSFs, por isso que eu quase não tenho paciente em CAPS, porque eu não posso encaminhá-los para o CAPS [...] às vezes, **não tem um suporte secundário** [...] o que que eu faço com esse tipo de clientela? Para onde eu mando? Se eu mando para um CREAS ou para um CRAS, eles me devolvem e aí devolvem pro território; ou quando eu consigo alguma coisa, o paciente não consegue chegar a eles. (P2)*

[...] eu sinto falta de mais reuniões em saúde mental; acho que é uma perda grande, porque está associado diretamente com a figura do psicólogo, embora a gente conte mais com as equipes multi hoje com a equipe básica, mas eu sinto falta. (P3)

*[...] o relacionamento conturbado entre as equipes [...] falta de apoio [...] de uma **supervisão**, dos gestores que está sendo desmantelado. (P5)*

*[...] como eu fico oito horas, elas não respeitam nem o horário de almoço e aí eu tenho que colocar alguns limites né? [...] como eu fico na unidade, se **chegou paciente da saúde mental, eles me chamam** [...] mas eu não atendo! Estou no meu horário de almoço né?! [...] **apoio aos grupos**, não é porque é a minha responsabilidade que eu não preciso de apoio [...] **eu preciso de agente de saúde como colaboradora** [...] estou conseguindo aos pouquinhos levá-las ao grupo né? **Mas assim, são bem desanimadas** em algumas unidades; outras eu nem consegui fazer grupos até hoje. (P6)*

*[...] eu coloquei **falta de comunicação entre a equipe** [...] **ausência de reunião de equipe** em ambas as unidades [...] desde que eu entrei, não tem mesmo aquela reunião de equipe de quinta-feira [...] o **número de agentes de saúde né? Inferior ao que é necessário**, então isso também dificulta muito, tem umas ações que, às vezes, estão ficando a desejar. (P7)*

A operacionalização das tarefas do psicólogo na AB ocorrida de forma solitária, fragmentada, sem suporte da equipe e da gestão, como a relatada por essas psicólogas, intensifica a jornada de trabalho, aumentando o ritmo e a carga de trabalho, gerando sobrecarga, que provoca vivência de solidão, sentimento de desamparo, frustração, dúvidas, angústia, insegurança, sensação de perda de referência e desgaste mental.

Outra insatisfação bastante apontada pelas participantes do grupo refere-se ao ambiente e condições de trabalho, que são consideradas inapropriadas, precárias, sem estrutura adequada para a realização de suas atividades laborais. Nesse sentido, foram mencionados vários fatores, como falta de salas para atendimentos e as que existem são multiprofissionais, ou seja, não são apropriadas às peculiaridades de um atendimento psicológico, como a garantia de sigilo e da privacidade e de um mínimo de conforto para acolher os pacientes; falta de equipamentos como aparelho de som, datashow, computador, agulha, algodão, cotonete e até materiais de higiene básicos, tais como papel higiênico, desinfetante, saco de lixo; o espaço físico é pequeno (salas de aproximadamente 3 X 3 metros), às vezes não é limpo adequadamente, ficando com mau cheiro e mofo, o *que configura risco biológico de contaminação por fungos, bactérias e vírus, podendo levar a doenças respiratórias, dermatites e doenças infectocontagiosas*. Tais constrangimentos podem ser conferidos nos textuais a seguir:

*[...] minha maior insatisfação lá nas unidades que eu trabalho são coisas muito práticas, que é a questão do **espaço físico**, que é **péssimo** nas duas unidades [...] **nós não trabalhamos em um lugar favorável para as atividades** [...] não tem como da gente fazer uma oficina terapêutica, um lugar pra fazer um grupo [...] **nós não temos equipamento**, nós não temos **datashow**, nós não temos um **aparelho de som**; isso faz muita falta né? Porque o público, os pacientes, eles vão nas unidades para participar, então, às vezes, a gente não tem espaço físico pra acolher todo mundo [...] **são unidades pequenas e a população é grande** [...] **a falta de higiene e mau cheiro nas unidades**, isso incomoda muito! [...] mau cheiro vem da unidade, vem dos banheiros que não são limpos, vem da **falta de material de higiene** [...] **falta papel higiênico**, **falta desinfetante**, **falta saco de lixo**, então, isso é o meu maior problema, não concordo uma unidade de saúde sem higiene. Às vezes lá falta **agulha**, às vezes falta **algodão**, às vezes vai dar uma vacina numa criança, não tem um **cotonete**, então **falta muito material** [...] **eu fico indignada**. (P1)*

*[...] **equipamentos de trabalho ruins** todo mundo falou né? [...] **espaço para grupos inadequados**, em uma unidade não dá para fazer dança circular sem fazer em cima do capim, e no outro você faz o grupo no sol [...] a coisa tecnológica, os equipamentos, esse apoio técnico, ele vem a desejar. (P2)*

*[...] falta de equipamentos ((risos)), é muito complicado tanto pra gente trabalhar quanto pra equipe [...] nunca tem nada, às vezes tem dia que **não tem um papel para imprimir uma coisa, para escrever [...] não tem papel higiênico, não tem agulha, não tem as coisas! Isso é delicado né?** ((respira fundo)) [...] e também **falta de sala, falta de computador [...] você tem até interesse de realizar trabalhos, mas você não tem a condição para a realização do trabalho [...] você traça um plano e não consegue executar [...] quando vê não tem nada, não dá! A própria equipe desmantela.** (P5)*

*[...] falta equipamentos para trabalho em algumas unidades [...] você sai de manhã para o trabalho com aquela felicidade de poder ir ajudar o paciente que está agendado e você chegar lá e **não ter sala para você atender [...] diminui o profissionalismo** daquele que está lá para atender. E assim... 'não, você **fica na cozinha**; quando o laboratório liberar às nove horas, você **vai para o laboratório**' [...] se você quer ser um bom profissional [...] eu exijo um bom lugar para eu atender, porque eu faço um bom atendimento. (P6)*

*[...] o espaço inadequado para as atividades de grupo, **uma atividade que exija mais uma certa privacidade [...] a gente até idealiza, planeja uma ação, mas não consegue, porque quando você se depara com aquele espaço, ele não tem condição** e aí o espaço fora da unidade, às vezes, as pessoas não vão [...] em uma das unidades, **a sala de atendimento multiprofissional não tem computador**, então desde de janeiro, a gente está sem computador [...] teve uma reforma na unidade, a **sala** que ficou para o trabalhador multiprofissional, ela é toda **mofada [...] eu não consigo ficar dentro, porque eu tenho alergia né?** Então já trava tudo, eu já fico sufocada; então, o que eu fiz? Eu tenho atendido em uma sala de pré-consulta e **essa sala, ela é inadequada né? Ela não tem privacidade; do lado de fora ouve a conversa tudo que é falado lá dentro, sem falar que toda hora a gente é interrompido, que a técnica de enfermagem precisa pesar [...] eu espero quando ela tem que fazer o procedimento.** (P7)*

Todos esses relatos denunciam o desrespeito e a falta de reconhecimento do trabalho do psicólogo que muitas vezes precisa atender na cozinha, no laboratório, ou mesmo sobre o capim e sob o sol, a céu aberto. Trata-se de falhas no Sistema Único de Saúde aliadas à desvalorização da Psicologia, que *aumentam a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real*, quando elas mesmas falam da impossibilidade de desenvolver muitas atividades laborais desejadas e planejadas pela ausência de condições dignas de trabalho.

Dessa forma, é possível concluir que a precariedade do ambiente e condições de trabalho, como estrutura física inadequada e falta de recursos materiais, mencionadas também pelas entrevistadas desta pesquisa, interferem no desempenho e na saúde dos trabalhadores, gerando – além dos riscos biológicos já descritos – *riscos para saúde mental*, na medida em que desencadeiam sentimentos de insatisfação, frustração, indignação, humilhação, tristeza, desamparo, impotência, desconforto, exigindo, assim, mais esforço físico e mental para lidar com essa realidade, *gerando sofrimento e desgaste mental*.

Além disso, o trabalhador não tem sua segurança física garantida quando, por exemplo, precisa fazer visitas domiciliares em casa de pessoas consideradas perigosas, uma vez que não há agente de segurança que o acompanhe, como pode ser verificado no trecho abaixo:

*[...] uma visita que eu fui fazer agora quinta-feira com a assistente social, a gente pediu para uma ACS estar junto com a gente e na hora que a gente chegou na casa, ela virou assim: 'Vai entrar nessa casa? **Essa casa nunca foi visitada! É gente perigosa que mora aqui**' ((risos)) [...] ela ficou do lado de fora ((risos de todos)). (P5)*

Outra participante relata que as unidades de saúde em que trabalha estão localizadas numa região perigosa, em que há muitos usuários de drogas, tendo inclusive já presenciado brigas entre eles, sendo que os dois estavam armados com faca e facão, conforme sua fala abaixo:

*[...] eu acho a **segurança inadequada** também... **já tive alguns episódios bem complicados nas unidades em que estou agora** [...] por exemplo, ontem eu estava indo para a unidade e tem uma **região que é só de usuário lá, é todo um quarteirão, e eles estavam brigando e uma pessoa estava com o facão e outro com uma pequena faca** [...] não tem nem como eu fazer uma visita naquele prédio [...] **não tive coragem**, fingi que não vi e que não fiquei sabendo, porque realmente **eu não me senti segura**, apesar de **me sentir incomodada**, que eu deveria fazer uma visita naquele quarteirão, mas eu e a técnica de enfermagem, não achei seguro não. (P2)*

Desse modo, trata-se de um trabalho em que o psicólogo está suscetível a *risco de acidente por violência física* por parte dos pacientes, sem nenhum agente de segurança que possa fazer sua proteção. Na fala de P2 acima, é possível notar que, no intuito de se resguardar de uma situação de risco, ela utilizou a fuga como estratégia defensiva, fingindo-se de desentendida para não se envolver e se expor ainda mais. O trabalho perigoso também expõe o psicólogo a *riscos para saúde mental*, com sentimentos de medo, preocupação, insegurança, incômodo, desproteção, desamparo, impotência e sofrimento no trabalho.

