

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

TACIANA ALVES DE SOUSA

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, GESTÃO NEOLIBERAL E SOFRIMENTO
PSÍQUICO: VIVÊNCIAS SUBJETIVAS DO PSICÓLOGO NO TRABALHO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

UBERLÂNDIA

2023

TACIANA ALVES DE SOUSA

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, GESTÃO NEOLIBERAL E SOFRIMENTO
PSÍQUICO: VIVÊNCIAS SUBJETIVAS DO PSICÓLOGO NO TRABALHO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19**

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

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

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

UBERLÂNDIA

2023

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

S725
2023

Sousa, Taciana Alves de, 1987-
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, GESTÃO NEOLIBERAL E
SOFRIMENTO PSÍQUICO: VIVÊNCIAS SUBJETIVAS DO PSICÓLOGO
NO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PANDEMIA DE
COVID-19 [recurso eletrônico] / Taciana Alves de Sousa.
- 2023.

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://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.40>

Inclui bibliografia.

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.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	19/12/2023	Hora de início:	14h:15	Hora de encerramento:	16h:30
Matrícula do Discente:	12112GST028				
Nome do Discente:	Taciana Alves de Sousa				
Título do Trabalho:	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, GESTÃO NEOLIBERAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO: VIVÊNCIAS SUBJETIVAS DO PSICÓLOGO NO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Microsoft Teams, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Profa. Dra. Lucianne Sant'Anna de Menezes da Universidade Federal de Uberlândia, orientadora da candidata; Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva da Universidade de Federal de Uberlândia; Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Lucianne Sant'Anna de Menezes apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Lucianne Sant'Anna de Menezes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 25/12/2023, às 13:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vivianne Peixoto da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 30/12/2023, às 09:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tânia Maria de Araújo, Usuário Externo**, em 15/01/2024, às 12:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5056506** e o código CRC **20DD513C**.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser fonte de energia, fé e perseverança

À minha família por confiar e orgulhar-se da minha jornada, em especial minha mãe por ter sido fonte de inspiração para os meus estudos e à minha irmã por sempre torcer por mim.

Ao meu esposo por todo amor e carinho durante esse processo e pela compreensão pelas longas horas da dissertação e as ausências em razão da dedicação para pesquisa.

Aos meus amigos pelo apoio e principalmente por oferecer escuta aos meus desabafos e sempre terem uma palavra de incentivo e de força.

À Universidade Federal de Uberlândia por ofertar ensino público de qualidade, em especial aos professores que compuseram minhas bancas (defesa de projeto, qualificação e defesa da dissertação), aos professores do mestrado, discentes e servidores da secretaria, pessoas que foram essenciais em todo meu percurso.

À minha orientadora, Prof. Dra. Lucianne, a qual guiou a pesquisa de forma brilhante, demonstrando dedicação e respeito pela ciência como também carinho e compreensão para minhas demandas enquanto aprendiz.

À Prefeitura de Uberlândia que por intermédio da Secretária de Saúde e organização social Missão Sal da Terra que permitiram a realização da pesquisa nas dependências das unidades de saúde escolhidas para o estudo.

E, a todos que de alguma forma contribuíram para esta etapa da minha vida, o meu muito obrigada!

RESUMO

A proposta geral desta pesquisa é analisar a Organização do Trabalho (OT) dos psicólogos da Atenção Básica (AB) em saúde, em meio à pandemia da Covid-19, buscando descrever as percepções subjetivas sobre suas vivências no trabalho, bem como as relações de prazer e sofrimento no trabalho. Procuramos estabelecer um diálogo na interface saúde, trabalho e subjetividade, a partir dos dados obtidos por meio de questionários sociodemográficos, entrevistas individuais semiestruturadas e grupo focal, realizados com os trabalhadores de um setor de uma cidade de Minas Gerais, dispendo de dispositivos de análise da articulação sujeito e sociedade no campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho e recuperando os preceitos da análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin e Maria Cecília de Souza Minayo. O material foi remetido à categoria teórica de sofrimento psíquico de Christophe Dejours e desgaste mental de Edith Seligmann-Silva. A análise da OT demonstrou que os psicólogos da AB estão submetidos ao modelo neoliberal da gestão por metas, a uma condição precarizada de trabalho, expostos a riscos para saúde mental que levam para o desgaste da subjetividade e o sofrimento patogênico, tendo sido intensificados pelos momentos de pico pandêmico. O trabalho aparece fortemente marcado pela questão da sobrevivência, bem como tem o significado de sofrimento, apesar de se sentirem úteis e experienciarem prazer pelo reconhecimento do trabalho pela equipe e pelos pacientes, assim como estão afetivamente ligados ao trabalho, o que o torna fonte de sublimação, de prazer, e saúde. Os achados deste estudo podem colaborar para as discussões acerca do sofrimento mental do psicólogo no trabalho da AB, procurando criar medidas e ações voltadas para prevenção da saúde desta categoria.

Palavras-chave: Psicólogo; Organização do trabalho; Covid-19; Sofrimento psíquico; Desgaste mental.

ABSTRACT

The general purpose of this research is to analyze the work organization (WO) of primary healthcare psychologists, during the Covid-19 pandemic, seeking to describe subjective perceptions about their experiences at work, as well as the relationships of pleasure and suffering at work. We seek to establish a dialogue at the interface of health, work, and subjectivity, based on data obtained through socio-demographic questionnaires, semi-structured individual interviews and focus groups, carried out with workers in a sector of a city in Minas Gerais, having devices for analyzing the articulation subject and society in the field of Work-Related Mental Health and recovering the precepts of content analysis, according to Laurence Bardin and Maria Cecília de Souza Minayo. The material was referred to the theoretical category of psychological suffering by Christophe Dejours and mental exhaustion by Edith Seligmann-Silva. The analysis of the organization of work showed that primary care psychologists are subjected to the neoliberal model of management by targets and precarious working conditions, exposed to mental health risks that lead to wear of subjectivity and pathogenic suffering, which have been intensified by the pandemic peak moments. The work appears strongly marked by the issue of survival, as well as it has the meaning of suffering, despite feeling useful and experiencing pleasure from the recognition of their work by the team and patients, as well as being emotionally connected to work, which makes it a source of sublimation, pleasure, and health. The findings of this study can contribute to discussions about the mental suffering of psychologists in PC work, seeking to create measures and actions aimed at preventing health in this category.

Keywords: Psychological; Work Organization; Covid-19; Psychological Distress; Wear Mental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo da pirâmide, hierarquização e regionalização do SUS.....	40
Figura 2 - A mudança do sistema piramidal e hierárquico para as RAS.....	42
Figura 3 - Distribuição territorial do município de Uberlândia com distribuição dos distritos	73
Gráfico 1 - Idade dos psicólogos do setor sul da AB de Uberlândia, 2022.....	79
Gráfico 2 - Gênero dos psicólogos do setor sul da AB de Uberlândia, 2022.....	79
Gráfico 3 - Faixa Salarial dos psicólogos do setor sul da AB de Uberlândia, 2022.....	80
Gráfico 4 - Uberlândia: formação dos psicólogos da AB do Setor Sul, 2022.....	81
Gráfico 5 - Uberlândia: tempo de atuação dos psicólogos da AB durante a pandemia, 2022.	82
Gráfico 6 - Uberlândia: prática de atividades físicas dos psicólogos do setor sul da AB, 2022	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População por setor	74
Tabela 2 - Uberlândia: dados sociodemográficos dos psicólogos do setor sul da AB, 2022 ..	78
Tabela 3 - Uberlândia: atividades de lazer dos psicólogos do setor sul da AB, 2022	83
Tabela 4 - Uberlândia: atividades físicas dos psicólogos do setor sul da AB, 2022	84
Tabela 5 - Uberlândia: previsão do tempo utilizado para o desenvolvimento de cada tarefa na agenda de um dos psicólogos do setor sul da AB, 2022.....	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferenças entre o sistema fragmentado e as RAS	42
Quadro 2 - Agenda-padrão da AB	64
Quadro 3 - Unidades de saúde do setor sul de Uberlândia, números de microáreas e população referenciada	75
Quadro 4 - Uberlândia: previsão da agenda de um dos psicólogos do setor sul da AB, 2022	93
Quadro 5 - Uberlândia: sofrimento e prazer no trabalho dos psicólogos da AB do setor Sul da cidade de Uberlândia-MG, 2023	132

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde Brasil
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRPICS	Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DESF	Departamento de Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
GM	Gabinete do Ministro
HC-UFU	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HMDOLC	Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MG	Minas Gerais

MOI	Movimento Operário Italiana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização social
OT	Organização do Trabalho
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PFF 2	Peça Facial Filtrante
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PL	Projeto de Lei
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RT	Responsável Técnico
SADT	Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESMT	Segurança e Medicina do Trabalho
SMRT	Saúde Mental Relacionada ao Trabalho
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidades de Atenção Integral
UAI-Tibery	Unidade de Atendimento Integrado Anice Dib Jatene
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
VISAT	Vigilância em Saúde do trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 TRABALHO, SUBJETIVIDADE E SAÚDE.....	20
1.1 Um panorama sobre o trabalho.....	20
1.2 Um recorte histórico sobre a Saúde do Trabalhador	26
1.3 Saúde Mental e Trabalho	29
2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	38
2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)	38
2.2 Atenção Básica em Saúde.....	43
2.3 Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS.....	46
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	52
3.1 A Psicologia e os psicólogos no Brasil.....	52
3.2 Psicologia na Pandemia da Covid-19	57
3.3 A atuação dos psicólogos na Atenção Básica em Saúde	60
4 PARÂMETROS METODOLÓGICOS.....	66
4.1 Instrumentos, procedimentos e amostra	66
4.2 Análise de dados	70
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	73
5.1 Atenção Básica em saúde no setor Sul da cidade de Uberlândia	73
5.2 Psicólogos da Atenção Básica em Saúde do Setor Sul da cidade de Uberlândia.....	76
5.3 Análise das entrevistas dos Psicólogos da Atenção Básica do setor sul da cidade de Uberlândia.....	84
5.3.1 Jornada de Trabalho.....	85
5.3.2 Ambiente e condições de trabalho	86
5.3.3 Organização do Trabalho dos psicólogos da AB do setor sul de Uberlândia na pandemia da Covid-19	90
5.3.4 Condições, processo e organização de trabalho dos psicólogos da AB do setor sul de Uberlândia no período de pico da pandemia.....	105
5.3.5 Relacionamento Interpessoal	111
5.3.6 Prazer e sofrimento no trabalho	116
5.3.7 Estratégias Defensivas	124

5.4 Análise do grupo focal.....	128
5.4.1 Significados do Trabalho	128
5.4.2 Prazer e sofrimento no trabalho	132
5.4.3 Alterações da Organização do Trabalho na pandemia da Covid-19.....	136
5.4.4 Desejo de mudança	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS	145
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	162
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	164
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	166
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	168
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA.....	170

INTRODUÇÃO

Desde criança, impressionava-me muito as questões relacionadas ao trabalho, ficava intrigada tentando entender o porquê da minha mãe levar trabalho para casa. Ela lecionava em duas escolas públicas da cidade de Uberlândia - Minas Gerais (MG), mas a carga horária proposta era insuficiente para suprir as demandas exigidas pela função, por isso precisava usar os períodos de descanso para corrigir provas, preparar materiais para as aulas, preencher os diários, dentre outras atividades. Nesse meio, sempre ouvia que precisaria de estudar para trabalhar, entendendo que, no meu caso, o estudo seria a base para o desempenho de uma futura profissão.

Ocorria-me a sensação de que o trabalho estava sempre presente, parecia que tudo girava em torno dele: *“você precisa estudar para arrumar um bom emprego”* e *“preciso trabalhar para pagar seus estudos”*, essas frases eram ditas constantemente pela minha mãe, ora entendia que trabalhar era algo muito bom e ora entendia que era um sacrifício. “O trabalho não é, como se acredita frequentemente, limitado ao tempo físico efetivamente passado na oficina ou no escritório. O trabalho ultrapassa qualquer limite dispensado ao tempo de trabalho; ele mobiliza a personalidade por completo” (DEJOURS, 2004, p. 31). Fica claro o quanto o trabalho é carregado de subjetividade e significados que ultrapassam o visível, assumindo a posição de centralidade na vida humana. Dejours (2011), além de destacar que o trabalho representa um papel central na construção da identidade das pessoas e nas relações interpessoais, afirma que ele pode ser fonte tanto de prazer quanto de sofrimento.

Mais adiante, havia chegado o momento da escolha profissional, escolhi cursar Psicologia na Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Durante a graduação, trabalhei, informalmente, dando aulas particulares para crianças do ensino fundamental e também realizava trabalho administrativo para uma empresa no ramo de tecnologia. Até que, no último ano, dediquei-me aos estágios. Além dos obrigatórios, comecei a realizar estágio remunerado numa agência de recrutamento e seleção. Alguns meses antes de me formar, recebi a proposta de trabalhar numa clínica de Uberlândia-MG, a qual realiza avaliações psicológicas para condutores de veículos automotivos. Era um campo rico para a aprendizagem, mas não havia registro em carteira de trabalho, férias, décimo terceiro, benefícios e outros direitos trabalhistas.

Na ânsia por um trabalho formal, no qual teria os direitos trabalhistas garantidos, passei no processo seletivo para trabalhar na Unidade de Atendimento Integrado Anice Dib Jatene

(UAI-Tibery)¹, também na cidade de Uberlândia-MG – em 2011 – foi meu primeiro contato, enquanto psicóloga, com a Saúde Pública, em especial a Atenção Básica (AB). Não havia tido, durante a graduação, disciplinas relacionadas ao trabalho do psicólogo nesses espaços. Nas primeiras semanas, um desespero tomou conta de mim. Não havia com quem aprender o serviço e tampouco havia clareza do que era meu papel profissional ali. Assim, por um movimento pessoal, fui atrás de psicólogos de outras unidades que pudessem contribuir com o meu desempenho profissional, realizei pesquisas teóricas, li as cartilhas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), buscando caminhos para a prática profissional.

Dimenstein e Macedo (2012) discorrem que a atuação do psicólogo em serviços de saúde, em especial os da Atenção Básica e saúde mental, coloca a profissão ao encontro de uma realidade pouco discutida na formação. A prática ocorre, geralmente, com comunidades de baixa renda, destoando da realidade dos lugares clássicos de atuação. Além disso, apontam que o campo da saúde pública exige intervenções coletivas e interdisciplinares, diferenciando-se da psicologia tradicional que atua a nível individual, indicando a necessidade do questionamento acerca das ferramentas de trabalho e do aparato técnico-teórico utilizados. A formação dos psicólogos também é fonte de preocupação para Oliveira *et al.* (2017) que destacam a importância das reflexões e debates a respeito das políticas sociais e da relação da profissão com a saúde pública, desde a graduação, compreendendo que esse movimento levaria resultados para a atuação.

Em 2013, prestei outro processo seletivo, sendo chamada para atuar como apoio em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Cada profissional com carga horária semanal de 20 horas, atuava como referência para duas equipes Estratégia Saúde da Família (ESF). Resolvi acumular os dois cargos devido ao baixo salário que recebia porque era uma forma de aumentar minha renda. Trabalhava seis horas diárias na UAI-Tibery e quatro horas diárias nas UBSF's, totalizando 11 horas por dia, durante seis anos. Juntando os meus dois salários, meu rendimento mensal correspondia a 34% do valor da remuneração do médico da UBSF, com carga horária de oito horas diárias. Lucena e Máximo (2019) realizaram um estudo com psicólogos na AB, o qual apontou que o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se pela precariedade das condições de trabalho, pelos recursos físicos escassos, salários rebaixados e ausência de planos de cargos e carreira, deixando os psicólogos

¹ Trata-se de uma unidade de saúde mista que oferece serviços de Atenção Básica em saúde e também de pronto atendimento (atenção secundária em saúde).

insatisfeitos por julgarem que o salário recebido é inferior ao tamanho da responsabilidade e serviço prestado.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), cada equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar por até 4.000 pessoas, sendo recomendada a quantidade média de 3.000. Nas diretrizes, também é ressaltado que os critérios de equidade devem ser levados em consideração (BRASIL, 2012a). Assim, cada psicólogo deverá, em 20 horas semanais, apoiar duas equipes responsáveis por até 4.000 pessoas cada uma. O CFP (2019) aponta que na AB, os psicólogos operacionalizam suas atividades por meio de visitas domiciliares compartilhadas, interconsultas e consultas compartilhadas, discussões de caso, construção de projetos terapêuticos singulares, dentre outras ferramentas do apoio matricial². Observa-se que a expectativa é que o psicólogo realize, em pouco tempo, uma gama de atividades, mas será que o trabalho realizado é compatível com o trabalho prescrito pela instituição?

Muitas questões foram gatilhos para minhas inquietações ao decorrer do meu exercício profissional. Começava a pensar se a organização do trabalho interferia na saúde dos trabalhadores da psicologia. Segundo Dejours (1999), a organização do trabalho envolve tanto a divisão das tarefas, sua distribuição, conteúdo, intervalos de descanso, ritmo, dentre outros, como também as relações interpessoais e seus desdobramentos. O autor compreende que o modo como o trabalho está organizado interfere na saúde mental dos trabalhadores, por isso, o trabalho por si só não é causa de sofrimento e adoecimento; ele também pode ser fonte de prazer e saúde. Nesse sentido, emergiu o desejo de compreender como o trabalho dos psicólogos era organizado e se essa forma de organização do trabalho gerava prejuízos na vida desses.

Ademais, ante o contexto pandêmico, os profissionais de saúde ficaram mais suscetíveis a desenvolver ou intensificar adoecimentos mentais, conforme Teixeira *et al.* (2020). Imagina-se que o modo como o trabalho era realizado modificou-se em função das restrições impostas pela pandemia da Covid-19. Soma-se a isso que os trabalhadores de saúde também estão inseridos na sociedade e nas complexas relações de trabalho existentes no Brasil, em especial, a partir da virada neoliberal. Mesmo os psicólogos que possuem conhecimentos técnicos sobre saúde mental podem enfrentar adoecimentos e sofrimentos derivados da forma como o trabalho está organizado e se apresenta em suas vidas.

² Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial em saúde refere-se a uma metodologia de trabalho, cuja pretensão baseia-se em oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Normalmente, a equipe de apoio é composta por especialistas, enquanto a equipe de referência por generalistas. Assim, o funcionamento depende de diretrizes clínicas e sanitárias compartilhadas entre a equipe de apoio matricial e equipe de referência. Além disso, devem ser previstos critérios para o acionamento do apoio, definindo responsabilidades das duas equipes.

Minha experiência na AB impulsionou-me a pesquisar sobre a Organização do Trabalho dos psicólogos da AB, ponderando se a pandemia da Covid-19 impactou na saúde destes trabalhadores. A pesquisa foi realizada no Setor Sul da cidade de Uberlândia. A escolha por essa região, deu-se por possuir 89% de cobertura de ESF, segundo informações da gestão dos serviços desse setor, enquanto a cobertura da cidade é de 41%, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c). A região é dirigida por uma única Organização Social, a Missão Sal da Terra.

Destarte, faz-se necessário refletir sobre a saúde mental dos trabalhadores psicólogos: como o trabalho está organizado? Quais são os efeitos da organização do trabalho na saúde mental dos psicólogos? Como eles têm lidado com o contexto da pandemia? Fruto das inquietações e reflexões produzidas a partir da experiência no serviço público, esta pesquisa teve como objetivo geral, analisar a organização do trabalho dos psicólogos da AB em saúde do Distrito Sul da cidade de Uberlândia em meio à pandemia da Covid-19. Em consequência disso, os objetivos específicos foram: 1) descrever as percepções subjetivas dos psicólogos sobre suas vivências no trabalho durante a pandemia da Covid-19; 2) investigar as relações de prazer e sofrimento no trabalho; 3) traçar o perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores psicólogos.

A investigação apoiou-se na metodologia exploratória de base qualitativa no campo da Saúde do Trabalhador, em que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011; MINAYO, 2008) e remetido à categoria teórica de sofrimento psíquico de Christophe Dejours e desgaste mental de Edith Seligmann-Silva, relacionando os resultados aos objetivos do estudo. Minayo (2008) afirma que a pesquisa qualitativa atende as questões particulares, atingindo realidades que não podem ser quantificadas. O método ocupa-se dos significados, histórias, motivos, crenças, aspirações, atitudes, valores, dentre outros aspectos subjetivos e da realidade social. O procedimento do estudo se deu em quatro etapas: 1) levantamento bibliográfico; 2) aplicação de questionário sociodemográfico e profissional; 3) realização de entrevistas individuais semiestruturadas; e 4) realização de grupo focal, seguida da análise dos dados obtidos. As etapas 3, 4 e 5 só foram realizadas após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer nº. 5.064.679, e em seguida a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes.

Para levar a cabo esta proposta, o estudo foi dividido em cinco capítulos e considerações finais. O primeiro capítulo consistiu na apresentação de conceitos e reflexões sobre o trabalho, subjetividade e saúde, abordando um panorama histórico do trabalho e da saúde do trabalhador, marcando a organização do trabalho como conceito chave neste campo, seguindo para a

compreensão da saúde mental relacionada ao trabalho, a partir das perspectivas teóricas do prazer e sofrimento no trabalho (Cristophe Dejours) e do desgaste mental (Edith Seligmann-Silva). Já o segundo, foi realizado um resgate dos marcos históricos do SUS, destacando a Atenção Básica e a saúde do trabalhador na saúde pública. O capítulo três foi dedicado a refletir sobre a construção da Psicologia como ciência e profissão e um panorama sobre o perfil dos psicólogos no Brasil, abordando também a atuação desses profissionais no SUS e durante a pandemia da Covid-19. O quarto capítulo foi destinado à exibição dos parâmetros metodológicos, discorrendo sobre a realização de cada etapa proposta. E no quinto e último capítulo, foram apresentados os resultados, a análise dos dados obtidos e discussões pertinentes. Desse modo, convidamos o leitor a nos acompanhar nesses escritos a fim de desfrutar dos achados e descobertas desta pesquisa.

1 TRABALHO, SUBJETIVIDADE E SAÚDE

1.1 Um panorama sobre o trabalho

O que vem à mente quando se pensa na palavra trabalho? Subsistência, realização, obrigação, satisfação, prazer, sofrimento, esforço, tarefa, dignidade, profissão, servidão, solidariedade, prosperidade, riqueza, produtividade, lucro, assalariado, proletariado, subordinação, moeda de troca, precarização, desenvolvimento, transformação... um turbilhão de pensamentos são acionados a partir desta indagação, remetendo o trabalho a ideia de complexidade, movimento, incompletude, multifatoriedade e dinamicidade. Neves *et al.* (2018) afirmam que para a compreensão do trabalho humano, exige-se diferentes olhares por se tratar de um tema complexo que possui inúmeros sentidos e facetas. Nessa esteira, adota-se a ideia de que o trabalho é central na vida das pessoas.

A centralidade do trabalho, de acordo com Antunes (2009), assume posição central na vida das pessoas sendo essencial para a construção da identidade e existência social do ser humano. O autor explica que a exploração do trabalho é inerente à sociedade capitalista contemporânea, pois o capitalismo transforma o trabalho em moeda de troca. Por meio do trabalho são produzidos os bens materiais necessários à existência humana, sendo a base para qualquer sociedade. Observa-se que o trabalho ao mesmo tempo em que atua no desenvolvimento da identidade e das relações sociais, – podem degradar e alienar o trabalhador: “[...] o trabalho ocupa um lugar central na vida das pessoas, influenciando a relação com a sociedade e adquirindo dimensão dúplice e contraditória, ao mesmo passo que ele cria, humaniza, liberta e emancipa, todavia, subordina, degrada, escraviza e aliena” (SILVA; BRANDÃO, 2014, p. 46).

Dejours (2011) argumenta que o trabalho assume a centralidade na construção tanto da identidade como da saúde dos indivíduos, tornando essencial para a realização pessoal, as relações interpessoais e a evolução da cultura. O trabalho não se reduz apenas à produção no mundo objetivo, sendo também uma oportunidade para o exercício da subjetividade, por meio das relações sociais, do desenvolvimento de novas habilidades e da auto realização – podendo transformar tanto a realidade concreta como as estruturas psíquicas presentes na subjetividade. Assim, considerando que a subjetividade se faz presente em todas as ações humanas, o trabalho pode ser considerado por “[...] aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: 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, etc.” (DEJOURS, 2004, p. 29).

Sznelwar, Selma e Lancman (2011) ao discorrerem sobre a relação entre subjetividade e trabalho, destacam o quanto essa questão emergiu em meio a invisibilidade, sendo que os afetos derivados das relações e processos de trabalho eram tidos como irrelevantes, sendo focalizado apenas na capacidade do indivíduo de produzir. Nesse sentido, Dejours (2004) aborda que o trabalho não se limita ao mundo concreto de tempo e espaço em que ele está sendo executado, pois mobiliza por completo toda a personalidade. Compreende-se, assim, que o trabalho é do domínio da subjetividade. O autor ainda discorre que o essencial do trabalho não é quantificado, pois não está dentro da esfera do visível:

[...] o trabalho, naquilo que ele tem de essencial, não pertence ao mundo visível. Como tudo o que é afetivo, o sofrimento que é a origem da inteligência e que constitui a própria substância do trabalhar – por razões transcendentais, é inacessível à quantificação. O trabalho não pode ser avaliado, porque só aquilo que pertence ao mundo visível é acessível à experimentação científica, podendo ser objeto de uma avaliação objetiva. De maneira que, o que se avalia, corresponde somente àquilo que é visível (a parte materializada da produção), e que não tem nenhuma proporcionalidade passível de comparação com o trabalho efetivo. Outras características das situações de trabalho agravam, ainda, a invisibilidade do trabalhar (DEJOURS, 2004, p. 30).

O trabalho imprime-se num processo de mediação entre o ser humano e a natureza, sendo que sua capacidade de agir de forma intencional e com uma finalidade, o diferencia dos demais animais. Marx (2004) explica que a capacidade do homem de exprimir significado à natureza, a partir de uma atividade consciente e planejada é o que faz tal diferenciação. Por meio do trabalho humano, o homem transforma a natureza, conforme suas necessidades e intenções. O mesmo autor clarifica que os animais também produzem, mas de forma diferente dos homens, produzem apenas para sua necessidade imediata:

É verdade que também o animal produz. Constrói para si um ninho, habitações, como a abelha, castor, formiga etc. No entanto, produz apenas aquilo de que necessita imediatamente para si ou sua cria; produz unilateral[mente], enquanto o homem produz universal[mente]; o animal produz apenas sob o domínio da carência física imediata, enquanto o homem produz mesmo livre da carência física, e só produz, primeira e verdadeiramente, na [sua] liberdade [com relação] a ela; [...] O animal forma apenas segundo a medida e a carência da espécie à qual pertence, enquanto o homem sabe produzir segundo a medida de qualquer espécie, e sabe considerar, por toda a parte, a medida inerente ao objeto; o homem também forma, por isso, segundo as leis da beleza (MARX, 2004, p. 85).

A partir do trabalho, o ser humano apropria-se dos objetos da natureza, transformando-os em objetos de uso humano. Gomez (2004) afirma que a necessidade do trabalho é algo insuprimível da vida humana, mas sua forma de realização é cambiante. “A compreensão do modo como os homens se apropriam e transformam a natureza está indissociavelmente ligado

às formas como os homens se relacionam entre si e ao desenvolvimento das forças produtivas da sociedade” (GOMEZ, 2004, p. 38).

Marx (2004) afirma que o trabalho é uma atividade vital aos seres humanos, sendo a partir dele que o homem objetiva seu espírito no mundo e materializa em objetos às suas ideias, gerando por consequência, os bens necessários para sua existência e riqueza social. Além disso, o ser humano transforma, por meio do trabalho, a realidade natural, criando uma nova realidade, a qual será usufruída pelas demais pessoas, num processo de relação social. A partir desse processo relacional entre o ser humano e a natureza, por intermédio do trabalho, que se constrói sociedades, desenhando e redesenhando a história das pessoas.