Somada à falta de estrutura física e de segurança adequadas, o psicólogo da AB precisa ainda lidar com altas demandas e variedade de atividades que muitas vezes o sobrecarrega e dificulta a continuidade de suas ações e serviços, fragmentando o trabalho e acarretando-lhe sentimentos de frustração, impotência, além de cansaço e insatisfação, como relatado por algumas participantes:

*[...] o **excesso de demandas diversificadas** que requerem o tempo e organização e que por serem bem distintas e **inesperadas**, na maioria das vezes, não são desenvolvidas de forma contínua, ficando interrompidas e gerando manutenção dos problemas [...] é o excesso, a diversidade e a **não continuidade** [...] e aí **fica aquela sensação de que as coisas estão sempre incompletas** [...] que seja, as ações em grupo, projetos, ações; **você inicia, você pensa, elabora, na hora que a coisa começa, vem outra coisa te atropela e você não dá continuidade naquilo**. Aí vem outra coisa... vai lá, pensa... você não dá continuidade naquilo [...] então, essa interrupção o tempo todo ela é muito ruim. (P4)*

*[...] a **demanda não pára**, tem uma coisa agora, tem outra coisa aquilo, e **você não vê continuidade de nada e isso me desestrutura bastante**; então essa **sobrecarga de demanda, de responsabilidade sem ter condições de fazer um acompanhamento de verdade, adequado daquilo que já te chegou**. (P5)*

[...] a demanda é exagerada. (P6)

De fato, essa forma de organização do trabalho com produção vinculada à demanda e ritmo acelerado de produção, aumenta a carga de trabalho, gerando sobrecarga manifestada em fadiga, cansaço, tensão, ansiedade, expectativa ansiosa, favorecendo, assim, o sofrimento patológico e o adoecimento do trabalhador psicólogo.

Por fim, a carga horária alta também foi citada como motivo de insatisfação. Duas integrantes do grupo queixaram-se de descontentamento em trabalhar 8 horas diárias, uma vez que consideram desgastante e comprometedor da vida pessoal, e solicitaram, sem sucesso, a redução para menos horas de trabalho, conforme relatos que seguem:

*[...] coloquei **carga horária**, no meu caso, é algo que me atrapalha muito né? Na minha vida pessoal; **já tentei reduzir várias vezes** [...] porque a minha carga horária é de sete horas e doze minutos por dia, então **eu fico oito horas** com o horário de almoço, oito horas e doze minutos [...] **não acho bacana**. (P3)*

*[...] Compartilho com ela (P3) a mesma **insatisfação na carga horária**, já tem um tempo [...] **oito horas**; enquanto que ela trabalha em um lugar só, eu trabalho **em três né? Vários dias na semana** [...] a semana passada eu cheguei lá e eles **disseram que estavam algumas carteiras na mesa do gabinete do secretário para ser assinada**, que não sabe quando que vai ser assinadas, e estava só um pouco [...] **a previsão de dois meses**. (P6)*

Faz parte da lógica de terceirização e precarização do trabalho ter um número reduzido de trabalhadores com maior carga horária e menor salário, no intuito de elevar a produtividade com menor custo, a fim de obter mais lucro. Provavelmente, esse é o motivo da chefia das OSs para negar ou mesmo adiar os pedidos de redução de carga horária.

Lembrando que algumas das entrevistadas também ressaltaram o desejo de ter uma carga horária menor de trabalho, já que o cuidado a pacientes de saúde mental exige mais energia e esforço mental. Enquanto isso não acontece, as psicólogas seguem trabalhando insatisfeitas, cansadas, frustradas e, portanto, sob maior risco de adoecimento.

No mais, outras insatisfações foram anotadas nos papéis-cartão e não foram verbalizadas pelas psicólogas, tais como: sistema de rede (prontuário eletrônico) indisponível, atrasando ou mesmo impossibilitando o registro dos procedimentos realizados no dia de trabalho; inadequação de alguns funcionários da unidade, que muitas vezes não têm perfil para trabalhar na saúde pública; o baixo salário, denunciando a desvalorização da categoria profissional; as decisões não discutidas antecipadamente, típico de uma gestão autoritária, hierárquica e impositiva; reuniões demoradas, muitas vezes cansativas, pouco objetivas e sem resolutividade; falta de impressora, que se trata de mais um recurso material normalmente indisponível ao trabalho do psicólogo. De certa forma, nenhuma dessas queixas é novidade diante de tudo que já fora exposto até então pelas psicólogas nas entrevistas desta pesquisa.

Apesar de citarem tantos aspectos de seu trabalho que geram insatisfação, as participantes mencionaram também fatores que resultam em satisfação. Novamente, as relações entre os profissionais da equipe fazem parte do discurso das psicólogas, mas agora com outro foco – um sentido positivo, construtivo e enaltecido por aquelas que têm a oportunidade de trabalhar com uma equipe que mantém um relacionamento afetivo, de cooperação e reconhecimento, portanto, mais saudável, conforme enfatizado adiante:

*[...] a maior **satisfação** nesse momento que eu sinto é de estar em uma equipe do NASF, especificamente nas duas unidades. Eu **trabalho com pessoas que eu gosto, que eu confio**, a assistente social e a fisioterapeuta. Eu confio demais nelas e eu sei que elas confiam também no meu trabalho. Isso é importante, **eu trabalho muito com a assistente social em grupo**, e ela vai montando os grupos, eu me organizo para estar nos grupos e isso esse ano tem funcionado muito bem, então isso me dá uma satisfação enorme porque **eu sinto que eu tenho um feedback positivo delas e da população** e eu fico muito à vontade quando **eu posso escolher o tema que eu vou discutir, falar no grupo** lá com as mulheres que eu faço. E eu faço também o grupo junto com uma oficina de artesanato com as ACSs, que também é muito rico pra mim, sabe? Isso é um ponto muito positivo, acho que **a gente tem uma certa autonomia que é importante**, sabe? (P1)*

*[...] eu gosto das equipes onde eu estou, eu gosto do apoio da equipe NASF, principalmente, da assistente social e da nutricionista; é muito legal ter a fisioterapeuta [...] **temos a troca de ideias com elas**. O trabalho é mais organizado hoje em dia [...] **já estão começando a entender onde é que eu fico**, o que é para mim mesmo... não me mandam mais umas coisas que não tem nada a ver com a minha área. (P2)*

[...] do que eu mais gosto é da dinâmica da equipe para a solução de problemas, então eu achei muito ágil para poder resolver as questões. Os grupos da unidade têm funcionado muito mais com a equipe do NASF, mas a equipe básica tem conseguido fazer alguns também. (P3)

[...] o que me gera satisfação é verificar que, em alguns territórios e equipes, o trabalho é integrado e há o reconhecimento da psicologia. Eu vejo que tem alguns territórios que isso é possível de acontecer, então, isso me traz uma esperança né? Que é possível, não é uma coisa assim, difícil. (P4)

[...] tem uma médica assim que é muito bacana, a gente consegue fazer discussão de casos, ela chama para o atendimento quando ela está atendendo, a gente faz muito atendimento compartilhado [...] quando eu estou lá nessa unidade, eu fico até mais tranquila, porque flui um pouco melhor. (P7)

O trabalho implica a relação como o outro, com o coletivo. Quando o relacionamento no trabalho é coeso, democrático, confiável, respeitando a autonomia e papel de cada profissional e possibilitando a cooperação e o reconhecimento, há uma melhor fluência e maior resolutividade no serviço prestado, favorecendo sentimentos de satisfação, alegria, motivação e tranquilidade. O que essas psicólogas descreveram foi uma organização do trabalho mais flexível, que considera o desejo do trabalhador, elevando sua autoestima e a sensação de prazer relacionado ao trabalho.

Similarmente aos dados encontrados nas entrevistas, outro motivo de satisfação no trabalho apontado por muitas psicólogas do grupo é a ligação afetiva com o trabalho, a identificação, autorrealização e o reconhecimento que o ofício de psicólogo lhes proporciona, resultante da oportunidade de ajudar os pacientes e fazer a diferença na vida de alguém, gerando o sentimento de ser útil, gratidão, prazer e felicidade, como relatado por elas:

[...] o contato com os pacientes no bairro, eu acho bem interessante; eu acho uma região boa de trabalhar, eu gosto bastante. Ou seja, a coisa humana lá dá muito certo né? (P2)

[...] na nossa profissão, a gente se sente útil; eu tenho uma realização profissional de tá trabalhando com aquilo que eu gosto e acredito, então, se eu não acreditasse, eu não era psicóloga [...] essa sensação de fazer a diferença, por mais que esteja difícil, eu vejo que eu faço diferença tanto nas equipes quanto em todos os lugares que eu estou, junto com os pacientes [...] às vezes na hora de um diagnóstico, do tratamento, em um prognóstico, em uma discussão de caso e um trabalho, eu vejo, por mais dificuldade que esteja, eu vejo que eu faço diferença, então isso me traz satisfação. (P5)

[...] a satisfação é total! Eu saio para trabalhar e esqueço todos os problemas da minha casa, da minha vida, então assim, eu amo o que eu

faço, me entrego totalmente! A minha realização total quando eu vejo a evolução de um caso, quando vejo um paciente retornar para a vida útil dele, então, não tem gratidão maior do que ver que a profissão é realizada quando a gente vê o retorno do bem-estar do paciente. Vale tudo! O sorriso do paciente, a gratidão dele... muito bom! (P6)

Ademais, as psicólogas mencionaram satisfação e prazer em participar das práticas integrativas, por meio das quais elas conseguem fazer acompanhamento, reavaliações, entre outros benefícios aos pacientes, conforme trechos a seguir:

[...] achei interessante a chegada das PICS no território. (P2)

[...] e a PICS mesmo do território [...] realmente tem muitos ganhos né? (P3)

[...] outra coisa que me traz satisfação, assim, a pouco tempo, é as práticas; através das práticas integrativas, principalmente as danças de salão ((risos)) dança circular! É uma forma, assim, que eu estou vendo de vários pacientes, que são casos mais leves, deles estarem em acompanhamento; é uma forma de eu estar reavaliando; então é uma coisa que está dando certo [...] tá bem integrado sabe? Então, é uma coisa, assim, que eu sinto muito prazer em fazer [...] é bem bacana! (P7)

Provavelmente o prazer em fazer parte das PICS está associado à oportunidade de realizar atividades em grupo que abrangem o aspecto *psi* e, por isso, aproxima o psicólogo do que é realmente seu papel enquanto profissional da saúde mental, possibilitando a apropriação do saber-fazer e o engajamento de sua subjetividade.