Araújo e Sachuk (2007) defendem a visão do trabalho como algo central para humanidade, compreendendo que tanto historicamente quanto politicamente, a humanidade estrutura-se a partir do conceito de trabalho, sendo difícil dissociar o trabalho da existência das pessoas. Esses autores também destacam a importância de compreender, ao longo da história, como as concepções e representações de trabalho formaram-se, relacionando-se aos interesses econômicos, ideológicos e políticos de cada época.

As origens do trabalho são remotas, sendo que na antiguidade, era encarado como ação de subsistência, havia práticas de escambo e movimentos de povos nômades, os quais migravam de um lugar ao outro em busca de condições mais favoráveis para obter alimentos e outras questões de sobrevivência. Nessa época, o homem almejava saciar suas necessidades básicas e todo o trabalho consistia na busca de melhorias voltadas para as atividades do cotidiano, não visava lucro. Outro modo de trabalho, era pela escravização de pessoas, sendo justificado pela dominação de territórios, ocorreu na idade média, com disputas de terras e guerras, como também no período das colonizações, já na era moderna. Compreende-se que a escravidão vai além da noção do trabalho compulsório, havendo a dominação opressora de um grupo que se vê obrigado a apagar sua história, significados, sentidos, produções e potencialidades, passando a ser propriedade de outro grupo considerado socialmente como superior (QUEIROZ; SOUZA, 2020; GUARINELLO, 2006).

A idade média foi marcada pelo feudalismo, onde a sociedade era dividida entre três classes: clero, nobreza e campesinato, não havendo mobilidade entre elas. O trabalho era realizado por meio de servidão, o qual o servo recebia (espontaneamente ou obrigatoriamente) uma terra para trabalhar, mas não detinha posse dela. Havia exploração da mão de obra, devendo o servo fidelidade ao senhor feudal, ficando preso nessa relação, diante a imposição da obediência e obrigações aos donos da terra. Ressalta-se que, apesar do grau de subordinação e deveres dos servos, eles diferenciavam-se, por diversos motivos, das pessoas escravizadas,

inclusive por não poderem ser vendidos (QUEIROZ; SOUZA, 2020; PIRENNE, 1982 *apud* BATISTA, 2014).

A partir do enfraquecimento do feudalismo, fruto de movimentos sociais, o comércio expande-se, por meio do mercantilismo, tendo como ápice a Revolução Industrial Inglesa, no século XVIII, trazendo consigo o novo modo de produção, capitalista, que ao invés de um modelo servil e/ou de escravização, o trabalho passa a ser assalariado. Com aumento das atividades comerciais e os surgimentos das cidades, os camponeses migraram do campo para tentar trabalhar nos centros urbanos, tendo como meio de suprir sua subsistência, a venda de sua força de trabalho. Assim, o trabalhador passa a não fazer parte de todo o processo produtivo como antes, atém-se apenas a realizar aquilo que está sendo remunerado para fazer (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MARX, 2013).

Alvim (2006) atenta para a perda de investimento afetivo no trabalho. Explica que com o processo de alienação (proposto por Marx), o proletariado fica alienado aos meios de produção pertencentes à burguesia que por sua vez também é proprietária dos produtos finais, ou seja, o trabalhador perde o direito da posse do produto fabricado, restando apenas a posse de si mesmo. Assim, dentro da cadeia produtiva, o trabalhador passa a ser visto como um custo, do mesmo modo que as despesas com ferramentas, matérias-primas e outros. Além disso, há uma separação entre a concepção e a execução do trabalho, cabendo ao proletariado somente a operacionalização. O trabalhador não cria conexão entre sua vida e os objetos que produz, “o objeto que o trabalho produz, o seu produto, se lhe defronta como um ser estranho, como um poder independente do produtor” (MARX, 2004, p. 80).

Nesse sentido, a produção capitalista apresenta-se com objetivo de gerar lucro ou mais-valia. A mais-valia representa a disparidade entre o salário pago e o valor produzido pelo trabalho, ou seja, representa as horas em que o trabalhador produz valor, mas não é remunerado. Assim, a geração de mais-valia configura-se na valorização do capital que se materializa na concretude da produção de bens e serviços (processo de trabalho). A mais-valia pode ocorrer de forma absoluta, por meio do aumento da jornada ou redução do salário e relativa que ocorre pelas mudanças tecnológicas ou intensificação do trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Nas últimas décadas do século XIX, metodologias de organização e controle do trabalho foram desenvolvidas. Nos Estados Unidos, difundiu-se a ideia da gerência científica criada por Taylor que segundo Ribeiro (2015) baseavam-se em métodos padronizados da operacionalização do trabalho a fim de equalizar a relação tempo e movimento, racionalizando o trabalho e aumentando a produtividade. Posteriormente, Ford introduz a esteira rolante, a qual possibilitaria ao trabalhador uma posição fixa, diminuindo o tempo de produção, intensificando

a automatização e mecanização do processo de trabalho. O ritmo do trabalho passa ser controlado de forma intensa, gerando exaustão nos trabalhadores, tendo como consequência o absenteísmo, alta rotatividade, sabotagem, movimentos sindicais e outras ações de resistência dos trabalhadores.

Druck (1999) explica que tal resistência aos moldes da gestão e organização do trabalho, baseados no binômio taylorismo/fordismo não se restringiu apenas a classe dos trabalhadores, sendo um questionamento de vários setores da sociedade, em especial entre os jovens e estudantes, os quais levantaram pautas acerca do jeito americano de se viver. A movimentação operária somada a outros fatores como saturação do mercado e inflação contribuíram para a crise do fordismo.

Em paralelo a isso, no Japão, mesmo no período pós-guerra, a economia já começava a despontar com altos números no quesito produtividade. Disseminam-se o toyotismo que, segundo o mesmo autor, tratava-se de uma forma de organização do trabalho em que os estoques eram produzidos a partir da demanda, acumulação flexível, círculos de controle de qualidade, trabalho em equipe, suposta não separação entre concepção e execução, dentre outras premissas. Assim, diante da crise do fordismo, as empresas capitalistas incorporam algumas características do modelo japonês como alternativa na queda do nível de produtividade.

Nessa esteira, a atualidade substitui o trabalhador fortemente especializado – da era fordista – pelo trabalhador polivalente e multifuncional da era toyotista. Ou seja, explora-se ao máximo a força e a capacidade do trabalhador de realizar sozinho diversas tarefas e funções, expondo-o a condições precarizadas de trabalho, podendo prejudicar sua saúde. Ademais, os postos de trabalhos formais vão diminuindo, ao contrário do que acontece com os trabalhos informais que vão aumentando. Nota-se uma classe trabalhadora marcada pela informalidade, terceirização, temporalização, jornadas parciais e precarização (ANTUNES, 2005).

Ressalta-se que posterior à crise de 1970, o capitalismo avançou para um modelo com menor intervenção governamental, preconizando a abertura do mercado e acarretando maior competitividade, tendo o neoliberalismo como diretriz para a reestruturação da economia. No Brasil, o neoliberalismo, fomentou a onda da terceirização, incluindo a privatização das estatais. Além disso, cresceu a economia informal, dentre outras formas não regulamentadas, bem como o desemprego. De forma geral, os trabalhadores estão expostos à situações de desproteção social, imersos na precarização e desvalorização de sua força de trabalho. Profissionais experientes e qualificados, por exemplo, são substituídos pelos recém-formados e/ou com menor experiência, visto que estes dispõem a trabalhar por um menor salário, enquanto os mais

experientes, desempregados, veem-se obrigados a encarar o mercado informal (ANTUNES, 2005, 2007).

Percebe-se que a profunda segmentação do trabalho produz diferenças significativas entre as condições de trabalho dos trabalhadores “estáveis”, que compõem o núcleo da força de trabalho, e os que estão nos grupos dos periféricos, terceirizados e temporários. Assim, de acordo com Araújo e Morais (2017), as práticas de organização flexível do trabalho têm redefinido os locais de trabalho, constituídos por trabalhadores qualificados (valorizados pelo seu saber técnico) e por trabalhadores sem qualificação (subcontratados com baixos salários). A focalização na atividade central implica a existência de um número reduzido de empregos bem pagos, estáveis e com perspectivas de desenvolvimento profissional; para esse segmento de trabalhadores, a empresa constituiria, em tese, um lugar de cidadania, de sociabilidade, de expressão e de subjetividade.

Nesse processo, ocorre a diminuição da oferta de empregos formais, permanentes, de tempo integral, gerando excedente de força de trabalho, fazendo com que as pessoas sofram pressão financeira e insiram-se no mercado informal. Desse modo, as diferentes formas de vínculos de trabalho e suas conseqüentes condições enfraquecem as mobilizações sociais e reivindicações de melhoria. O grupo dos trabalhadores ficam fragmentados e precarizados.

Dentre as possibilidades do mercado informal, destaca-se o processo de uberização, que segundo Pinheiro, Souza e Guimarães (2020), o termo refere-se a empresa Uber, a qual simboliza as novas formatações das relações trabalhistas na contemporaneidade, especialmente por meio dos aplicativos de celular, evidenciando que o uso da tecnologia torna as condições empregatícias mais precárias. Mesmo não havendo proteção social, tal modalidade causa, neste tipo de trabalhador, a sensação de liberdade e autonomia por não haver um patrão direto, ao mesmo tempo que mantém o controle, gerenciamento e fiscalização do trabalho.

Pode-se refletir que um pequeno número de trabalhadores formam o grupo dos bem pagos e assegurados dos direitos trabalhistas, enquanto uma grande parte precisa compor o mercado temporário ou informal. Será que os bem pagos, mesmo podendo deixar de pertencer a esse grupo, iriam praticar mobilizações sindicais? E os trabalhadores informais, irão reclamar para quem? Ou os temporários que estão presos a contratos amparados por lei? Toda essa configuração dificulta a postura do trabalhador como ator social e faz com que ele fique em situação de vulnerabilidade e medo frente a possibilidade de não ter nenhum tipo de rendimento.

O sistema capitalista, o qual preza pelo lucro acima de tudo, está por trás de todo esse processo discutido aqui. É nesse contexto que o trabalho, elemento central da vida, e os trabalhadores são engolidos pela estratégia de acumulação e da sempre crescente concentração

de renda. Reduzem-se fortemente os investimentos públicos e estatais, privatiza-se em larga escala, aprovam-se uma reforma da previdência e uma reforma trabalhista, invariavelmente para a obtenção de novas fontes de extração de mais-valia. Para tal, necessita da flexibilização dos direitos e contratos trabalhistas, o que demanda uma agressão perversa por cima da organização e da resistência sindicais (VASCONCELLOS *et al.*, 2021).

Os interesses das grandes empresas e da justiça social são divergentes-, a discussão sobre essa questão é ampla, contudo, aponta-se a importância do debate ainda que haja as - dificuldades percebidas na - mobilização da classe trabalhadora, - os constantes desmontes sociais, sendo os sindicatos os locais que ainda representam um espaço aberto de diálogo, defesa dos direitos humanos e de contribuição para a construção de uma sociedade mais justa e com mais condições dignas de vida.

1.2 Um recorte histórico sobre a Saúde do Trabalhador

No final dos anos 70, o caráter da doença foi amplamente discutido, sendo questionado se a doença era de cunho estritamente biológico individual, conceito dominante da época, ou, social. As indagações encontram-se interligadas aos movimentos populares da época que criticavam os modos comumente utilizados para atender as necessidades dos trabalhadores, procurando atingir uma nova compreensão dos problemas que abarcasse aos interesses populares, inspirando as novas correntes a adotar a base social. Na medicina, também discute-se os limites do modelo médico-biológico para o atendimento dos principais problemas enfrentados pelos países industrializados, compreendendo que a medicina clínica não responde satisfatoriamente às soluções de melhoria das condições de saúde da coletividade (LAURELL, 1982).

Nesse embalo, houve o avanço científico da Medicina Preventiva e da Medicina Social, ampliando a compreensão do processo saúde-doença, considerando sua articulação com o trabalho. O caráter histórico da doença passa a não se limitar ao estudo das características individuais, mas no processo que ocorre na coletividade, na observância dos modos de morrer e nascer das pessoas num determinado grupo. Assim, o processo saúde-doença consiste num emaranhado de relações e circunstâncias que se alteram a depender do momento histórico e do desenvolvimento científico da humanidade. Ou seja, o processo saúde-doença não se restringe aos fatores biológicos individuais, mas em sua conexão com o processo social, considerando que a história social de cada indivíduo afeta sua biologia, fazendo com que a depender de cada contexto, haja certa probabilidade de que ele adoça de modo particular (LAURELL, 1982).

Canguilhem (2002) discorre sobre o normal e o patológico, evidenciando que os problemas relacionados às estruturas e comportamentos patológicos devem ser compreendidos a partir do seu contexto histórico e não como fatores isolados. Assim, a saúde e a doença são consideradas pelo autor como “[...] dimensões constitutivas do processo dinâmico que é a vida, estando cada uma dessas dimensões contida na outra [...]” (CANGUILHEM, 2002, p. 44). A saúde, então, relaciona-se à capacidade do ser humano de estabelecer normas, tolerar e enfrentar as infidelidades e agressões do meio em que vive, considerando que o normal varia de acordo com as flutuações desse meio. Mas, não se trata apenas de adaptabilidade, demandando processos racionais e psíquicos como a de construção e imposição de regras e criação de recursos para lidar com as inconstâncias da vida. O autor introduz a ideia sobre saúde e doença como um processo:

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2002, p. 148).

O conceito de saúde configura-se de forma dinâmica e complexa, acompanhando a trajetória histórica da humanidade, indo desde a visão mágico-religiosa até a contemporaneidade. A saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, apresentando diferentes concepções de acordo com o contexto inserido, dependendo de como apresenta-se o modo de vida das pessoas, o lugar, a época, a classe social, valores individuais, as concepções religiosas, e os avanços científicos. Da mesma forma, as doenças também sofrem influências de toda estrutura social e suas variantes. Considera-se, assim, a saúde e doença como um processo e não como um estado (SCLIAR, 2007).

A epidemiologia social evidencia a saúde e doença como elementos ligados dinamicamente às condições de vida das pessoas e dos variados grupos sociais existentes, trazendo o processo-saúde-doença como conceito central de seus estudos, defendendo que as situações de saúde sejam individual ou coletiva, deriva de um compilado de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (LIMA; OLIVEIRA; PAGOTTO, 2020).

Na Medicina Social latino-americana, o processo saúde-doença parte do pressuposto da determinação social, adotando o processo do trabalho como uma das determinações mais influentes nessa relação. Assim, à medida que a sociedade se articula e reconhece o trabalho

como fator influente na saúde, o campo da Saúde do Trabalhador (ST) vai se consolidando, assumindo como ponto norteador a relação do processo saúde-doença relacionada ao trabalho e seus desdobramentos coletivos oriundos dos aspectos sociais, políticos e econômicos em conexão aos fatores biopsíquicos resultantes dos laços sociais na atual sociedade neoliberal. Assim, a medicina social contrapõe a medicina tradicional por adotar uma concepção de saúde, a qual compreende o processo saúde-doença a partir da coletividade, considerando que o cunho social da doença não se expressa individualmente, mas nos modos de manifestação do adoecer e morrer dos membros de uma sociedade e a consequente vinculação de cada grupo a uma classe social (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Além das contribuições da Medicina Social latino-americana, no Brasil, o campo da Saúde do Trabalhador, emerge da Saúde Coletiva, recebendo também influências do Movimento Operário Italiana (MOI) (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). O MOI defendia que o próprio trabalhador deveria atuar na produção de conhecimentos de si próprio e de sua saúde, não direcionando tais assuntos a técnicos de empresas, inclusive propunha quebrar o paradigma de que a saúde deveria ficar a cargo somente das instituições oficiais, colocando o trabalhador como protagonista de todo processo. A exemplo, a metodologia do Mapa de Riscos, a qual presidia a participação ativa dos trabalhadores, mapeando os possíveis riscos físicos, químicos, biológicos e de organização do trabalho com os quais o trabalhador estaria exposto (GUIMARÃES, 2020).

Mendes e Dias (1991), ressaltam que dentro da especialidade médica, na Inglaterra, surgiu o que foi chamada de Medicina do Trabalho, a qual consistia numa atividade voltada à adaptação dos trabalhadores às condições de trabalho, almejando a produtividade. Tal modalidade desenvolveu-se paralelamente ao período de industrialização, momento em que o havia um processo produtivo acelerado, o qual submetia o trabalhador a condições desumanas. A ideia de propiciar serviços médicos aos trabalhadores, revelava a insuficiência do acesso e assistência à saúde pública. Com a evolução acelerada da tecnologia industrial, a Segunda Guerra Mundial e o período pós-guerra, culminou no aumento dos acidentes provocados pelo trabalho, doenças incapacitantes e o aumento da insatisfação dos trabalhadores e empregadores.

Diante das demandas relatadas, a Medicina do Trabalho ampliou-se, trazendo a Saúde Ocupacional que abarcava a atuação de outros profissionais e intervenções sobre o ambiente de trabalho. A atuação da Saúde Ocupacional privilegia uma prática clínica centrada no indivíduo, focado no diagnóstico e problemas orgânicos, desconsiderando a subjetividade do trabalhador, atuante apenas para os trabalhadores formais. Por isso, a Saúde Ocupacional foi alvo de críticas no final dos anos 60, quando a partir dos movimentos populares, a sociedade se mobilizou em

prol de melhores condições de trabalho, indagando o significado do trabalho, da vida, da liberdade e da valorização da subjetividade como um todo (MENDES; DIAS, 1991).

Nessa esteira, as contribuições dos movimentos populares e engajamento político, influenciou a construção da Saúde do Trabalhador e a superação da visão hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, e/ou aos riscos identificados no ambiente de trabalho, rompendo com as concepções da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, almejando-se compreender e intervir nas relações processo saúde-doença e trabalho, a partir de estratégias de prevenção aos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, valorizando o saber dos trabalhadores, sua subjetividade, considerando o trabalhador como sujeito, abarcando toda sua história e singularidade. O trabalhador passa a ganhar protagonismo na cena, tornando-se um agente de mudanças, levando o conhecimento acerca do seu trabalho, suas vivências compartilhadas na coletividade para transformar a realidade do trabalho (LACAZ, 2007; MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003).

Mendes e Dias (1991) definem o objeto da saúde do trabalhador como o processo saúde e doença dos grupos sociais, em sua relação com o trabalho. “Representa um esforço de compreensão deste processo como e porque ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica” (MENDES; DIAS, 1991, p. 347). Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) complementam que a Saúde do Trabalhador possui como compromisso mudar o panorama de saúde da população trabalhadora, o que exige ação política, jurídica, técnica e posicionamento ético.

1.3 Saúde Mental e Trabalho

O trabalho, a depender de suas circunstâncias, pode contribuir com a saúde mental do trabalhador ou seu coletivo, como pode favorecer ao aparecimento de distúrbios psicossociais e doenças psicossomáticas ou psiquiátricas. Nesse sentido, a interlocução entre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho na sua dimensão psíquica fomentam estudos que buscam compreender os aspectos que podem levar ao adoecimento em decorrência do trabalho, estabelecendo um subcampo de conhecimento que deriva da Saúde do Trabalhador, trazendo o trabalho como determinante no processo saúde-doença, considerando os conhecimentos e a subjetividade dos trabalhadores, assumindo o compromisso com a transformação dos processos de trabalho adoecedores. Tal subcampo, amplia o olhar da saúde mental, rompendo com a visão

restrita dos aspectos microssociais como família e escola, baseando-se na interseção do indivíduo com a sociedade, por meio do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Nesse sentido, Seligmann-Silva (2011) aponta que a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) não considera o corpo e a mente de maneira separada, adota-se a indissociabilidade entre a saúde geral e a mental. O objeto de estudo transita entre a relação do trabalho e o processo saúde-doença, destacando os fenômenos mentais, considerando tanto o trabalho quanto o não trabalho. A SMRT é multidisciplinar e multiterritorial, representando um desafio para os pesquisadores na área por exigir que haja a integração dos conhecimentos produzidos por autores que estudam os fenômenos macrossociais com achados daqueles que focam nos aspectos microssociais submersos nas equipes e locais de trabalho e na dinâmica intrapsíquica consequente do trabalhar.

Papparelli, Sato e Oliveira (2011) norteiam que para a compreensão do campo da SMRT é necessário analisar os patamares nacional e internacional, empresas e espaço microssocial do local do trabalho. O patamar nacional refere-se aos aspectos estruturais como política, economia, desenvolvimento social, leis trabalhistas, proteção social e também às condições de habitabilidade, saneamento básico, transporte, segurança alimentar e outros que influenciam no processo saúde-doença dos trabalhadores. No nível internacional, compreende-se a divisão da riqueza, do poder e do trabalho. Em relação às empresas, analisa-se as relações de trabalho, os modelos de controle e gestão dos recursos humanos, relacionando a possibilidades de trabalhos saudáveis ou não saudáveis. Quanto ao espaço microssocial do local, atenta-se para a análise das dinâmicas coletivas e intersubjetivas, como também a individualidade, confrontando com os demais patamares.

Seligmann-Silva (2011) discute que anterior à constituição do campo da SMRT, disciplinas distintas já abordavam, a partir de referenciais próprios, aspectos relacionados à fadiga, estresse, neuroses do trabalho, alienação e dominação nos ambientes do trabalho. Tais estudos fomentaram as investigações que buscavam relacionar os fatores laborais a configuração dos distúrbios mentais gerais e principalmente aos psicossomáticos e psicossociais. Assim, a autora agrupa os principais referenciais teóricos em três: teoria do estresse, perspectivas psicanalíticas e desgaste mental.

A primeira originou-se a partir da Fisiologia, utilizando-se do positivismo presente nos estudos da Medicina e com enfoque behaviorista. A teoria tem colaborado com as pesquisas quantitativas, bem como com os estudos epidemiológicos. A corrente atende tanto na identificação dos fatores estressores já existentes no contexto do trabalho, como na prevenção de potenciais riscos e agravos. Nas teorias de base psicanalíticas, o interesse volta-se aos

processos subjetivos ou intrapsíquicos, e intersubjetivos – as relações interpessoais e nos fenômenos coletivos encontrados nos locais e situações laborais. A psicanálise está presente na fundamentação de importantes pesquisas qualitativas e nas práticas de serviços atuantes no atendimento de trabalhadores adoecidos, culminando em descobertas na Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho criada por Christophe Dejours (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Por último, a teoria do desgaste mental do trabalhador que se consolidou, originalmente, sob a perspectiva do materialismo dialético e perspectiva histórica, integrando as contribuições da Psicologia Social, de outras ciências sociais e da Psicanálise. A corrente baseou-se nos estudos de Laurell e Noriega (1989), por isso faz-se necessário compreender duas categorias de análise: as cargas de trabalho e o desgaste. As cargas de trabalho, que podem ser físicas, químicas, biológicas, psíquicas, dentre outras, referem-se aos esforços aplicados pelos trabalhadores para executar as tarefas demandadas. Assim, as cargas “[...] interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110), fazendo com que os sujeitos se adaptem e, como consequência, ao longo do tempo gera o desgaste. Por desgaste, os mesmos autores consideram que é a perda parcial ou definitiva da capacidade corporal ou psíquica do trabalhador, podendo ou não resultar em processos irreversíveis.

Ressalta-se que a precariedade das condições de vida e a inacessibilidade à cidadania e aos direitos humanos fundamentais faz com que o desgaste se agrave. Posto isto, o conceito do desgaste mental deriva das cargas psíquicas, incorporando-se em três distinções: o desgaste literal ou orgânico que refere-se ao dano do sistema nervoso central, normalmente ocasionado por substâncias tóxicas (metais pesados, solventes e outros produtos) que levam a déficit intelectual e transtornos mentais; o desgaste funcional ou variações do mal-estar que relaciona com alterações psicofisiológicas como a fadiga e o estresse, podendo ocasionar irritabilidade, cansaço excessivo, distúrbios do sono, desânimo, alterações no humor e na sociabilidade e o desgaste da subjetividade, no qual as perdas oriundas das vivências e organização do trabalho acarretam sofrimento mental ao trabalhador, atingindo sua identidade, por meio do ataque a dignidade e corrosão dos seus valores (SELIGMANN-SILVA, 2011).

De modo sintético, o desgaste mental ocorre quando as experiências da vida laboral resultam em perdas e deformações subjetivas, transitando o sujeito de um estado mental satisfatório para outro menos satisfatório. Assim, os elementos presentes no ambiente e organização do trabalho passam a ser compreendidos como fontes laborais de tensão, provocando o desgaste que se manifesta em diversas configurações (SELIGMANN-SILVA, 1994; PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

A partir da compreensão de que a interseção do processo de trabalho com o processo saúde-doença deve ser entendida pela análise de seus elementos e as relações entre eles, incluindo as determinações de ordem sociopolítica e econômica, as situações de trabalho dominado, em que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador são consumidos em decorrência do contexto de trabalho (produzindo adoecimentos). Ainda, percebe-se a redução do adoecimento às características individuais, culpabilizando o trabalhador por sua situação de saúde ou neutralizando os riscos, as condições e a organização do trabalho. Tal reducionismo explicativo faz com que, cotidianamente, sejam buscadas explicações para o desemprego e acidentes de trabalho apoiadas apenas nas particularidades individuais, sem analisar as relações do indivíduo e sociedade, indivíduo e contexto de vida (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA, 2007).

A Secretaria da Previdência Social elenca como principais fatores de risco à saúde mental dos trabalhadores: deficiências na concepção do trabalho como um todo, além de má organização e gestão do trabalho (BRASIL, 2017a). Além disso, apontam que os elementos da organização do trabalho que aumentam esses riscos para saúde mental são: carga excessiva de trabalho; exigências contraditórias dos superiores; ausência de clareza na definição das funções a serem exercidas; falta de participação na tomada de decisões e comunicação ineficaz, incluindo a falta de apoio por parte de colegas e chefias.

De acordo com o Boletim da Secretaria da Previdência Social de 2017, os transtornos mentais são a terceira causa de incapacidade para o trabalho no Brasil, o que equivale a 9% da concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. O mesmo documento aponta que episódios depressivos são a principal causa de pagamento de auxílio-doença não relacionado a acidentes de trabalho, representando 20,67%, seguido de outros transtornos ansiosos, que representam 17,9% (BRASIL, 2017b).

Sato e Bernardo (2005) discorrem sobre a dificuldade dos agentes envolvidos da SMRT (profissionais de saúde, empresas, peritos da previdência social) em reconhecer o trabalho como causador de problemas relacionados à saúde mental, o que reflete na diminuição da procura do trabalhador por serviços de referência para esta finalidade e consequente subnotificação de casos. Os autores explicam que por trás da dificuldade, encontra-se a visão hegemônica positivista e ideia de que tais problemas são de ordem individual. Os trabalhadores, por sua vez, sentem-se mais autorizados a buscar serviços especializados em Saúde do Trabalhador quando os problemas enfrentados são de natureza física.

Nesse rastro, a SMRT ultrapassa visões hegemônicas como a ideia de que o trabalhador deve ser moldado e adaptado aos interesses da organização, adotando a compreensão da

subjetividade do trabalhador no desempenho de suas funções, de seu protagonismo e na análise das dinâmicas circunstanciadas entre necessidades objetivas, subjetivas, condições de trabalho, organização de trabalho, relações de poder e contexto de vida (DE LUCCA, 2017).

Considerando a dimensão subjetiva do trabalho, Christophe Dejours (2004) propõe a Psicodinâmica do Trabalho, a qual evidenciou as relações entre trabalho e saúde mental, explorando os aspectos da organização do trabalho nessa relação, declarando que:

[...] psicodinâmica do trabalho que é uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental [...], uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social (DEJOURS, 2004, p. 28).

A Psicodinâmica do Trabalho compreende o trabalho a partir da relação entre o sujeito e Organização do Trabalho (OT), assumindo a posição central para a vida psíquica e os processos de subjetivação dos indivíduos, podendo resultar tanto em prazer quanto em sofrimento. Busca-se também analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores no sentido de manejar o sofrimento, podendo transformá-lo em prazer (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011; SELIGMANN-SILVA *et al.*, 2010).