Nas anotações dos papéis-cartão, foram identificadas outras satisfações com relação ao trabalho que não foram explanadas pelas participantes, tais como a participação em tutorias psiquiátricas e em consultas compartilhadas; a discussão de casos clínicos com a equipe, considerada enriquecedora; a recepção no início do dia (bom dia!); a organização da unidade; a troca de experiência com alguns colegas da mesma área/campo de saber; as visitas bem sucedidas.

Para finalizar a segunda atividade lúdica, diante de algumas satisfações e tantas insatisfações, foi perguntado ao grupo se é possível afirmar a existência de sofrimento relacionado ao trabalho e todas respondem simultaneamente que *sim* e ressaltam tratar-se de um sofrimento psíquico: “Teeem!” (todas as participantes); “É mais psíquico.” (P5). Desse modo, parece predominar o sofrimento psíquico do trabalhador psicólogo da AB, fruto de como está organizado o trabalho.

É possível concluir que a insatisfação se refere ao ambiente e condições de trabalho precárias, em especial, à falta de salas adequadas para atendimento psicológico, bem como de recurso materiais, somadas à organização do trabalho caracterizada por alta demanda e ritmo acelerado de produção; e a satisfação está relacionada à realização de um bom atendimento, à possibilidade de acompanhar a evolução de um caso, ao amor e prazer pela profissão, ao sentimento de ser útil.

O relacionamento interpessoal aparece tanto como fator de satisfação como de insatisfação, de forma que as psicólogas que trabalham em uma equipe integrada, cooperativa e capacitada demonstram mais prazer e satisfação no trabalho; já as que fazem parte de equipes que trabalham de forma isolada, fragmentada, sem parceria, respeito, valorização e reconhecimento, vivenciam insatisfação e mal-estar no trabalho. No Quadro 2 adiante, é possível visualizar uma síntese dos principais aspectos que geram satisfação e insatisfação no trabalho, mencionados pelas participantes do grupo, onde fica evidente a predominância de fatores insatisfatórios.

Quadro 2 – Uberlândia: satisfação e insatisfação no trabalho do psicólogo da AB, 2018

Satisfação	Insatisfação
Relacionamentos interpessoais – Relações coesas, democráticas, confiáveis, com existência de respeito, reconhecimento, cooperação, autonomia.	Relacionamentos interpessoais – Falta de integração, comunicação, cooperação, apoio, respeito.
Autorrealização profissional – Sentimento de ser útil, reconhecimento, gratidão.	Ambiente e condições de trabalho – Estrutura física inadequada e precária e falta de recursos materiais.
PICS – Participação em atividades grupais e da área <i>psi</i> .	Segurança – Ausência de proteção à integridade do trabalhador.
	Demanda e atividades – Excesso de demanda e diversidade de atividades.
	Carga horária – Jornada de trabalho extensa e tentativas fracassadas de redução da carga horária.

Fonte: As autoras.

4.2.5.3 Desejo de mudança

*“A mudança é o processo gerado pela necessidade de adaptação.”
(Laercio Legon)*

Diante das queixas e do sofrimento manifestados pelo grupo nas duas primeiras atividades, na terceira atividade, foi hipotetizada a entrada de uma “fada madrinha” na sala com o poder de realizar mudanças necessárias e desejadas pelas participantes para que o trabalho dos psicólogos na atenção básica pudesse ser melhor, um pouco mais reconhecido e valorizado. Quando foi solicitado às participantes que discutissem e decidissem juntas quais mudanças elas gostariam que ocorressem em seu trabalho, a princípio citaram o desejo de mudança da gestão, conforme mostra o seguinte diálogo:

- A gestão! ((risos das participantes)). Gente, eu mudaria a gestão toda! (P1)

- Eu também mudaria! (P3)

- Não é? Não é isso que a gente precisa mais?! (P1)

- Precisaria dessa mudança. (P5)

Tanto nos relatos das entrevistadas quanto no discurso do grupo fica evidente a insatisfação com a forma autoritária, impositiva e hierárquica com que a saúde pública tem sido gerida no município. Essa gestão tem sido responsabilizada por supervalorizar a produção vinculada à demanda e o melhor aproveitamento do tempo de produção, bem como desconsiderar a subjetividade do trabalhador, automatizando o trabalho e tornando-o muitas vezes fonte de sofrimento. Como mostra Gaulejac (2007, p. 38):

O poder gerencialista mobiliza a psique sobre objetivos de produção. Ele põe em ação um conjunto de técnicas que captam os desejos e as angústias para pô-los a serviço da empresa². Ele transforma a energia libidinal em força de trabalho. Ele encerra os indivíduos em um sistema paradoxal que os leva a uma submissão livremente consentida.

Dessa forma, o poder gerencialista, segundo o autor, funciona como um “sistema de solicitação” que fomenta um comportamento reativo e flexível capaz de pôr em prática o projeto da empresa (OS).

² Leia-se OS

Outra questão levantada foi a importância e necessidade de união e de fortalecimento da categoria profissional, facilitados quando se tem o apoio e a fiscalização do CRP e suporte da coordenação de saúde mental, como ocorre em outras categorias citadas pelas participantes, como é o caso dos nutricionistas e dos fisioterapeutas, conforme verifica-se no diálogo a seguir:

- A gente deveria unificar os nossos pensamentos, porque se a gente unificasse os nossos pensamentos pelo que a gente quisesse, aí não importaria qual fosse a gestão; a gente teria força! [...] na nossa reunião no NASF, a nutricionista falou sobre a reunião deles [...] eu percebi uma união diferenciada entre elas. Então, se a gente reforçar essa união de pensamento entre nós, eu acho que seria mais produtivo [...] é porque isso passa um pouco mais de segurança para o profissional lá no campo. É como se ele tivesse um apoio né? [...] tá gerando um mal-estar nela, porque ela está percebendo que ela está sem chão, ela está sem um suporte. (P6)

- Concordo [...] eu acho que a gente fica com essa ((respira fundo)), com essa sensação dessa falta de apoio; se a gente não tem o apoio da equipe [...] não tem uma categoria forte. (P5)

- Eu penso que tem que convidar o representante mesmo, como os fisioterapeutas fizeram, os nutricionistas [...] eu acho estranho eles não nos auxiliarem no trabalho do SUS, público, porque eles são bastante exigentes. (P2)

- Aí é de conselho de classe né? para nos instruir. (P4)

- [...] eu percebi que a gente perdeu muito esse espaço depois que acabou aquela capacitação que a gente tinha [...] aquele espaço dava força para a gente, nos fortalecia enquanto profissionais da saúde mental [...] porque estávamos ali reunidos, a gente não se sentia tão desamparados. (P6)

As psicólogas percebem sua própria classe profissional como enfraquecida, desunida, sem propósitos em comum e, por isso, manifestam o desejo de se fortalecer enquanto categoria profissional. Além disso, não se sentem asseguradas pelo Conselho de Psicologia nem auxiliadas e apoiadas pela coordenação, que apenas cobra o cumprimento de metas. Com isso, vivenciam sofrimento, desamparo, solidão, insegurança, confusão, o que se configura como fator de desgaste mental.

Por fim, elas expressam a necessidade de que seja construído um protocolo que regularize e unifique o atendimento do psicólogo na AB, contando que as coordenações de todas as unidades e todos os outros profissionais da equipe tenham acesso e conhecimento sobre este protocolo e que, de preferência, respeitem seu cumprimento. Os textuais abaixo demonstram esse desejo das trabalhadoras:

– [...] a coordenadora da nutrição ela coloca as notas [...] encaminhou um e-mail para todas as unidades informando como que seria o atendimento da nutricionista né? como se fosse uma regulamentação [...] fala que **quer padronizar o acolhimento, faltou, eu acho, é escrever isso, e isso ser mandado por escrito** [...] Aí entra naquilo que a P4 falou: começa uma coisa e não conclui [...] Aí entra o que a P6 falou: nos fortalecer para não deixar que isso, que nem chegou a ser construído – o protocolo – não se perca né? [...] a fisioterapia tá enfrentando, eles estão colocando o parecer deles. (P7)

– Essa regulamentação foi aquela reunião que a gente teve [...] que eu falei que sentia falta [...] eu acho que a gente sente muito isso. É muito individual, muito individual [...] pode até ser padronizado, mas não tem um protocolo ((as outras participantes concordam)). É isso que falta! [...] a gente discute entre a gente, e a gente chega e passa para a coordenação[...] **a gente tenta padronizar, mas nós não temos um protocolo, algo por trás para nos respaldar [...] sinto a falta desse respaldo e com essa gestão desmantelando ainda mais [...] o nosso movimento, aí ficou mais difícil.** (P5)

– Então **essa fada madrinha poderia chegar fazendo um protocolo para oferecer para as enfermeiras, que serão cada vez mais nossas coordenadoras.** (P2)

A intenção é que os profissionais das outras áreas de saber compreendam o papel e o lugar do psicólogo na equipe e que haja mais consistência no seu trabalho, independente da unidade na qual ele trabalha ou do coordenador/gerente que ele tem. De fato, têm coordenadores que exigem mais atendimentos em grupos, visitas domiciliares; outros que consideram apenas o atendimento individual como a única prova de que o psicólogo de sua unidade está trabalhando; e ainda têm outros profissionais da equipe que nem sabem o que realmente faz um psicólogo da AB e, por isso, exigem dele tarefas que não são de sua função.