Faz-se importante fazer uma diferenciação entre organização do trabalho e condições de trabalho. As condições de trabalho referem-se às cargas físicas, mecânicas, químicas e biológicas em que o trabalhador é submetido no ambiente laboral, atingindo – principalmente – o corpo dos trabalhadores, podendo acarretar desgaste, doenças somáticas e envelhecimento. A OT, por sua vez, afeta o funcionamento psíquico, sendo um fator determinante para o sofrimento mental (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010).

Dejours (1992, p. 25) compreende que para a organização do trabalho “designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc”. De maneira mais detalhada, a organização do trabalho refere-se de um lado pela divisão das tarefas, remetendo à distribuição, ao seu conteúdo – contendo o ritmo de trabalho, pausas de descanso, jornada de trabalho, cargas de trabalho, dentre outros. E, por outro lado, a divisão dos homens, a qual faz referência às relações interpessoais entre colegas e chefias, abrangendo as questões da hierarquia e do poder relacionados aos aspectos da dominação, submissão e servidão no trabalho (DEJOURS, 1999).

Por modo operatório compreendem-se as atividades ou operações que devem ser realizadas para atingir o objetivo da tarefa, podendo ser ditado pela empresa (trabalho prescrito) e da forma em que é executado (trabalho real). O trabalho real, segundo Antunes (2018), está

integrado aos objetivos econômicos e políticos e por isso deverá garantir a máxima eficácia na produção, bem como o menor custo do trabalho e uma máxima submissão do trabalhador. Dessa forma, a “divisão dos homens” assume papel relevante na análise dos processos psicopatológicos, pelo entendimento de que há uma disparidade entre o trabalho prescrito (OT formal) e a realidade concreta da execução do trabalho (OT informal). Dejours (2004) coloca que há um espaço entre o trabalho real e o prescrito, o que faz com que o trabalho seja encarado por um caminho a ser percorrido e explorado pelo trabalhador o tempo todo, envolvendo a personalidade como resposta a uma determinada tarefa delimitada por pressões.

A organização do trabalho afeta tanto o conteúdo das tarefas quanto as relações humanas “[...] isso não ataca diretamente o corpo, mas a cabeça das pessoas que trabalham; ataca o que chamamos de ‘funcionamento mental’” (DEJOURS, 1986, p. 10). Quando a OT confronta com o funcionamento psíquico do trabalhador, comprometendo o seu desejo, pode provocar desde perturbações, sofrimentos, até doenças mentais e físicas. Nessa dinâmica entre funcionamento mental e OT, evidencia que:

[...] há organizações do trabalho que são muito perigosas para o funcionamento mental e outras que não o são, ou que são menos perigosas. Particularmente, as organizações do trabalho perigosas são as que atacam o funcionamento mental, ou seja, o desejo do trabalhador. Quando se ataca o desejo do trabalhador, e há organizações que são temíveis porque atingem diretamente isso, provoca-se não somente perturbações, mas também sofrimentos e, eventualmente, doenças mentais e físicas (DEJOURS, 1986, p. 10).

Em contrapartida, existem formas de organização do trabalho que colaboram com a saúde dos trabalhadores, que reprimem menos e não comprometem o funcionamento mental, resultando num processo de equilíbrio, o qual a empresa é maleável, procurando adaptar-se às necessidades dos trabalhadores. “Essa situação é favorável à saúde das pessoas. Há trabalhadores que se sentem melhor depois de um trabalho do que antes” (DEJOURS, 1986, p. 10). Evidencia-se que o trabalho por si só não é adoecedor, ele pode ser fonte de saúde ao trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2011; DEJOURS, 2011).

Observa-se que o trabalho se configura como central na vida humana, atuando na saúde subjetiva, podendo atingir o prazer e autorrealização. A centralidade do trabalho pode ser entendida em dois níveis: o individual e o coletivo. No individual, o sujeito entra em contato com o real do trabalho, seja a partir do fracasso ou das resistências ao seu saber-fazer, podendo ofertar ao trabalhador, por meio de um intenso trabalho do psiquismo, o desenvolvimento de uma inteligência prática, de uma inteligência do corpo, apropriando-se o real. Ou seja, o trabalho atua como meio para o desenvolvimento de novas capacidades tanto para o corpo quanto para o psiquismo, fazendo com que o indivíduo transforme sua relação com o real e

consigo mesmo, expandindo sua subjetividade e potencializando sua saúde. No nível coletivo, a subjetividade é transformada por meio do reconhecimento – dos saberes, das técnicas, das contribuições, das inventividades (DEJOURS; DERANTY, 2015).

Nesse movimento, o trabalho vai mediando – de forma central – a construção e o desenvolvimento da identidade dos sujeitos, ela apresenta-se de forma mutável, desenvolvendo-se durante toda a vida, não sendo conquistada definitivamente. O processo de formação da identidade acarreta uma lacuna que não é preenchida, sendo que nas relações cotidianas, nas trocas afetivas e materiais, nas buscas de semelhanças e diferenças que vão se formando – dinamicamente (LANCMAN, 2008; DEJOURS, 2004).

Dejours (2004) explica que o trabalhador reconhece a distância entre a realidade e as prescrições por meio do fracasso. Assim, o mundo real é revelado, confrontando o sujeito ao fracasso, podendo surgir sentimentos de impotência, irritação, decepção, esmorecimento, dentre outros. “ É sempre afetivamente que o real do mundo se manifesta para o sujeito. Mas ao mesmo momento que o sujeito experimenta afetivamente a resistência do mundo, é a afetividade que se manifesta em si” (DEJOURS, 2004, p. 28). O sofrimento pode ser entendido, então, como uma impressão subjetiva do mundo e ao mesmo tempo o que movimenta as pessoas. O sofrimento está ligado ao afeto, a como é experimentado o afeto com o real do mundo. “Assim, é numa relação primordial de sofrimento no trabalho que o corpo faz, simultaneamente, a experiência do mundo e de si mesmo” (DEJOURS, 2004, p. 28).

Por outro lado, é necessário analisar como o trabalhador enfrenta os desgastes e as cargas impostas pela organização do trabalho. Dejours (2011) descreve dois tipos de sofrimentos: o criativo, o qual o sujeito cria estratégias e soluções adaptativas, recursos que garantem sua saúde perante os desgastes e pressões do trabalho, para isso é necessário que haja certa liberdade na organização do trabalho que possibilite negociações entre as imposições do trabalho e o desejo do trabalhador; e, o sofrimento patogênico que se refere ao modo de enfrentamento pelo qual o sujeito faz escolhas prejudiciais à sua saúde. O trabalhador depara-se frente à inflexibilidade da organização do trabalho, vendo-se impedido de encontrar maneiras de descarregar suas pulsões nas suas atividades laborais – que poderiam ser fontes para estratégias defensivas.

Conhecendo o processo de trabalho de um determinado grupo de trabalhadores, pode-se detectar as principais cargas e os traços gerais do padrão de desgaste. Assim, o grande desafio é desenhar ações que possam modificar o destino do sofrimento, favorecendo a sua transformação:

Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como um mediador para a saúde. Quando, ao contrário, a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido de sofrimento patogênico, o trabalho funciona como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010, p. 14).

A liberdade atua como fator importante no ambiente de trabalho. Se o sujeito consegue ter uma margem de liberdade na empresa, a qual ele possa negociar entre as imposições do trabalho e seu desejo, o sofrimento tende a ser amenizado, enquanto se não houver liberdade de negociação, rigidez na organização do trabalho, o trabalhador é impedido de encontrar vias de descarga dos desgastes enfrentados, utilizando-se de estratégias defensivas para o enfrentamento do contexto. Assim, haver espaços coletivos, nos quais constituem em momento de partilhar confiança e regras comuns, em que o trabalhador possa falar, ser ouvido e também ouvir, favorece a compreensão, visibilidade e o sentido ao que acontece nas relações de trabalho, assim como possibilita o reconhecimento das defesas individuais e coletivas utilizadas para minimizar o sofrimento (DEJOURS, 1992, 2011, 2016).

Nessa esteira, vale pontuar os conceitos de coordenação e cooperação. O primeiro diz respeito à ordenação da divisão das tarefas, as atribuições, as limitações das funções, representando o domínio e o poder. Já a cooperação refere-se a interpretação coletiva das prescrições, tornando-se possível a ressignificação compartilhada do sofrimento, a elaboração das defesas coletivas, a gestão das contradições das relações de trabalho, podendo acarretar a transformação da organização trabalho em fonte de prazer. Para cooperar, o trabalhador precisa usar os espaços coletivos debatendo suas ideias, defendendo seus pontos de vista, abordando seu saber fazer com objetivo de encontrar no grupo um modo de fazer que seja consensual (DEJOURS, 2016).

Em tempo, diferencia-se a estratégia defensiva individual da coletiva. A primeira refere-se ao interior do sujeito, atua independente da presença de outrem, diferentemente da estratégia defensiva coletiva que ocorre a partir de um consenso, ocorrendo externamente ao indivíduo. O prazer e sofrimento derivam das vivências subjetivas individuais, sendo experimentadas de maneira única por cada sujeito. Assim, num grupo, vários sujeitos experimentando, de modo particular, um sofrimento em comum – poderiam, por meio de seus esforços, partilhar uma estratégia defensiva coletiva que atuaria como acordo/regra (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010).

Posto essas considerações, cabe questionar: como está organizado o trabalho dos psicólogos atuantes na Atenção Básica de saúde do setor sul da cidade de Uberlândia? E,

sobretudo, analisar suas vivências no contexto de trabalho, das relações de prazer e o sofrimento no trabalho e as estratégias de defesa adotadas neste enfrentamento.

2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) originou-se a partir da organização do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que ocorreu em meados da década de 1970, época marcada pela resistência social ao regime autoritário. A questão da saúde era encarada como uma forma de reduzir as desigualdades existentes. Lima *et al.* (2005) afirmam que a saúde pública era um dos eixos norteadores da luta e resistência contra a ditadura militar, possuindo como objetivo o acesso gratuito integral dos cidadãos aos serviços públicos de saúde.

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde rodeada a intensa mobilização popular (BRASIL, 1986a), tendo seus debates e direcionamentos desembocados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a qual atribui a responsabilidade da saúde ao Estado, conforme descrito no Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Anteriormente à promulgação da constituição de 1988, a saúde pública no Brasil destinava-se aos trabalhadores formais, os quais contribuía para a Previdência Social. Desse modo, aqueles que não se enquadravam nesse grupo, como também não possuíam condições financeiras para arcar com suas despesas de saúde, recorriam às instituições de caridade e da filantropia (MENICUCCI, 2014). Diante ao contexto apresentado, percebe-se que o SUS representa um marco histórico na democratização do Brasil, podendo ser considerado uma conquista social para diminuição das desigualdades.

Para a regulamentação, funcionamento e organização do sistema público de saúde, o congresso nacional decreta, em 1990, a Lei nº. 8.080, a qual define o SUS como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 1990a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c), como princípios doutrinários, o SUS adota a equidade, a integralidade e a universalidade. A primeira intui a diminuição das desigualdades, atentando ao fato de que as pessoas não são iguais e, por isso, apresentam demandas distintas, necessitando de igualdade de condições ao acesso às ações e serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde. A integralidade diz respeito a não fragmentação da

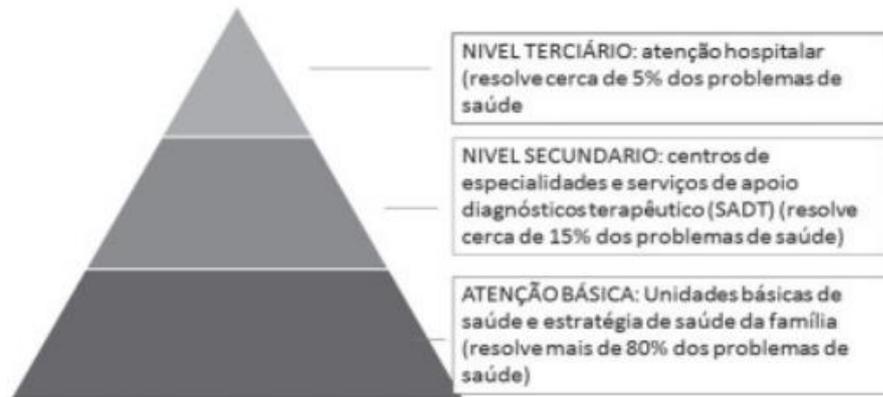
promoção, recuperação e reabilitação da saúde, ou seja, as ações em saúde precisam ser integradas e atender ao cidadão como um todo. Já a universalidade corresponde a garantia dada pelo estado a qualquer cidadão aos serviços e ações do sistema de saúde.

Em relação ao funcionamento, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c) aponta os princípios organizativos do SUS: regionalização e hierarquização; descentralização e comando único e participação popular. O primeiro indica que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, limitada a uma determinada área geográfica que deve ser planejada a partir de dados sobre a população atendida. Por isso, os serviços precisam ser articulados e com comando unificado. O segundo corresponde a redistribuição do poder e da responsabilidade entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tendo como objetivo prestar serviços de qualidade e garantir o controle social. Assim, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município para que ele gerencie as ações. Cada nível de governo possui autonomia nas suas decisões, respeitando os princípios gerais e participação da população (comando único). Por último, a participação popular, detalhada na Lei nº. 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), indicando que deve ocorrer o controle social, a partir da participação da população por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, os quais criam estratégias, controlam e avaliam a execução da política de Saúde.

Nesse contexto, observa-se que a saúde pública brasileira deriva de um sistema centralizado e de responsabilidade federal, sem participação da comunidade, restrito aos contribuintes da Previdência Social e de caráter hospitalocêntrico perpassando para o SUS, o qual abrange a todos, sem discriminação, descentralizado, municipalizado, participativo e com foco em todos os níveis de atenção: promoção, proteção, recuperação e reabilitação, conforme cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Gonçalves (2014) aborda os níveis de atenção à saúde de maneira hierarquizada, dividindo em: a) Atenção Básica à saúde, ou Atenção Primária, definida como o conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, referentes ao primeiro contato e de menor densidade tecnológica, entre outras atribuições; b) atendimento de média complexidade que corresponde a consultas a especialistas, a exames diagnósticos, entre outros, e representam o maior gargalo do sistema de saúde no Brasil; e c) o atendimento de alta complexidade, que são aqueles atendimentos maiores, consumidores de recursos de grande monta e de elevada densidade tecnológica (GONÇALVES, 2014).

Figura 1 - Modelo da pirâmide, hierarquização e regionalização do SUS



Fonte: Mendes (2011).

Como observado na Figura 1, o modelo hierarquizado e regionalizado pode ser representado por uma pirâmide, sendo que de sua base para o ápice aumenta o nível de complexidade e uso de equipamentos de alta tecnologia ao passo que diminui a porcentagem da resolução dos problemas de saúde. A imagem reflete a cultura hospitalocêntrica existente, revelando o enfoque político às ações curativas, assim como discorre Paim (2009) ao dizer que o sistema piramidal é rotulado de modelo hospitalocêntrico devido a discrepância da concentração de tecnologias nos níveis de atenção à saúde, estando evidentes nos secundários e terciários, em especial na assistência hospitalar.

De acordo com Mendes (2010), o sistema hierarquizado se torna fragmentado à medida em que os serviços não dispõem de uma comunicação efetiva entre eles, ou seja, a Atenção Básica não mantém uma comunicação assertiva com a atenção secundária, este por sua vez, não se comunica fluidamente com a atenção terciária e demais serviços de apoios. Assim, a gestão do cuidado que, em tese deveria ser realizada pela AB, fica comprometida, gerando descontinuidade assistencial.

Em 2010, o Ministério da Saúde publica a Portaria MS nº. 4.279 (BRASIL, 2010), a qual estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. O documento justifica-se no reconhecimento de que o modelo de atenção à saúde, até então existente, baseava-se nas ações curativas, centrado na figura do médico e baseado na oferta, sendo insuficiente para suprir os desafios do país tanto no presente quanto no futuro. Elenca seis pontos da intensa fragmentação do cenário da gestão do SUS:

- (1) lacunas assistenciais importantes;
- (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
- (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a

necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

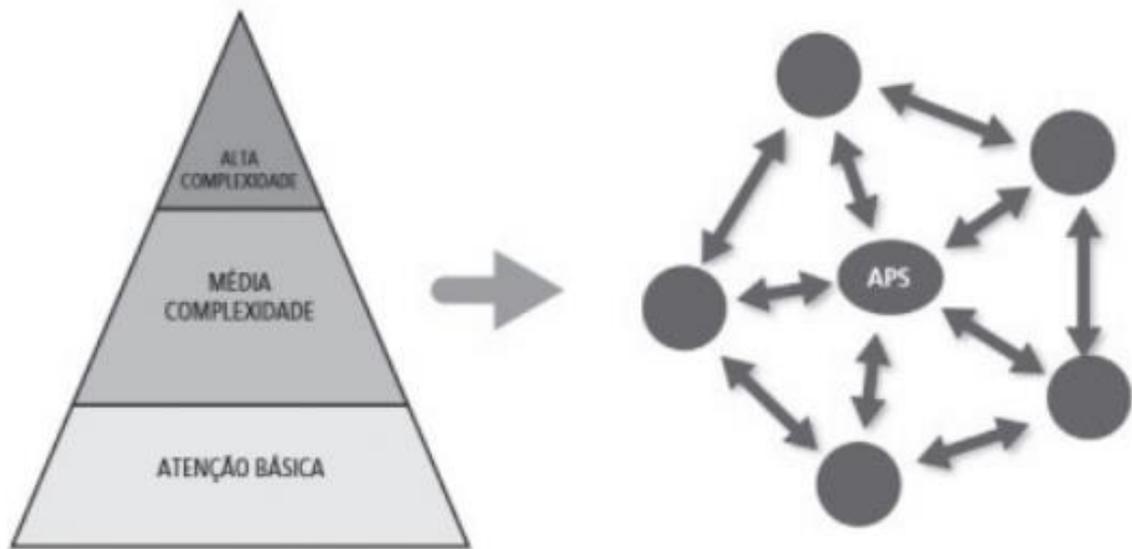
Além disso, a portaria também considera que o perfil epidemiológico brasileiro é típico de países subdesenvolvidos com persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, trazendo a necessidade de trabalhar-se a promoção e prevenção em concomitância da recuperação em saúde. A proposta baseia-se em inovar o processo da organização do sistema de saúde, direcionando os serviços e ações em saúde no desenvolvimento da RAS, adotando a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, já que ela é a porta de entrada da rede.

No texto da mencionada portaria é possível encontrar os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica. Aguilera *et al.* (2013) explica que a Atenção Básica é a denominação brasileira, adotada pelo Ministério da Saúde, enquanto a Atenção Primária à Saúde trata-se da denominação internacional, ambas referenciando ao primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde nacional.

A RAS é definida pelo Ministério da Saúde por “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, 2010), possuindo como objetivo integrar sistemicamente as ações e serviços em saúde, a partir de um modelo de atenção continuada, integral, humanizada, responsável e de qualidade. Também almeja-se potencializar o acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica.

Arruda *et al.* (2015), elencam algumas características principais das RAS como as relações horizontalizadas entre os serviços, a centralização da comunicação na AB, o foco nas necessidades de saúde da população, o comprometimento na atenção continuada e integral, a atuação multiprofissional, o alinhamento dos objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Os autores concluem que nos sistemas de atenção à saúde, os quais utilizam essa organização, o alocamento de recursos pode ser otimizado, a partir de aperfeiçoamentos dos “mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização deles” (ARRUDA *et al.*, 2015, p. 171).

Figura 2 - A mudança do sistema piramidal e hierárquico para as RAS



Fonte: Mendes (2011).

A Figura 2 retrata a mudança do sistema piramidal e hierárquico para as RAS, o que se pode observar é que a AB desloca da base da pirâmide, numa posição passiva, para o centro do sistema, evidenciando sua complexidade e responsabilidade na coordenação do cuidado. Além disso, percebe-se que a mudança do sistema trouxe movimento aos pontos de atenção à saúde, demonstrado pelas setas de direção dupla, remetendo a ideia de cuidado ordenado.

Mendes (2011) constrói um quadro, representado em seguida, com as diferenças entre os dois sistemas. Fica evidente que a proposta da RAS trouxe direcionamentos importantes ao SUS, bem como perspectivas de melhoria na saúde da população do país.

Quadro 1 - Diferenças entre o sistema fragmentado e as RAS

Características	Sistema Fragmentado	RAS
Coordenação da atenção	Organizado por componentes isolados.	Organizado por um contínuo de atenção.
Forma de Organização	Organizado por níveis hierárquicos.	Organizado por uma rede poliárquica.
Foco	Orientado para a atenção a condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento.	Orientado para a atenção a condições crônicas e agudas por meio de uma RAS.
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não médicos.	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.

População	Voltado para indivíduos.	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
Sujeito	O sujeito é o paciente, que recebe prescrições dos profissionais de saúde.	O agente é corresponsável pela própria saúde.
Forma de ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda dos usuários.	Proativa e contínua, baseada em planos de cuidado de cada usuário, realizados conjuntamente pelos profissionais e pelo usuário e com busca ativa.
Ênfase nas intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas.	Promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e primários e sobre as condições de saúde estabelecidas.
Modelo de Atenção à Saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltadas para as condições de saúde estabelecidas.	Integrado, com estratificação de riscos.
Modelo de Gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerências APS, etc)	Governança sistêmica que integra a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e logísticos.
Ênfase do cuidado e conhecimento da ação clínica	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos.	Cuidado multiprofissional, atenção colaborativa.
Planejamento	Gestão da oferta.	Gestão de base populacional.
Sistema de Financiamento	Financiamento por procedimento.	Financiamento por captação ou por desfecho de condições de saúde.
Organização territorial	Territórios políticos-administrativos definidos pela lógica política.	Territórios definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção.
Participação social	Participação social passiva e comunidade vista como cuidadora.	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde, com presença na governança em saúde.

Fonte: Mendes (2011).

2.2 Atenção Básica em Saúde

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, configurou-se no marco histórico para a atenção primária em saúde. Durante a conferência, 134 países comprometeram-se em formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para

garantir os cuidados primários em saúde com a articulação de outros setores. Dentre as metas estabelecidas, destaca-se que a comunidade mundial deveria atingir até o ano 2000, um nível de saúde que permita a população a levar uma vida social e economicamente produtiva (Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, 1978).

A partir dos processos de reestruturação, fortalecimento e racionalização do SUS, a AB tem se configurado como protagonista da rede de saúde. Em documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e por outras associações indicam a AB como fonte de transformação e regulação do sistema de atenção à saúde (CECÍLIO; REIS, 2018).

A Atenção Básica (AB) é definida pelo Ministério da Saúde por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017c).

A partir da definição, observa-se o quão amplo e complexo são as ações da AB, por isso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), utiliza-se como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da AB, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Entretanto, a política não exclui outras estratégias e organização da AB nos territórios, as quais devem ser pautadas nas diretrizes e princípios do SUS, considerando as particularidades de cada território (BRASIL, 2017c).

Andrade, Barreto e Fonseca (2004) discorrem que a ESF foi proposta ainda na década de 1990 como forma de reorientar o modelo assistencial, por meio do trabalho multiprofissional, em equipes, nas unidades básicas de saúde. Cada equipe é referência para uma determinada população de uma área previamente definida, prestando serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de agravos em saúde. Assim, o conceito de saúde passa a ser baseado na qualidade de vida e defesa da prestação dos serviços de saúde como um direito de cidadania, visando a coletividade, promovendo a acessibilidade aos serviços bem como no estímulo à participação comunitária.

Nesse sentido, a ESF tem como um dos seus objetivos, romper o modelo assistencial para um movimento de promoção e prevenção de saúde. O modelo visa a intersetorialidade, a conexão com o território, recursos e necessidades da comunidade. A ESF recebe o papel de articular e coordenar todos os níveis de atenção em saúde (LIMA; RIGOTTO, 2011).

É necessário compreender a história do lugar, a cultura, os modos de vida e as biografias dos indivíduos. Para tal, Lima e Rigotto (2011) propõem um maior engajamento dos envolvidos

na AB, apontando que os processos de saúde e serviços devem ser norteados a partir das necessidades da população. As necessidades do território transcendem o individual e abrangem o coletivo por se pensar em ações de saúde ampliadas que rompem com a clínica individual. Ressalta-se que, os territórios não se restringem somente a divisão das áreas de abrangência, mas de garantir o pertencimento das pessoas às suas unidades de saúde.

No período entre dezembro de 2007 e dezembro de 2016, a cobertura por equipes de saúde da família aumentou de 46,2% para 63,7% da população brasileira, representando cerca de 40.098 equipes em todo o país, correspondendo a um número expressivo a nível internacional (CECÍLIO; REIS, 2018).

Cada equipe da ESF é composta, no mínimo, por médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferivelmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além desses profissionais, podem fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal). Ressalta-se que o número de ACS por equipe deverá ser definido baseado em critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a definição local, mas recomenda-se que em áreas de dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade, a cobertura deve ser 100% da população, com o máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017c).

Em 2008, por meio da Portaria nº. 154, o Ministério da Saúde cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual é constituído por equipes de diferentes áreas do conhecimento, com objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008).

Os NASF atuam no apoio das ESF, compartilhando os saberes e práticas, não se apresentam na porta de entrada do sistema e “devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família”. Assim, “os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF” (BRASIL, 2008).

Como metodologia de trabalho, o NASF utiliza o apoio matricial que transita tanto pela retaguarda assistencial quanto pelo suporte técnico-pedagógico às equipes da ESF. O apoio matricial sempre culmina na construção de um projeto terapêutico integrado que pode ser operacionalizado em três planos fundamentais. O primeiro, por meio de atendimentos e

intervenções compartilhadas entre o especialista matricial e o profissional da ESF. O segundo, refere-se a situações em que exijam atenção específica dos conhecimentos do apoiador, podendo acontecer atendimentos ou intervenções especializadas, concomitantemente à responsabilização da equipe de referência. E por último, conecta-se ao apoio no que tange a troca de conhecimentos e de orientações entre a equipe e o matriciador (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O NASF representou um lugar e a relevância da equipe multiprofissional na AB que era um gargalo na política nacional. No entanto, em 2020, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), através do Departamento de Saúde da Família (DESF), publicou a Nota Técnica MS de nº. 3/2020 (BRASIL, 2020b), a qual dentre outras informações, aponta que a composição das equipes multiprofissionais deixa de estar atrelada às equipes dos NASF, passando ao gestor municipal a autonomia para compor suas equipes de trabalho, inclusive determinando que o Ministério da Saúde não faria mais os credenciamentos de novas equipes. Além disso, o cadastro das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) não são mais obrigatórios nem para o gestor municipal nem para o estadual. Presume que com a medida, os municípios com dificuldades orçamentárias vão acabar extinguindo as equipes, representando um retrocesso, já que o documento apresentou a extinção de um serviço, sem uma nova proposta para substituí-lo.

2.3 Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS

Com o processo de redemocratização e sua conseqüente promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde passa a ser instituída como direito social, incumbindo ao sistema de saúde pública a responsabilidade pela execução das ações em saúde do trabalhador, conforme o item II de seu artigo 200 “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (BRASIL, 1988).

Outro marco relevante é que – no ano seguinte – ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1986b), partindo do pressuposto de que o enfrentamento dos problemas do país deve contar com a participação popular, compartilhando os saberes entre os mais variados setores da sociedade, objetivando traçar estratégias e soluções colaborativas para tais problemas. Nesse sentido, os estados organizaram-se promovendo as pré-conferências, onde propuseram premissas significativas, das quais incorporaram-se em três temas levados ao debate da conferência: “diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores e política nacional de saúde e segurança dos

trabalhadores”. Assim, a conferência destaca-se não somente pelas discussões técnicas, mas pelo espaço de debates eminentemente políticos (BRASÍLIA, 1989).