No cartaz, as psicólogas escreveram como desejos de mudanças os seguintes itens: mudança de gestão; uma gestão participativa; educação permanente para os profissionais das distintas áreas de saber; organizar uma proposta de ações para a psicologia na ABS integrada ao NASF; fortalecer o conselho de classe para nos respaldar no campo de trabalho; salários melhores; elaboração de um protocolo unificado, padronizado de atendimento e trabalho do psicólogo no SUS, especificamente de saúde mental, considerando particularidades, com respaldo e fiscalização do CRP; fortalecimento dos profissionais psicólogos; unificação dos pensamentos e ações da categoria; respeito pelo profissional oferecendo um local adequado para o trabalho; mais comprometimento das coordenações de PSF no trabalho da saúde mental.

A análise das discussões ocorridas no grupo mostrou que as participantes gostariam de ter uma gestão mais democrática, que considere as necessidades e desejos do psicólogo, e

reconheça, valorize e respeite seu trabalho; além de mais união, força e apoio entre a categoria profissional, com respaldo e suporte do CRP e da coordenação de saúde mental; e um protocolo que padronize a forma de atendimento do psicólogo na AB, resguardando algumas particularidades, que outros profissionais da saúde tenham realmente acesso e respeito pelo seu cumprimento.

Ao encerrar as atividades, agradecendo a presença e a colaboração de todas as participantes, e ainda ressaltando a finalidade de que essa pesquisa contribua de alguma forma para o trabalho e a categoria dos psicólogos, a Participante 4 se manifestou: “[...] *ela realizou empatia com a gente né? [...] nós conversamos e também foi um momento que me fez organizar algumas ideias, até perceber o que eu estava sentindo [...] a pesquisa já tem um retorno, não é só quando ela ficar pronta e escrita.*” Isso mostra um tipo de intervenção importante.

Após o encerramento, ocorreu um diálogo interessante entre duas participantes, a respeito da decisão da gestão de reduzir o número de reuniões da equipe de psicólogos, a fim de enfraquecer a categoria profissional e aumentar a produtividade, conforme colóquio a seguir:

– [...] *divide as reuniões por PSF aí, estando na unidade, a gente começa a assumir outras demandas.* (P7)

– *Mas é justamente isso o intuito deles: diminuir a nossa comunicação [...] depois veio uma ordem: ‘É para separar! É para diminuir!’ [...] Sabe por quê? Não pode tirar todo mundo duas terças-feiras no mês e mais as do CAPS [...] então, fica duas na semana [...] eles queriam tirar tudo de uma vez! E ainda ficou duas! E vamos aguardar, por enquanto, porque a tendência é que não tenha mais essas reuniões. Eu acho que eles estão aguardando só a licitação mesmo e definir – a SPDM vai ficar com qual estrutura; a maçonaria, com a outra.* (P4)

Novamente, é possível confirmar a predominância da ideologia gerencialista, preocupada com o desempenho e rentabilidade dos trabalhadores, que precisam apresentar resultados imediatos, à custa de sua submissão livremente consentida expressa nas jornadas intensas, nos ritmos acelerados, além de anulação dos espaços democráticos de fala e corrosão da subjetividade. Trata-se de um modelo de gestão gerencialista e autocrático que promove o sofrimento e adoecimento dos psicólogos da AB. Diante de tantos desafios colocados à prática profissional do psicólogo na saúde pública, faz-se necessário uma constante reflexão de modo a encontrar meios para lidar com as condições de trabalho, por vezes adversas e, desse modo, sustentar o trabalho no SUS.

Frente aos problemas identificados no processo e organização do trabalho, assim como aos riscos de agravos à saúde, em especial, o sofrimento psíquico e desgaste mental decorrentes destas dificuldades e falhas, as psicólogas entrevistadas também sugeriram diversas mudanças necessárias à melhoria do contexto do trabalho (ambiente, condições e organização do trabalho) e, conseqüentemente, do serviço prestado. Uma das mudanças almejadas por essas trabalhadoras refere-se à jornada de trabalho. Nesse sentido, elas mencionam o desejo de reduzir a carga horária, de preferência para 4 horas diárias, e ter apenas um vínculo empregatício, como pode-se verificar nas citações adiante:

*[...] meus horários pra eu não ter que voltar aqui à noite; eu acho que tá muito puxado assim, é uma escolha minha, mas eu acho que a **minha carga horária está muito grande, cansativo** [...] de eu não ter horário de almoço, de eu não poder ir tipo num banco sabe? Eu não tenho horário pra nada, então eu acho muito puxado [...] **eu tô em processo judicial pra reduzir minha carga horária pra quatro horas**; se eu ganhar, eu trabalho quatro e quatro, e fica mais tranquilo. (Hebe)*

*[...] **menos hora de trabalho** ((risos)), do restante eu acho que são variáveis que são possíveis de contornar, de administrar [...] eu gostaria de ter um horário de almoço com mais tranquilidade, de **trabalhar apenas um turno na saúde**, pra poder fazer atividade física, pra poder fazer meu horário de almoço com calma, pra poder ler tudo que eu tenho pra ler, que eu quero ler, pra poder estar mais com meu filho, e além de ser dez horas-dia, são dez horas intensas né? Muitas pessoas trabalham oito horas, trabalham dez horas, mas estar no atendimento de transtorno mental na Atenção Primária, CAPS, dez horas é muito desgastante né? Então, isso vai sugando né? [...] eu penso que **se eu trabalhasse só quatro horas aqui, isso não impactaria na minha vida**, eu sairia daqui e teria os meus momentos de descansos, de lazer. (Atena)*

*[...] nossa é tanta coisa ((risos)) se eu pudesse mudar, eu **colocaria quatro horas diárias** para os profissionais de saúde [...] porque eu acho que quatro horas é um tanto bom ((risos)). (Elpis)*

Em seus relatos, as entrevistadas mencionam uma carga horária elevada, cansativa, exaustiva, que atrapalha realizar outras atividades de vida diária, de lazer e suas relações familiares, causando cansaço, desconforto, insatisfação e tensões constantes. De fato, jornadas de trabalho prolongadas resultam em prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores, como enfatiza Dejours (1992).

Uma das entrevistadas ressalta sua vontade de que a carga horária de trabalho do psicólogo fosse utilizada apenas para atender as demandas de saúde mental, sem precisar, assim, ocupar e gastar tanto tempo com demandas de outras áreas (social, educacional) que não lhe compete cuidar, como mostra o relato adiante:

*[...] se tivesse no meu poder né? Acho que ia pôr mais limitação mesmo no que que seria o trabalho do psicólogo [...] rever muitos casos que, às vezes, é de uma área educacional, numa área social, que isso fosse melhor filtrado, ia aliviar muito [...] **atender uma demanda que é sua mesmo, que é de Saúde Mental mesmo**; acho que essa autonomia eu queria ter [...] a demanda adequada seria pessoas com questões emocionais mesmo, com conflitos emocionais, questões psicológicas mesmo e, às vezes, **você perde tempo com coisas que não são suas**, mas você tem que ir ver; são questões sociais, questões escolares e isso a gente vai abarcando, abarcando; mas se eu tivesse que escolher né? Seria uma demanda específica, seria da área mesmo. (Gaia)*

Outra mudança desejada pelas psicólogas da AB diz respeito ao ambiente e condições de trabalho, em especial, a estrutura física, como ter direito a salas apropriadas para atendimento, com espaço seguro e adequado, que garanta o sigilo, com ventilação e iluminação adequadas, recursos materiais (brinquedos, computador), que possibilitem um melhor acolhimento aos pacientes e, assim, um melhor desempenho no trabalho, amenizando também o sofrimento que advém das condições precárias de trabalho. Tais desejos podem ser observados nos trechos a seguir:

*[...] eu mudaria a estrutura, eu acho que psicólogo tem que ter **sala** sim; eu sei que a gente foi mudando, mudando e vindo essas determinações que o psicólogo tem que tá ouvindo as pessoas na comunidade, essa coisa da psicologia social que o NASF traz hoje e do matriciamento, mas eu acho que a gente tem que fazer isso em **ambiente que protege o sigilo**, eu acho que o sigilo é pouco protegido [...] eu ia querer ter um **computador** que funcionasse na maior parte do tempo pra eu fazer os registros, pra que eu não atrasasse né? [...] eu acho que a gente tem que ter **segurança**. (Métis)*

*[...] da **estrutura física**, eu acho que a gente tinha que ter um **lugar maior**, precisava de materiais principalmente pras crianças, ter **materiais pra gente trabalhar a questão lúdica com a criança** que hoje a gente não tem nada, nada mesmo [...] lápis de cor, brinquedos lúdicos né? Pra família, alguns joguinhos, massinhas, livros né? **Espaço pra atender os pacientes**. (Eris)*

*[...] eu ia pedir uma estrutura, um local mais adequado de atendimento, uma garantia minimamente de atendimento, e já ia descansar bastante; **materiais adequados** pra fazer os atendimentos, basicamente, você ter uma garantia de um local pra atender [...] minimamente você precisa saber que você vai chegar num local, cê vai ter aquela sala que é sua [...] aquela **sala de atendimento sem interrupção, com clima adequado ali, ventilação, sem ruído, com garantia de sigilo**; isso já seria um bom andamento [...] um local favorável, minimamente favorável né? Um espaço, uma estrutura, os objetos ali necessários pra isso. (Gaia)*

A organização do trabalho, aliada à configuração do ambiente e condições precárias de trabalho, geram o sofrimento e desgaste. Por isso, é esperado que as psicólogas apresentem

anseios de melhoras nesse sentido, de forma a ter mais dignidade no exercício de suas atividades laborais.

As entrevistadas apontam também a necessidade de adequação do número de profissionais na Rede, e que esses profissionais possam ter melhores salários, supervisões e capacitações regulares, conforme textuais abaixo:

*[...] eu acho que sempre vai ficar um pouquinho de demanda reprimida, mas eu acho que tinha que ter o **número de profissionais** compatível com o tamanho da população. (Métis)*

*[...] gostaria muito que a gente tivesse uma **supervisão** pra os casos que a gente tem dificuldade [...] a gente já contou uma vez com uma pessoa que foi muito boa, na questão da infância, mas infelizmente o que é bom acaba. (Eris)*

*[...] ter **maior salário** ((risos)). (Atena)*

*[...] o **salário** eu acho que deveria ser **melhor**, mais bem reconhecido [...] eu acho que **deveria ter capacitação permanente**, capacitação mais regulares; tem que dar um suporte e capacitação pra esse profissional. (Elpis)*

Além disso, questões gerenciais, administrativas e políticas também estão no foco das psicólogas que almejam por mudanças. Nesse aspecto, demonstram vontade de que as chefias estejam mais próximas para dar um melhor suporte e apoio, mas que fosse uma presença mais democrática, uma negociação compartilhada e não hierárquica e imposta; e que tudo que estivesse funcionando bem pudesse ser mantido, não fosse alterado apenas por interesses políticos. Afinal, uma gestão autoritária e instável desconsidera a subjetividade do trabalhador e desconstrói o serviço, prejudicando tanto os trabalhadores quanto os pacientes, conforme relatado pelas entrevistadas:

*[...] é uma pena que o gestor não possa aproveitar o que foi bom do outro e manter, porque é uma desconstrução [...] por que que não aproveita o que foi bom daquela gestão? Então, começa-se de novo e derruba-se algo que já estava constituído, que **podia seguir**; então, parece que a gente tá sempre começando, começando [...] se perde aquela estrutura que tava montada [...] se desmonta tudo né? E aí um outro tipo de coordenador começa tudo de novo e eu acho que a população que padece. (Métis)*

*[...] eu acho que a **coordenação poderia estar mais presente nessas mudanças** todas que pra mim tá ficando meio falho né? A gente perdeu o **suporte**, o apoio que a gente tinha. (Eris)*

*[...] que as decisões fossem tomadas assim como preconiza o SUS, da comunidade com a unidade de saúde, dos profissionais com a equipe, **que fosse todo mundo ali pra chegar na questão [...] que a gestão pudesse***

minimamente ouvir realmente e entender quais são as dificuldades dos profissionais e da comunidade, que muitas vezes eles pensam lá em cima e descem sem critérios, sem avaliar, mas isso é muito longe, muito, muito, eu tenho claro isso, nós estamos é muito, mas muito, mais muito longe disso, entendeu? (Elpis)

Por fim, duas entrevistadas fazem referência também à necessidade e importância do cuidado compartilhado, que só é possível se houver mais comunicação entre as várias áreas e os outros serviços da Rede, como citado por elas abaixo:

[...] ter diálogo com a Rede né? [...] a gente tem diálogo com o CAPS Oeste, mas o CAPS Infantil é muito ruim o diálogo. (Eris)

[...] que o cuidado fosse compartilhado de todas as clínicas com todos os pacientes, com todos os profissionais; isso é o que eu almejo né? (Elpis)

Esse desejo provavelmente está relacionado à queixa de que a desestruturação de outros serviços e a fragmentação da Rede recaem sobre elas, no sentido de que, sem comunicação e respaldo de outras instituições, elas precisam assumir sozinhas uma demanda maior e mais ampla de casos, o que intensifica a jornada de trabalho, acelera o ritmo de trabalho, gerando sobrecarga de trabalho.

As mudanças almejadas pelas trabalhadoras são coerentes com a experiência de sofrimento e desgaste, oriundos da forma como está organizado o processo de trabalho do psicólogo da AB, e aparecem como sugestão para reduzir os vários tipos de riscos à saúde e minimizar a percepção do sofrimento no trabalho, além das estratégias defensivas que elas já utilizam para tal objetivo.

Tais considerações parecem bem coerentes com o pensamento de Gaulejac (2007, p. 289), quando o autor afirma:

A gestão recuperará a credibilidade que perdeu se puder trazer mais sentido e menos insignificância, mais compreensão e menos prescrição, mais análise qualitativa e menos medida quantitativa. Uma gestão mais humana, que recuse instrumentalizar os homens, considerando-os como um custo ou como um recurso.

E ainda acrescenta que “O poder gerencialista deveria preocupar-se tanto com a livre circulação dos capitais e das mercadorias como a defesa do direito do trabalho e da proteção social.” (GAULEJAC, 2007, p. 291)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como proposta geral analisar o processo e a organização do trabalho do psicólogo da Atenção Básica e, em decorrência disso, buscou-se delinear o ambiente e as condições de trabalho, bem como investigar possíveis aspectos que influenciam o processo saúde-doença desses trabalhadores, em especial o sofrimento psíquico, e as estratégias defensivas utilizadas por eles. Para tanto, procurou-se estabelecer um diálogo na interface da Saúde do Trabalhador com a Saúde Pública, com foco nas relações entre trabalho, saúde e subjetividade, contextualizando também o surgimento da Psicologia e a inserção do psicólogo no serviço público, sobretudo seu trabalho na Atenção Básica, o que nos permitiu discutir melhor os dados obtidos.

A análise do processo de trabalho do psicólogo da AB demonstrou que o psicólogo está exposto a *riscos de acidentes, físicos, biomecânicos, biológicos e riscos para saúde mental*. Com isso, foi possível identificar vários problemas, sobretudo, com relação à organização do trabalho. A jornada de trabalho excessiva e o dimensionamento inadequado de pessoal interferem no processo de trabalho, em especial, no modo operatório das tarefas, provocando alterações no ritmo e cargas de trabalho, gerando sobrecarga e pressões, além do cotidiano conflituoso relativo a especificidade do trabalho com pacientes e nas relações interpessoais com as chefias que, somados aos constrangimentos cotidianos e situações de humilhação dos profissionais da AB (principalmente médicos), assim como a falta de estrutura física (com destaque a inadequação das salas para atendimento), de material (sobretudo, a falta de computadores e equipamentos para os atendimentos) e de segurança nas unidades, geram medo e estado de alerta permanentes e podem ocasionar sofrimento psíquico, fadiga, estresse, irritabilidade, ansiedade, angústia, insônia, alterações de comportamento, sofrimento patológico e transtornos mentais.

Note-se a instalação de um paradoxo referente ao trabalho do psicólogo: exige-se demasiadamente deste profissional, mas não lhe oferecem recursos e condições necessárias à sua atuação. É o trabalhador quem tem que se adaptar às condições de trabalho, o que lhe demanda mais esforços. Este quadro caracteriza o processo de desgaste mental e sofrimento psíquico dos trabalhadores, intensificado pela gestão atual que mantém relações hierárquicas de poder e submissão, sem espaço para o diálogo, típica do poder gerencialista. O despotismo dessa nova forma de gestão manifestou-se inclusive durante a realização desta pesquisa, colocando várias barreiras para autorizá-la. Em consequência disso, houve resistência também de alguns psicólogos em responder o questionário, e de muitos em participar do grupo. O que

essas negativas podem nos dizer? Gestão pelo medo? Parece que a SMS realiza uma gestão autoritária pelo medo, que pune ou mesmo corta do seu quadro de funcionários aquele que ‘fala o que não deve’ e talvez por isso a categoria profissional está fragilizada, desunida e acuada.

Diante deste panorama, as psicólogas vivenciam mais sofrimento que prazer em seu trabalho na Atenção Básica. Vários fatores foram apontados como fonte de sofrimento no trabalho, a saber: baixos salários; formação acadêmica precária, não adaptada ao modelo do SUS, e falta de treinamento, capacitação por parte da gestão; a não efetivação do SUS, devido a falhas na estrutura e funcionamento do próprio Sistema; organização do trabalho neoliberal, em especial na atualidade, em que a nova gestão estabeleceu metas praticamente inatingíveis, aumentou a cobrança e pressão por maior produtividade, sem adequar o quadro de funcionários, bem como tolheu o exercício da subjetividade do trabalhador; indefinições, instabilidade, insegurança e perdas importantes ocorridas com as mudanças de gestão, por meras questões administrativas e políticas; trabalho precarizado que submete o trabalhador à terceirização, com flexibilização e redução de direitos sociais e da estabilidade, tudo isso fazendo-as se sentirem sem reconhecimento pela chefia.