A Lei Orgânica de Saúde (LOS), publicada em 1990 (BRASIL, 1990a), aborda a saúde do trabalhador como um apanhado de ações que envolvem as vigilâncias epidemiológica e sanitária, pretendendo proteger, promover, recuperar e reabilitar à saúde dos trabalhadores que estiverem expostos a riscos e agravos consequentes das condições de trabalho. Em seu artigo 5º, 3º parágrafo, detalha a abrangência das ações em saúde do trabalhador:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990a).

Assim, a atuação da ST no campo da saúde pública baseia-se nos princípios do SUS, da universalidade, integralidade – enfatizando ações de prevenção e promoção – descentralização e participação social.

A Saúde do Trabalhador no SUS, portanto, objetiva o estudo e as intervenções nas relações de produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas, especialmente dos trabalhadores. Considera-se o trabalho como pilar da vida social, onde ocorrem dominação e resistência dos trabalhadores, além de ser um determinante das condições de vida e saúde das pessoas. Por isso, as intervenções almejam que os processos produtivos se tornem instrumentos de promoção de saúde, procurando afastar o adoecimento e a morte (BRASIL, 2018).

A explicação sobre o adoecer e morrer das pessoas é alvo da saúde do trabalhador, na qual se dá pelo estudo dos processos de trabalho articulado ao conjunto de valores, crenças, representações sociais e as possibilidades de consumo no mercado capitalista. Assim, o objeto de estudo deste campo gira em torno da relação entre o processo saúde-doença e o trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Destarte, o SUS – por meio de leis e diretrizes – garante a atenção integral à saúde dos trabalhadores, independentemente de seu vínculo empregatício, considerando em suas ações, o processo saúde-doença e sua interface com o trabalho, abrangendo os aspectos individuais, coletivos, biológicos e sociopolíticos. Organizam-se as ações a partir de três principais eixos: a Promoção da Saúde, a Assistência à Saúde e a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) (BRASIL, 2018).

A primeira, coloca o trabalho para além do sofrimento, adoecimento e morte; adota o trabalho como promotor da saúde, buscando o fortalecimento da autonomia dos trabalhadores na busca por condições dignas de trabalho; articulam as políticas e práticas no sentido de controlar e intervir nos determinantes de saúde; dentre outras. A segunda, caracteriza-se pela identificação do trabalhador, considerando seu histórico laborativo, suas atividades atuais e as conexões destas com o processo saúde-doença, apontando para um diagnóstico e projeto terapêutico assertivos, abrangendo a reabilitação física e psicossocial. A assistência também perpassa pelas orientações preventivas, a notificação dos agravos relacionados ao trabalho e o direcionamento para as vigilâncias em saúde. O último eixo diz respeito a VISAT, a qual abrange a vigilância epidemiológica dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho e também a vigilância dos ambientes, condições e organização do trabalho nos estabelecimentos privados e públicos, indicando que o trabalho deve ser realizado de forma articulada com os diversos setores da sociedade (BRASIL, 2018).

Em 2002, criou-se, por meio da Portaria GM nº. 1.679, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), sendo a principal estratégia de organização da Saúde do Trabalhador no SUS com ações assistenciais de vigilância, prevenção e promoção da saúde a serem desenvolvidas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2002). Suas ações ocorrem na rede de AB e na ESF, rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e nas ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

A ampliação e o fortalecimento da RENAST foram propostas da Portaria GM/MS nº. 2.437/2005, a qual expressa em seu artigo 1º, 3º parágrafo, as estratégias utilizadas para tal, destacando-se a expansão dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); a inserção de atividades da ST na AB, em especial a ESF; direcionamento da atuação da vigilância e promoção em ST e o alargamento da rede com a instalação e delineamento dos serviços de retaguarda, de média e alta complexidade, chamados – nesta portaria – de Redes de Serviços Sentinelas (BRASIL, 2005). Observa-se um avanço no desenho da RENAST, já que a legislação aponta a necessidade da ampliação da rede como um todo, o direcionamento de

ações de promoção à saúde do trabalhador e o incentivo para implantação de novas unidades de CEREST, oferecendo um valor único de cinquenta mil reais e posteriormente os repasses mensais seriam correspondentes a abrangência (regional ou estadual) e o valor previsto em legislação.

Uma nova versão da legislação do RENAST foi publicada em 2009, via Portaria nº. 2.728/2009, que considera a necessidade de adequação em relação à publicação anterior. Um ponto de destaque é que o texto prevê a criação de protocolos e linhas guias como instrumentos em saúde do trabalhador a serem utilizados na AB. Além disso, o documento incentiva o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela, sendo os municípios Sentinelas “definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios”, garantindo ao trabalhador o acesso aos serviços tanto de vigilância quanto de assistência em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Em relação ao CEREST's, eles funcionam no apoio técnico para o SUS, com ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Sua implantação poderá ocorrer na abrangência estadual, regional e municipal, sendo esta condicionada uma população superior a 500 mil habitantes, como é o caso, por exemplo, da cidade de São Paulo que tem 5 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERST), um para cada região. Atenta-se que os CERESTs não estarão habilitados para assumir serviços especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), tanto dos setores públicos quanto privados (BRASIL, 2009).

Na cidade de Uberlândia-MG, o CEREST foi inaugurado em 2005, sendo referência para a cidade e mais 28 municípios da região do Triângulo Norte. O centro conta com atividades de educação, promoção, intervenção, vigilância e prevenção relacionados à área laborativa, objetivando a criação de estratégias para a melhoria das condições de trabalho. O serviço é realizado por uma equipe multidisciplinar, a qual recebe encaminhamentos realizados pelas unidades de saúde, sindicatos e/ou pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (UBERLÂNDIA [MG], s./d.).

Cardoso e Araújo (2016) discorrem que os CERESTs vêm conquistando espaço e avanços no SUS, mas ainda de forma tímida em algumas áreas como a saúde mental relacionada ao trabalho, tanto na operacionalização das ações como nas políticas públicas específicas e a realização de guias e protocolos orientadores. Os autores apontam que a área mencionada é complexa e exige alguns pontos de reflexões como a ausência de instrumento guia para os profissionais; carência de profissionais capacitados; insuficiência da assistência integral aos

trabalhadores com sofrimento mental relacionado ao trabalho, a subnotificação desses casos e a dificuldade de estabelecimento donexo causal entre o sofrimento mental e o trabalho.

Destaca-se a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), em 2012, pela Portaria de nº. 1.823/2012 (BRASIL, 2012b), em que enfatizou a importância da garantia do cuidado integral aos trabalhadores, iniciando pela AB à saúde. Também apontou o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos dos CERESTs, a partir de estratégias gradativas de desprecarização dos vínculos trabalhistas das equipes, adotando o concurso público como regime de trabalho. Prevê ações de aprimoramento dos recursos humanos, dentre as quais podem-se destacar a educação permanente em saúde; o investimento na qualificação de todos os técnicos dos CERESTs a nível de especialização; integração com instituições de pesquisa nacional e internacional. Observa-se que a Saúde do Trabalhador no SUS ainda encontra-se em construção, fato que pode ser percebido pelas últimas portarias emitidas pelo Ministério da Saúde apontando a necessidade de ampliar, adequar, implementar e definir as estratégias a serem utilizadas pela saúde pública para garantir a atuação integral da Saúde do Trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) faz parte do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, visando tanto a promoção da saúde quanto a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, a partir de intervenções nos agravos e nos determinantes oriundos dos modelos de desenvolvimento e do processo produtivo. A VISAT mantém relação aproximada com as demais vigilâncias (Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental) e também com as redes de trabalho assistencial (BRASIL, 2014).

As ações da VISAT são coordenadas pela gestão do SUS e articuladas pela RENAST, a partir de uma visão participativa e intersetorial. Além disso, as ações propõem as mudanças e regulações dos processos de trabalho, utilizando análises e estudos epidemiológico, tecnológico e social. Por isso, a necessidade de conhecer as condições de trabalho e saúde de cada território para estabelecer as intervenções indicadas (BRASIL, 2014).

Nas diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS é adotado que a rede assistencial atuará de forma compartilhada à ST, atribuindo a atenção primária as funções de mapear o perfil de saúde dos trabalhadores e os processos produtivos de suas áreas de abrangências; identificar e notificar as situações de risco e agravos em decorrência do trabalho; articular junto a VISAT as ações de promoção em saúde do trabalhador e atuar com a educação em saúde com ênfase nas áreas previamente consideradas como de risco. Já a alta e média complexidade caberá a notificação de agravos relacionados ao trabalho bem como as ações de referência e contrarreferência.

Segundo Ribeiro (2013), apesar da legislação fundamentar as ações da VISAT, sua atuação ainda não tem sido uma realidade efetiva no Brasil. O autor reflete a partir de duas questões: o porquê de as ações não serem realizadas e, se fossem feitas, se seriam suficientes ao atendimento dos princípios do SUS. Nessa perspectiva, observa-se que os indicadores utilizados para orientar as ações da vigilância, adota os de efeitos, balizando as doenças e acidentes seguidos de recomendações, visando o controle do risco, atuando na lógica da relação causa-efeito, reduzindo as possibilidades de explicação e intervenção sobre o problema, além de apontar baixa possibilidade de reversão de situações tardias. Dessa forma, a atividade se dá de forma reparadora num cenário estático de produção de riscos, não ressaltando a apropriação da saúde e da vida pelo processo de produção.

Leão e Brant (2015) apontam que a efetividade da atuação das ações da VISAT perpassa por alguns impasses institucionais e políticos como a insuficiência da capacitação de profissionais; o baixo investimento financeiro, técnico e de material; pouco envolvimento dos sindicatos e demais representantes dos trabalhadores com a saúde e os conflitos de interesse entre o setor privado e público.

Outro entrave a ser superado na área da Saúde do Trabalhador é a intersetorialidade, apontada pelo estudo de Lacaz, Machado e Porto (2002), que seria o ponto principal para a efetivação das ações em vigilância. Os autores também destacaram outras dificuldades como as relacionadas ao treinamento e à capacitação de equipes, investimentos e recursos materiais. Ressaltam que as práticas de trabalho evidenciadas ao longo do processo histórico, ocorreram principalmente como resultado do esforço pessoal dos grupos envolvidos, não sendo produto de decisão política para sua ampla efetivação.

Percebe-se que ainda há lacunas, as quais precisam ser superadas para atingir o pleno funcionamento das ações da VISAT e da RENAST como um todo. As legislações têm apontado caminhos e orientações para a organização e execução dos serviços, mas ainda carece de força política para que as boas práticas se tornem instituídas e não dependentes do esforço pessoal dos envolvidos.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

3.1 A Psicologia e os psicólogos no Brasil

No Brasil, Rechtman (2015) discorre que a presença da Psicologia é notada desde a época colonial, não como área específica, mas pela preocupação com os fenômenos psicológicos existentes. Aponta que seu desenvolvimento no país, difundiu-se na Educação e na Medicina em decorrência do conhecimento trazido por brasileiros que estudaram no exterior ou estrangeiros que residiam no Brasil. Furtado (2012) considera que o desenvolvimento da área como ciência e profissão está intimamente ligada à organização do campo universitário, ressaltando a formação sistemática de quadros nas faculdades de Filosofia, Ciências e Letras nas cidades do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo e Recife, bem como nos centros de pesquisas e a divulgação das teorias e correntes na metade do século XX, compondo os fatores impulsionadores para a construção e divulgação do conhecimento e práxis da psicologia.

A Psicologia surge ao lado do projeto de modernização da sociedade, afirma Rechtman (2015), objetivando a gestão dessa vida em sociedade, levando os saberes para instituições sociais como escolas, hospícios e indústrias. Baseia seu argumento nos estudos de Bock (2009), os quais apontam que na educação era predominante o uso de práticas autoritárias e disciplinares para a formação dos alunos; na medicina, a existência dos hospícios que demonstravam o tratamento moral e exclusão social dos sujeitos e nas indústrias, as ações de selecionar as pessoas mais produtivas, contribuindo conseqüentemente para maior lucro das empresas.

O Brasil foi um dos pioneiros na regulamentação da profissão Psicologia, reconhecendo-a por meio da promulgação da Lei Federal nº. 4.119, de 27 de agosto de 1962. Na referida lei, em seu artigo 4, estabelece-se as funções dos psicólogos, sendo elas:

- 1) Utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de: a) diagnóstico psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica; d) solução de problemas de ajustamento.
- 2) Dirigir serviços de psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.
- 3) Ensinar as cadeiras ou disciplinas de psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor.
- 4) Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de psicologia.
- 5) Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.
- 6) Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de psicologia (BRASIL, 1962).

Observa-se que as funções do psicólogo se voltavam ao indivíduo e ao ajustamento deste indivíduo para os espaços sociais. Denota-se que naquela época a profissão atuava para o

atendimento dos interesses da elite brasileira. Rechtman (2015, p. 71) colabora com tal pensamento dizendo que o “os interesses das elites com a Psicologia era o de prever e controlar comportamentos para instalar um novo projeto de sociedade e esses objetivos estavam amparados pela lei”. Naquela época a atuação não se voltava às ações coletivas, havia uma espécie de culpabilização do sujeito por não se adaptar à determinada função social, precisando ser ajustado aos modelos existentes.

A intitulação da Psicologia como ciência, segundo Bock, Furtado e Teixeira (2019), foi conquistada a partir de estudos rigorosos; elaboração de investigação científica sistemática; definição de objetos de estudo; delimitação dos campos a serem pesquisados; o uso de métodos para estudar os objetos e as teorias de conhecimento.

Bock, Furtado e Teixeira (2019) definem que a Psicologia é uma ciência, a qual oferece um arcabouço de conhecimentos teóricos para dar visibilidade ao sujeito na realidade. Assim, a Psicologia apresenta os sujeitos a partir da noção de subjetividade, que segundo os autores, reúne todas as potencialidades e capacidades de um sujeito, dos aspectos invisíveis que compõem a realidade.

Nessa esteira, compreende-se que o objeto de estudo da Psicologia perpassa pela dimensão subjetiva da realidade, assim como aponta Bock, Furtado e Teixeira (2019, p. 10): “É a dimensão do sujeito. É o reconhecimento de que o sujeito faz parte da realidade. Não somos consequência da realidade, mas somos parte dela. Uma realidade que é construída por nós, humanos. Portanto, uma realidade carregada de humanidade – uma realidade humanizada”.