As psicólogas se utilizam de estratégias defensivas para se protegerem das imposições e constrangimentos da nova gestão. No geral, a estratégia defensiva mais utilizada é o desinvestimento de energia libidinal no trabalho, isto é, a diminuição da mobilização psíquica direcionada ao trabalho, seja por meio de uma postura indiferente, apática; ou pela redução do ritmo de trabalho; ou pela redução da carga horária e dos vínculos empregatícios; e também por afastamentos, licenças, férias; ou mesmo saindo definitivamente do serviço público. Além disso, utilizam-se de grupos de estudo, supervisões, cursos, reuniões de equipe, lazer e esportes, enquanto espaços de fala, circulação da palavra, de exercício da subjetividade, de investimento e crescimento profissional que as ajudam a obter algum tipo de satisfação pulsional. Apenas uma psicóloga utiliza a sublimação, buscando formas de se reinventar, motivar, adaptar e criar, transformando o sofrimento em sofrimento criativo.

O tipo de organização do trabalho do psicólogo da AB, em especial, no aspecto das relações interpessoais, aumenta o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. O serviço de saúde pública pede um funcionamento em Rede, porém, a forma atual como o trabalho do psicólogo está organizado compromete o diálogo e a cooperação, impossibilitando que as tarefas sejam cumpridas conforme as definições oficiais, ou seja, as prescrições.

Considerando este cenário, é possível confirmar *a hipótese deste estudo de que o ambiente e as condições de trabalho inadequados do psicólogo na AB dificultam*

consideravelmente a operacionalização das tarefas, afetando de forma desfavorável a organização do trabalho. Além disso, os resultados desta pesquisa denunciam que o sofrimento psíquico já se tornou patológico, dado o adoecimento de muitas dessas trabalhadoras, que vivenciam cansaço, fadiga, irritabilidade, ansiedade, angústia, insônia, alterações de comportamento e transtornos mentais, conforme aponta Dejours (2011), que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real promove quando todas as possibilidades de adaptação já foram utilizadas e ocorre a fadiga, resultante da impossibilidade de harmonia entre o trabalhador e seu trabalho, como bem resume a fala abaixo:

*[...] acho que tudo é isso mesmo, **cansaço da quantidade, da falta de estrutura, das exigências**, isso que cansa, que estressa, **falta de segurança pessoal** [...] adequação, então tem que ter isso minimamente né? Acho que é isso; **você adoece e tem que fazer força pra seguir protocolo, programas, responder quantidades sem ser o que você percebe que é a necessidade real mesmo**, você tem que cumprir e, às vezes **abarcando mais coisas**, e é isso que vai me estressando. (Gaia)*

Apesar das vivências de desprazer e sofrimento no trabalho das psicólogas que atuam na Atenção Básica, elas também experimentam prazer, satisfação, gratidão, sentem-se úteis e gostam do que fazem. O que ainda as mantém na AB é a ligação afetiva com o trabalho do psicólogo e o reconhecimento dos pacientes. Essa ligação afetiva com o trabalho torna-o fonte de satisfação pulsional, um meio de sublimação que transforma o sofrimento psíquico em sofrimento criativo, conforme já alertava Freud (1930) e foi reforçado por Dejours (2011), o que mostra uma luz no fim do túnel.

Nesse sentido, é interessante notar que nesta pesquisa as psicólogas não mencionaram o contato com o sofrimento do paciente como um dos fatores de sofrimento psíquico no trabalho, contrariando grande parte dos estudos na literatura científica, os quais apontam que o trabalho do psicólogo na Atenção Básica, caracterizado por relações bem próximas e contínuas com os pacientes – e, assim, com o sofrimento do outro e com a gravidade dos casos – gera angústia, impotência, medo, frustração. Pelo contrário, as trabalhadoras ressaltaram que cuidar do sofrimento do outro é fonte de prazer.

Frente à complexidade apresentada, é necessário replanejar o processo de trabalho na Atenção Básica, com o objetivo de extinguir ou, pelo menos, diminuir os riscos de agravos advindos do ambiente, das condições e do processo de trabalho nocivos à saúde, restabelecendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores psicólogos.

As mudanças mais almeçadas foram reivindicações por salas adequadas, com ventilação adequada, sem ruídos e interrupções, com garantia de sigilo, privacidade, segurança, computador, materiais lúdicos; bem como aumento do número de funcionários e do salário; redução da carga horária; promoção de capacitações permanentes e supervisão para casos clínicos; mais diálogo e comunicação entre a Rede; mais respaldo e suporte da coordenação de Saúde Mental; mais união e fortalecimento da categoria profissional, com apoio do CRP; elaboração de um protocolo padronizado de atendimento em saúde mental do psicólogo no SUS, respeitando as particularidades. Além disso, desejam que a demanda a ser acolhida se restrinja a apenas questões de saúde mental, sofrimento psíquico; que houvesse mais pausa para descanso; a utilização de um modelo de gestão compartilhada, mais adepto ao diálogo e menos autoritário e impositivo; mais estabilidade e menos mudanças (desconstruções) no que está funcionando bem.

Pensando nisso, pretendemos fazer uma reunião com a coordenação da Atenção Básica para apresentar os resultados desta pesquisa com sugestões de reorganização do trabalho. Dentre as propostas de replanejamento do trabalho do psicólogo na AB, sugerimos novo dimensionamento de pessoal, com expansão do quadro de funcionários por meio da contratação de mais psicólogos, a fim de diminuir o acúmulo de tarefas e, assim, reduzir o ritmo de trabalho e a sobrecarga.

Outro ponto diz respeito à programação de reuniões mensais com as coordenações da Atenção Básica, a fim de discutir o contexto do trabalho do psicólogo (ambiente, condições e organização do trabalho), criando assim um espaço de fala para o trabalhador, como sugere Dejours (2011), um espaço público construído pelos próprios trabalhadores de modo que possam partilhar a cooperação, a confiança e regras comuns, representando, portanto, a expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação para a situação atual vivida.

Da mesma forma, reinstituir as reuniões semanais de equipe dos psicólogos para que possam partilhar informações, dificuldades e sentimentos, discutir casos e possibilitar apoio mútuo, além da construção coletiva de soluções para os problemas vivenciados no cotidiano de seu trabalho, mais uma vez possibilitando um espaço democrático de fala, de expressão, de cooperação e, assim, de união da categoria profissional, assim como resgatando laços solidários e diminuindo a individualização e solidão no local de trabalho, que são aspectos da “sociedade dos adoecimentos no trabalho”, como enfatiza Antunes (2018, p. 143).

Para auxiliar no fortalecimento da categoria dos psicólogos, também apresentaremos esta pesquisa ao Conselho Regional de Psicologia e ao Sindicato dos Psicólogos, a fim de

alertá-los e deixá-los mais cientes da atual situação de trabalho do psicólogo na Saúde Pública, em especial, da Atenção Básica, para que possam, assim, promover a fiscalização e ofertar mais proteção, apoio e respaldo a este trabalhador, principalmente, no que tange ao sigilo profissional por conta da inadequação de salas e materiais.

Pretendemos também dar uma devolutiva desta pesquisa para os psicólogos da AB. E, por fim, vale ressaltar que estes trabalhadores merecem receber mais atenção do poder público. A exposição a vários tipos de risco, inclusive de morte por ameaças de pacientes por vezes armados, sugere a inclusão do pagamento de periculosidade em seu salário, além da contratação de agentes de segurança para as Unidades de Saúde.

Acreditamos que a tomada dessas medidas, sobretudo pela gestão, possa representar pelo menos um passo inicial para a melhoria do ambiente e das condições de trabalho, bem como do processo e da organização do trabalho, diminuindo a precarização do trabalho e, desse modo, os trabalhadores psicólogos da AB, além de desenvolverem de maneira mais prazerosa suas atividades, terão uma melhor qualidade de vida, restabelecendo a promoção e a proteção de sua saúde, em especial, a saúde mental daquele que cuida da saúde mental!

REFERÊNCIAS

- ABIB, J. A. D. Epistemologia pluralizada e história da psicologia. **Scientia e Studia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 195-208, 2009.
- ALMEIDA, M.; PEREIRA, M. S.; VIANA, P. M. A implantação da Saúde do Trabalhador em Uberlândia: elementos históricos e atuais. *In*: ENCONTRO NACIONAL ABRAPSO, 19., 2017, Uberlândia. **Anais [...]**. Porto Alegre: ABRAPSO Editora, 2017. p. 1580-1581.
- ALVES, G. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 409-428, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200009>
- ALVES, G. O espírito do Toyotismo: reestruturação produtiva e “captura” da subjetividade do trabalho no capitalismo global. **Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 97-121, 2008.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. *In*: GENTILI, P.; FRIGOTTO, G. **A cidadania negada: Política de exclusão na educação e no trabalho**. Coleção Grupos de Trabalho, CLACSO. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 35-46.
- ANTUNES, R. As novas formas de acumulação do capital e as formas contemporâneas de estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, v. 15, n. 37, p. 23-46, 2002.
- ANTUNES, R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. *In*: DRUCK, G.; FRANCO, T. (org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007, p. 13-22.
- ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho. *In*: ANTUNES, R.; BRAGA, R. (org.). **Infoproletários: degradação real do trabalho virtual**. São Paulo: Boitempo, 2009, p. 231-238.
- ANTUNES, R. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *In*: **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 137-152.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302004000200003>
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Revista de Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>

ARAÚJO, C. G. **A saúde mental está doente!** A Síndrome de Burnout em psicólogos que trabalham em unidades básicas de saúde. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ARCHANJO, A. M.; SCHRAIBER, L. B. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-363, jun. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200009>

AZEVEDO, L. A.; TATMATSU, D. I. B.; RIBEIRO, P. H. R. Formação em psicologia e a apropriação do enfoque da atenção primária à saúde em Fortaleza, Ceará. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 241-264, jul./out. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200005>

AZEVEDO, N. S.; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicologia Ciência e Profissão**, Belo Horizonte, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300002>

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2011354438442>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/alasiasantos/analise-de-conteudo-laurence-bardin>. Acesso em: 22 jul. 2014.

BERNARDES, J. Formação generalista em Psicologia e Sistema Único de Saúde. In: FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS, 1., 2006, Brasília. **Anais [...]**. Brasília, DF: [s. n.], 2006. p. 17-40.

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (org.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 15-35.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>

BOUYER, G. C. Ensaio: Contribuição da psicodinâmica do trabalho para o debate “O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 249-259, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200007>

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 403/62 de 1962**. Fixa o Currículo Mínimo e a Duração do Curso de Psicologia. Brasília, DF: [s. n.], 1962a. Disponível em: http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_1962_2.htm. Acesso em: 17 jun. 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 4.119 de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, DF: [s. n.], 1962b. Disponível em: http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_1962_2.htm. Acesso em: 17 jun. 2004.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: [s. n.], p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES 0062/2004 de 19 de fevereiro de 2004**. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Psicologia. Brasília, DF: [s. n.], 2004a. Disponível em: http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_2004_2.htm. Acesso em: 17 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: manual de gestão e gerenciamento**. 1. ed. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: [s. n.], p. 59, 13 jun. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Piso salarial para psicólogos é aprovado em comissão**. Brasília, DF: [s. n.], 2015a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/TRABALHO-E-PREVIDENCIA/499645-PISO-SALARIAL-PARA-PSICOLOGOS-E-APROVADO-EM-COMISSAO.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015b.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. Comissão de direitos humanos e legislação participativa. **Projeto de Lei do Senado nº 511, de 2017**. Acrescenta o art. 14-A à Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, para dispor sobre duração da jornada normal semanal de trabalho do Psicólogo. Brasília, DF: [s. n.], 2017.

CANGUILHEN, G. Doença, cura, saúde. In: CANGUILHEN, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 71-80.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101996000300013>

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 20, n. 1, p. 31-39, jan./mar. 2015. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150005>

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública**: referências para a atuação do(a) psicólogo(a). Brasília, DF: CFP, 2008.

CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 211-224, 2015. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000012014>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, DF: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde**. 1. ed. Brasília, DF: CFP/CREPOP, 2010.

CURY, B. M.; FERREIRA NETO, J. L. Do currículo mínimo às diretrizes curriculares: os estágios na formação do psicólogo. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 494-512, dez. 2014. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2014V20N3P494>

DANELUCI, R. C. **Psicologia e unidades básicas de saúde**: contextualização das práticas na atenção básica. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **Revista Cult**, São Paulo, n. 139, p. 49-53, set. 2009.

DEJOURS, C. In: LANCMAN, S.; SNELWAR, L. I. (org.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. Brasília, DF: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

DEJOURS, C. Sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.

DEJOURS, C.; BARROS, J. O.; LANCMAN, S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 228-235, maio/ago. 2016. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p228-235>

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e a atuação profissional. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81. 1998. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>

DIMENSTEIN, M. D. B.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, p. 232-245, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>

DUARTE, L. C. B.; MORAES, T. D. Saúde mental de psicólogos atuantes em serviços de atenção primária à saúde. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 123-146, dez. 2016. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p123>

FERMINO, J. M.; PATRICIO, Z. M.; KRAWULSKI, E.; SISSON, M. C. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, Canoas, n. 30, p. 113-128, jul./dez. 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>

FREUD, S. (1930). O mal-estar na civilização. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 21, 1980. p. 75-177.

FUENTES-ROJAS, M. Psicologia e saúde: a terapia comunitária como instrumento de sensibilização para o trabalho com comunidades na formação do psicólogo. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 420-439, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000200016>

FURTADO, O. 50 anos de Psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, p. 66-85, 2012.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500006>

GARCIA-ROZA, L. A. Psicologia: um espaço de dispersão de saber. **Rádice Revista de Psicologia**, [s. l.], ano 1, n. 4, p. 1-9, 1977.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007.

GUI, R. T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 135-160, jun. 2003.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 97-116, jan. 2003.
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100006>

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KLEIN, A. P. **Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo no NASF no município de São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. *et al.* (org.). **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SNEIWAR, L. I. (org.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília, DF: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 31-47.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, mar. 2011.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572007000100011>

LUCKESI, C. C. Educação, ludicidade e prevenção das neuroses futuras: uma proposta pedagógica a partir da Biossíntese. In: LUCKESI, C. C. (org.). **Ludopedagogia Ensaios 1: Educação e Ludicidade**. Salvador: Gepel, 2000. v. 1, p. 9-41.

MACEDO, J.; DIMENSTEIN, M. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Avances em Psicología Latino americana**, Bogotá, v. 30, n. 1, p. 182-192, jun. 2012.

MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 987-992, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400021>

MEDEIROS, M. A. V.; NUNES, M. L. T.; MELO, F. F. M. Saúde mental de psicólogos trabalhadores na saúde pública: um estudo a partir de Dejours e Freud. SEMINÁRIO DO TRABALHO: Trabalho e Políticas Sociais no Século XXI, 8., Marília. **Anais [...]**. Marília, SP: UNESP, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>

MENEZES, L. S. **Pânico: Efeito do Desamparo na Contemporaneidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MENEZES, L. S. **Psicanálise e saúde do trabalhador**: nos rastros da precarização do trabalho. São Paulo: Primavera editorial, 2012.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 61-68, jan./abr. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100009>

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 125-136, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100010>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, M. A Psicologia como reflexão sobre as práticas humanas: da adaptação à errância. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 535-539, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300021>

MOREIRA, I. J. B. **Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção primária à saúde e sua associação com fatores psicossociais do trabalho**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2014.

MOREIRA, I. J. B.; HORTA J. A.; DURO, L. N.; BORGES, D. T.; CRISTOFARI, A. B.; CHAVES, J.; BASSANI, D. C. H.; CERIZOLLI, E. D.; TEIXEIRA, R. M. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 11, n. 38, p. 1-12, abr. 2016. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)967](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)967)

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, p. 14-20, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400004>

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDÃO, I. R. Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 762-777, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400008>

NUNES, A. P. A P. **Desafios e práticas dos psicólogos na rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, I. F.; AMORIM, K. M. O.; PAIVA, R. A.; OLIVEIRA, K. S. A.; NASCIMENTO, M. N. C.; ARAÚJO, R. L. A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 291-304, mar. 2017. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-17Pt>

PAIM, J. S. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. **Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. Salvador: SESAB, 2009. p. 88-115.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. A inserção do psicólogo na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 88-92, jan./mar. 2009.

PAPPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100011>

PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000200003>

PESSOTTI, I. Notas para uma História da Psicologia Brasileira. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Quem é o Psicólogo Brasileiro**. São Paulo: Edicon/Educ, 1988, p. 17-31.

RIBEIRO, S. L. **A saúde mental, a formação do psicólogo e as diretrizes curriculares nacionais – Territórios em aproximação?** 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2007.

ROCHA, M. B.; ALMEIDA, M. M. S.; FERREIRA, B. O. Possibilidades de atuação profissional do psicólogo no âmbito da atenção básica em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 117-123, jan./mar. 2016. <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p117>

RODRIGUES, M. J. **Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia: uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha**. 2007. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

SCHERER, M. **Estresse laboral entre os trabalhadores da atenção primária de quatro contextos do interior do estado do Amazonas**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental no trabalho contemporâneo. In: CONGRESSO DE STRESS DA INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION (ISMABR), 9., 2009, Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre: ISMA-BR, 2009.

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

SILVA, C. S.; ANABUKI, L. N. C. Submeter empregado a meta exagerada gera dano moral. **Revista Consultor Jurídico**, [s. l.], 2013. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2013-mai-20/empregador-submete-empregado-meta-exagerada-pagar-indenizacao>. Acesso em: 20 maio 2013.

SIMÕES, C. H. D.; FERNANDES, R. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 2, p.275-282, abr./jun. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200014>

SIRGADO, A. P. A corrente sócio-histórica de psicologia: fundamentos epistemológicos e perspectivas educacionais. **Em Aberto**, Brasília, ano 9, n. 48, p. 61-67, out./dez. 1990.

SOUSA, A. A.; DELA COLETA, M. F. O bem-estar no trabalho de psicólogos em serviços de saúde pública. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 404-421, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000200010>

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. **Lei nº 6022, de 24 de maio de 1994**. Delimita e denomina os setores territoriais urbanos do distrito sede do município de Uberlândia. Uberlândia, MG: [s. n.], 1994. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:78o7iqYfvn0J:https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/1994/603/6022/lei-ordinaria-n-6022-1994-delimita-e-denomina-os-setores-territoriais-urbanos-do-distrito-sede-do-municipio-de-uberlandia%3Fq%3D6022+%cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 15 set. 2010.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. Mapas: revisão do plano diretor 2006. **Setores Urbanos**. Uberlândia, MG, 2006. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/14740.jpg. Acesso em: 15 set. 2010.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. Decreto nº 10.782, de 27 de julho de 2007. Qualifica como organização social a entidade Missão Sal da Terra e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Uberlândia**, Uberlândia, MG: [s. n.], 27 jul. 2007.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. Plano de cargo e carreiras. **Diário Oficial do Município** nº 4493, Uberlândia, MG: [s. n.], p. 4, 29 set. 2014a.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. Secretarias e órgãos. **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)**, Uberlândia, MG, 2014b. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/663/secretaria.html>. Acesso em 04 maio 2018.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. Secretarias e órgãos. **Saúde**. Uberlândia, MG, 2014c. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria/65/saude.html>. Acesso em 27 abr. 2017.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de serviços da Atenção Primária**. Uberlândia, MG, 2018a. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/3136/carteira_de_servicos_da_atencao_primaria.html. Acesso em 28 set. 2018.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Contrato de gestão que entre si celebram o Município de Uberlândia e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)**. Uberlândia, MG, 2018b. Disponível em:

http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/19344.pdf. Acesso em 23 mai. 2018.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, [s. l.], v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Código: _____ (preenchimento do pesquisador) **Idade:** _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Sem religião () Outra: _____

Estado Civil: () Solteiro () Em união () Separado/Divorciado () Viúvo

Número de filhos: _____

Quantas pessoas moram na residência? _____

Faixa salarial: () 1 a 3 salários () 4 a 6 salários () mais que 6 salários

Renda familiar: () 1 a 3 salários () 4 a 6 salários () mais que 6 salários

Formação profissional: Graduação ()
Especialização () finalizada () em andamento
Mestrado () finalizado () em andamento
Doutorado () finalizado () em andamento

Tipo de vínculo trabalhista: _____

Há quanto tempo atua na área da Saúde Pública?