Embora a Psicologia esteja imersa na subjetividade da realidade, ela por si só, não garante um objeto único de estudo para a área. Os caminhos percorridos pela ciência, mostraram definições bastantes distintas, direcionando o objeto da psicologia ao inconsciente, consciente, comportamento, personalidade, sociedade, dentre outras abordagens.

Percebe-se que o campo da Psicologia é plural e multifacetado, que possibilita sua contribuição em diversas áreas, assim como descreve a Resolução CFP nº. 03/2007 (CFP, 2007), o qual dispõe que a formação do psicólogo o habilita a atuar em 12 grandes áreas, sendo elas: Psicologia Escolar/Educacional; Psicologia Organizacional e do Trabalho; Psicologia de Trânsito; Psicologia Jurídica; Psicologia do Esporte; Psicologia Clínica; Psicologia Hospitalar; Psicopedagogia; Psicomotricidade; Psicologia Social; Neuropsicologia e Psicologia em Saúde.

Por outro lado, a revista *Ciência e Profissão do CFP* contemplam, atualmente, 23 áreas da Psicologia: Análise do Comportamento; Avaliação e Medidas em Psicologia; História da Psicologia; Métodos em Psicologia; Neurociências; Neuropsicologia; Processos Psicológicos Básicos; Psicobiologia; Psicologia Evolucionista; Psicologia Animal; Psicologia Ambiental;

Psicologia Clínica, Psicanálise; Psicologia Cognitiva; Psicologia Comunitária; Psicologia da Aprendizagem; Psicologia da Saúde; Psicologia do Desenvolvimento, Psicomotricidade; Psicologia do Esporte; Psicologia do Trabalho e Organizacional; Psicologia do Trânsito; Psicologia Educacional e Escolar, Psicopedagogia; Psicologia Jurídica; Psicologia Social; Saúde Mental e Psicopatologia; Temas transversais; Teorias e Sistemas em Psicologia. Ou seja, a Psicologia tem realizado estudos e contribuições nas mais diversas áreas do conhecimento, ampliando o campo teórico e prático da profissão.

Levando em consideração que as graduações regulares de Psicologia iniciaram no Brasil na década 1950 e a regulamentação da profissão na década seguinte, percebe-se que o número de profissionais inscritos no Conselho Federal de Psicologia (CFP) é alto, em 2018 registrou-se 325.052 psicólogos e em 14 de março de 2022, 418.703, demonstrando o crescimento da classe no Brasil, conforme dados obtidos no site do CFP (2022).

No entanto, Yamamoto (2012) alerta que o crescimento em números nem sempre é sinônimo de desenvolvimento, pois precisa-se compreender como o trabalho tem sido realizado, seu alcance e também considerar que as condições de trabalho tanto dos autônomos quanto dos assalariados são atravessadas pela precarização do trabalho, incluindo a deterioração da remuneração.

Ao consultar a tabela de honorários do CFP, verifica-se que o valor mínimo estipulado da consulta psicológica é de R\$ 165,58. Pensando num cidadão que recebe o salário-mínimo que hoje é de R\$ 1.212,00, constata-se que o valor de uma consulta representa 13,7% do salário-mínimo. Considerando que o sujeito necessitasse de quatro consultas mensais, gastaria mais da metade da sua renda.

Por outro lado, os trabalhadores psicólogos assalariados não possuem um piso mínimo estipulado, sendo suas remunerações variáveis a depender da instituição contratante. Em 2009, foi desenvolvido um Projeto de Lei (PL) nº. 5.440/2009 para fixar o piso da categoria, o qual foi arquivado. Nova proposta foi encaminhada ao congresso por meio do PL nº. 1.015/2015, estipulando o valor mínimo de R\$ 3.600,00, porém ainda não foi sancionado.

A indefinição de um piso salarial remete ao não reconhecimento da profissão pelo poder público. Também pode relacionar-se ao fato de que a maioria dos profissionais de psicologia do Brasil são mulheres. De acordo com o site do CFP (2022), no que se refere ao gênero, 84% são mulheres, 13,6% homens e 2,4% não informaram. Sendo que no Brasil, a desigualdade salarial por gênero prevalece. Em 2020, os rendimentos dos homens foi 28,7% maior do que o das mulheres, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).

Refletindo sobre onde estão os psicólogos no Brasil, percebe-se, por meio do site do CFP, que no ano de 2022 os profissionais estão concentrados em maior número no sudeste do país, sendo sua presença mais expressiva em três estados. Em São Paulo, o número de Psicólogos inscritos é 117.994, seguido pelo Rio de Janeiro com 47.985 e Minas Gerais com 44.214. Um dado interessante é que o Distrito Federal possui 12.935 psicólogos inscritos, enquanto o Ceará que possui mais que o dobro de sua população, apresenta 11.989 profissionais cadastrados. Tal disparidade vai ao encontro do que evidenciou o Índice de Gini de 2021, apresentado pelo site IBGE, ao constatar que o Brasil é um dos países com mais desigualdade no mundo em termos regionais.

Tais informações fazem pensar também no aspecto do alcance da Psicologia, Mello (1975 *apud* YAMAMOTO, 2012, p. 113) afirma que a “Psicologia é uma autêntica ciência e não uma técnica para solucionar os problemas íntimos dos privilegiados e o benefício das soluções que ela propõe e das técnicas que criou, deve ser estendido ao maior número de pessoas”. A frase expressa uma crítica ao caráter elitista adotado pela Psicologia em seus primórdios e sua perpetuação ao longo dos anos, defendendo a renovação da prática profissional começando pela formação, dizendo ser uma tarefa difícil, mas urgente.

Percebe-se que a história da Psicologia, sua origem, remete aos interesses de uma minoria. No entanto, a partir do processo de redemocratização, incluindo a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, surgiram políticas, as quais contribuíram para minimizar as desigualdades sociais no país. Nesse contexto, a Psicologia foi se inserindo nas políticas sociais, em especial na área da saúde e assistência social. Assim, segundo Bock, Furtado e Teixeira (2019), o compromisso com as elites passou a incomodar a Psicologia, sendo questionada e demandada a considerar os contextos culturais, econômicos e sociais do brasileiro.

Paparelli e Nogueira-Martins (2007) afirmam que há necessidade de o profissional de psicologia estar sintonizado com as demandas sociais. Mas, reconhece que é difícil mudar o panorama da formação, por um emaranhado de fatores, os quais inviabilizam uma tomada de posição ético-política favorecedora de mudanças qualitativas. Nessa vertente, os autores apoiam a discussão sobre o papel das universidades na articulação entre saberes e práticas. Ainda sugerem que – em especial a tríade saúde mental, psicologia e saúde pública – os Psicólogos devem ampliar sua esfera de trabalho não com ações coercitivas, tais como as praticadas no passado, mas exercendo a função de humanizar seu exercício profissional e colaborar para o rompimento da visão estereotipada, esclarecendo e divulgando seu trabalho, assim como repensando formas de acesso aos serviços.

Pereira *et al.* (2018) promovem a reflexão de que a formação e a prática precisam ser repensadas a partir de uma visão crítica, não podendo se priorizar uma formação tecnicista desconsiderando as discussões políticas que fazem parte do exercício profissional. Outro ponto trazido pelos autores é a necessidade de compreender para quem essa técnica serve e o que ela vem promovendo, “se ela promove passividade ou empoderamento, se gera reprodução ou transformação das relações, das hierarquias, das desigualdades” (PEREIRA *et al.*, 2018, p. 219).

A década de 1990 foi palco de preocupação, discussão e mobilização por parte do CFP, Associações Científicas, Instituições de Formação, dentre outros atores, em relação aos caminhos da formação profissional dos psicólogos. Em 1992, ocorreu o I Encontro de Coordenadores de Curso de Formação de Psicólogos, contando com a presença de 98 das 103 agências formadoras do Brasil. No evento, produziu-se a Carta de Serra Negra, a qual evidenciou sete princípios norteadores para a formação e dez sugestões de operacionalização. Rechtman (2015), afirma que tais princípios marcaram um avanço no projeto da psicologia no país por destacar a preocupação frente a dimensão social na formação do psicólogo, incluindo sua postura política, crítica, ética e seu compromisso com a realidade social.

Em 1996, o Ministério da Educação regulamenta o sistema educacional brasileiro, público ou privado, por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) (Lei nº. 9.394/1996), emergindo o dever da elaboração das diretrizes e com ele, impasses políticos (BRASIL, 1996). Para atender os objetivos da referida lei, a Secretaria de Educação Superior indicou uma comissão de especialistas, a qual desconsiderou as diretrizes elaboradas anteriormente, criando um documento chamado “Padrões de Qualidade para os cursos de Graduação em Psicologia”. A partir deste fato, a categoria passou a focar nas discussões sobre a formação em Psicologia, por meio de comissões, eventos, elaboração de sugestões, até que o consenso foi atingido, em 2004, com a proposta de formação generalista com focos curriculares que representariam a concentração dos estudos e estágios em no mínimo duas áreas da Psicologia que seriam escolhidas por cada curso e também possibilitaria a escolha por parte do estudante. Estabeleceu-se também que todos os cursos teriam ênfase na formação de psicólogo. Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação de Psicologia foram aprovadas e publicadas pela Resolução CNE/CES nº. 8/2004 e revisadas em 2011, resultando na Resolução nº. 5/2011 (RECHTMAN, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Campos (2013) conclui que as modificações curriculares propostas tentam corresponder a dimensão e diversificação da Psicologia no Brasil, representando uma mudança importante na identidade profissional, tendo como base uma perspectiva generalista, competente, criativa,

transformadora, ética, visionando o trabalho interdisciplinar e transdisciplinar, passando de uma “perspectiva concreta de lugares, serviços ou identidades profissionais para uma perspectiva mais abstrata em que as instituições são pensadas como lógicas e rotinas simbólicas que estruturam realidades efetivas” (CAMPOS, 2013, p. 116).

3.2 Psicologia na Pandemia da Covid-19

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS decretou a pandemia da Covid-19, doença provocada pelo coronavírus, como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, em 11 de março de 2020, a caracterizou e reconheceu como uma pandemia. No Brasil, o primeiro caso foi notificado em 26 de fevereiro na cidade de São Paulo. E, em Uberlândia, o primeiro caso foi registrado no dia 21 de março de 2020. O período entre março e maio de 2021, segundo o Ministério da Saúde, foi o considerado de maior pico, atingindo 25843 novos casos e 1283 óbitos em Uberlândia, segundo o Boletim do site da prefeitura, sendo o município considerado, ao lado de Belo Horizonte, as cidades com maior número de casos e óbitos por Covid-19 no estado de Minas Gerais, o que revela a alta taxa de transmissão e letalidade da doença. Em 17 de janeiro de 2021, iniciou-se a vacinação contra o coronavírus, na cidade de São Paulo; e em 19 de janeiro de 2021, na cidade de Uberlândia (UBERLÂNDIA [MG], 2022). Os primeiros convocados foram os profissionais de saúde que estavam na linha de frente, além dos idosos acamados e os domiciliados em instituições de longa permanência (UBERLÂNDIA [MG], 2021). O presente estudo teve início em março de 2021, período de pico da pandemia, tendo sido realizada a coleta de dados no campo (entrevistas e grupo focal) no período de março a julho de 2022, período em que a vacinação completara pouco mais de um ano, com 68% da população vacinada no país, segundo a FIOCRUZ (2022) e 80,27% na cidade de Uberlândia, conforme as informações prestadas no site da prefeitura da cidade. O momento da escrita deste texto, segundo semestre de 2023, é posterior ao decreto da OMS de fim da ESPII referente à Covid-19. Entretanto, a análise dos dados obtidos, seja pelo levantamento bibliográfico seja pelo campo, será realizada e discutida no contexto do período de 2020 ao final de 2022.

Por se tratar de uma doença com alto grau de transmissão, a sociedade precisou adotar medidas restritivas como o distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização constante das mãos numa tentativa de minimizar os impactos da Covid-19. Pavani *et al.* (2021) colocam que, mesmo consideradas essenciais tais medidas, pode haver consequências para a saúde física e mental, sendo que algumas pessoas em isolamento social, podem apresentar sentimentos e emoções negativas como a solidão, raiva, tédio, tristeza, ansiedade dentre outros. Ademais, o

risco da contaminação e conseqüente possibilidade de adoecimento coloca o cidadão numa posição vulnerável, a qual potencializa o aparecimento e agravamento de problemas de saúde mental.

Os autores também abordam que, diante do contexto da pandemia, sua gravidade e as repercussões psicossociais envolvidas, a atenção em saúde mental tem sido discutida como um grande desafio, pois no primeiro momento, as medidas de controle levam a preocupação para o corpo físico, não envolvendo políticas de preservação e promoção em saúde mental.

Um grupo considerado como vulnerável diante a situação pandêmica da Covid-19 é o dos profissionais de saúde. Teixeira *et al.* (2020) afirmam que os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde podem fazer emergir ou intensificar sinais e sintomas de adoecimentos mentais. Acrescentam que os profissionais relatam sintomas de ansiedade, depressão, perda de qualidade de sono, abuso de substâncias químicas, sintomas psicossomáticos, medo constante de contaminação e transmissão da doença a seus familiares.

Além disso, o período de 2020/2021 da pandemia da Covid-19 sugere que as dinâmicas de organização do trabalho, as pressões deste ambiente sejam fatores potencializadores aos adoecimentos e sofrimentos laborais. Estima-se, segundo Noal, Passos e Freitas (2020), que entre um terço e metade da população no contexto pandêmico podem sofrer transtornos mentais, caso não tenham intervenções adequadas de cuidados para os sintomas apresentados. Tal fato pode resultar nos trabalhadores, pressão e sobrecargas físicas e mentais. Nessa lógica, os profissionais de saúde enfrentam fatores estressores no trabalho como aponta Taylor (2019 *apud* SCHMIDT *et al.*, 2020):

[...] risco aumentado de ser infectado, adoecer e morrer; possibilidade de inadvertidamente infectar outras pessoas; sobrecarga e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas, apesar dos esforços; ameaças e agressões propriamente ditas, perpetradas por pessoas que buscam atendimento e não podem ser acolhidas pela limitação de recursos; e afastamento da família e amigos (