() menos que 01 (um) ano () de 01 a 02 anos
() de 02 a 05 anos () acima de 05 anos – Quantos? _____

Há quanto tempo atua na Atenção Básica?

() menos que 01 (um) ano () de 01 a 02 anos
() de 02 a 05 anos () acima de 05 anos – Quantos? _____

Há quanto tempo atua na equipe da Atenção Básica do município de Uberlândia?

() menos que 01 (um) ano () de 01 a 02 anos
() de 02 a 05 anos () acima de 05 anos – Quantos? _____

Em qual o setor você trabalha atualmente?

() Sul () Central-Norte () Leste () Oeste

Tipo de Unidade de atendimento na Atenção Básica em que trabalha atualmente:

() UBS () UBSF () UAI

Há quanto tempo trabalha neste tipo de Unidade? _____

Já trabalhou em outro tipo de Unidade de atendimento na Atenção Básica?

() Sim. Qual? () UBS () UBSF () UAI Quanto tempo? _____
() Não

Qual sua jornada de trabalho semanal na Atenção Básica?

() 20 horas () Até 30 horas () Até 40 horas () + de 40 horas

Atua em outras instituições ou serviços?

() Sim. Qual? _____

Jornada de Trabalho: _____

() Não

O que você faz em seu momento de lazer?

() passeio em parque () passeio em shopping () visita a amigos e/ou familiares
() cinema () teatro () leitura () casa de shows e dança () clube () festa
() bares/restaurantes () dorme/descansa
() viagem (com que frequência?) _____
() outras atividades ou hobbies?

Quais? _____

Pratica algum esporte e/ou atividade física?

() Sim Qual(is)? _____

Com que frequência? _____

() Não

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Apresentação do projeto ao entrevistado
2. Fale sobre um dia de trabalho
 - Investigação da organização do processo produtivo e condições de trabalho
 - b. Jornada de trabalho
 - c. Ritmo de trabalho
 - d. Atividades desenvolvidas
 - e. Divisão de tarefas
 - f. Cargas de trabalho envolvidas
 - g. Relacionamento interpessoal (colegas e chefia)
 - h. Estrutura física disponível (ambiente de trabalho)
 - i. Afastamentos, atestados, licenças
 - j. Motivações no trabalho
3. Qual o significado do seu trabalho para você?
 - a. explorar sentimentos
 - b. relação com o trabalho
4. Se você pudesse mudar o seu trabalho, o que faria?
5. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Sobre o processo e a organização do trabalho de psicólogos da atenção básica: entre o prazer e o sofrimento”, sob a responsabilidade das pesquisadoras **Lucianne Sant’Anna de Menezes** e **Elisa Rodrigues da Silva**. Nesta pesquisa buscamos entender a organização do processo de trabalho de psicólogos que trabalham na Atenção Básica de modo a poder identificar aspectos que afetam a saúde desses trabalhadores e se há ocorrência de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho; pretende-se também conhecer o perfil desta categoria profissional; com isso, contribuir para o planejamento de ações que promovam a melhoria das condições de trabalho e prevenção de riscos e agravos à saúde desses profissionais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Elisa Rodrigues da Silva**, antes da coleta de dados e na Secretaria Municipal de Saúde. Em sua participação, você será submetido(a) a aplicação de questionário sociodemográfico e profissional. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. O risco inicial seria relacionado à identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do mesmo. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Esta pesquisa tem como benefícios a promoção e prevenção de riscos e agravos à saúde dos psicólogos da atenção básica e à semelhança para os demais profissionais dessa área no Brasil. A partir deste estudo, será possível propor medidas de prevenção de riscos e agravos à saúde destes trabalhadores. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Elisa Rodrigues da Silva – (34) 32268193 – Rua da Polca 609 – UBS Guarani e com a Dra Lucianne Sant’Anna de Menezes na sala 21 Bloco 2C (Campus UMUARAMA - Instituto de Psicologia). Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.*

Uberlândia, de de 2018

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Sobre o processo e a organização do trabalho de psicólogos da atenção básica: entre o prazer e o sofrimento”, sob a responsabilidade das pesquisadoras **Lucianne Sant’Anna de Menezes** e **Elisa Rodrigues da Silva**. Nesta pesquisa buscamos entender a organização do processo de trabalho de psicólogos que trabalham na Atenção Básica de modo a poder identificar aspectos que afetam a saúde desses trabalhadores e se há ocorrência de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho; pretende-se também conhecer o perfil desta categoria profissional; com isso, contribuir para o planejamento de ações que promovam a melhoria das condições de trabalho e prevenção de riscos e agravos à saúde desses profissionais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Elisa Rodrigues da Silva**, antes da coleta de dados e na Secretaria Municipal de Saúde. Em sua participação, você será observado(a) em um dia de trabalho. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. O risco inicial seria relacionado à identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do mesmo. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Esta pesquisa tem como benefícios a promoção e prevenção de riscos e agravos à saúde dos psicólogos da atenção básica e à semelhança para os demais profissionais dessa área no Brasil. A partir deste estudo, será possível propor medidas de prevenção de riscos e agravos à saúde destes trabalhadores. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Elisa Rodrigues da Silva – (34) 32268193 – Rua da Polca 609 – UBS Guarani e com a Dra Lucianne Sant’Anna de Menezes na sala 21 Bloco 2C (Campus UMUARAMA - Instituto de Psicologia). Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.*

Uberlândia, de de 2018

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Sobre o processo e a organização do trabalho de psicólogos da atenção básica: entre o prazer e o sofrimento”, sob a responsabilidade das pesquisadoras **Lucianne Sant’Anna de Menezes** e **Elisa Rodrigues da Silva**. Nesta pesquisa buscamos entender a organização do processo de trabalho de psicólogos que trabalham na Atenção Básica de modo a poder identificar aspectos que afetam a saúde desses trabalhadores e se há ocorrência de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho; pretende-se também conhecer o perfil desta categoria profissional; com isso, contribuir para o planejamento de ações que promovam a melhoria das condições de trabalho e prevenção de riscos e agravos à saúde desses profissionais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Elisa Rodrigues da Silva**, antes da coleta de dados e na Secretaria Municipal de Saúde. Em sua participação, você será submetido(a) a uma entrevista individual sobre o seu trabalho. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra e destruídas após a transcrição. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. O risco inicial seria relacionado à identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do mesmo. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Esta pesquisa tem como benefícios a promoção e prevenção de riscos e agravos à saúde dos psicólogos da atenção básica e à semelhança para os demais profissionais dessa área no Brasil. A partir deste estudo, será possível propor medidas de prevenção de riscos e agravos à saúde destes trabalhadores. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Elisa Rodrigues – (34) 32268193 – Rua da Polca 609 – UBS Guarani e com a Dra Lucianne Sant’Anna de Menezes na sala 21 Bloco 2C (Campus UMUARAMA - Instituto de Psicologia). Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.*

Uberlândia, de de 2018

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Sobre o processo e a organização do trabalho de psicólogos da atenção básica: entre o prazer e o sofrimento”, sob a responsabilidade das pesquisadoras **Lucianne Sant’Anna de Menezes** e **Elisa Rodrigues da Silva**. Nesta pesquisa buscamos entender a organização do processo de trabalho de psicólogos que trabalham na Atenção Básica de modo a poder identificar aspectos que afetam a saúde desses trabalhadores e se há ocorrência de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho; pretende-se também conhecer o perfil desta categoria profissional; com isso, contribuir para o planejamento de ações que promovam a melhoria das condições de trabalho e prevenção de riscos e agravos à saúde desses profissionais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Elisa Rodrigues da Silva**, antes da coleta de dados e na Secretaria Municipal de Saúde. Em sua participação, você será submetido(a) a um grupo focal. Os encontros serão gravados e transcritos na íntegra e destruídos após a transcrição. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. O risco inicial seria relacionado à identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do mesmo. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Esta pesquisa tem como benefícios a promoção e prevenção de riscos e agravos à saúde dos psicólogos da atenção básica e à semelhança para os demais profissionais dessa área no Brasil. A partir deste estudo, será possível propor medidas de prevenção de riscos e agravos à saúde destes trabalhadores. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Elisa Rodrigues da Silva – (34) 32268193 – Rua da Polca 609 – UBS Guarani e com a Dra Lucianne Sant’Anna de Menezes na sala 21 Bloco 2C (Campus UMUARAMA - Instituto de Psicologia). Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.*

Uberlândia, de de 2018

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa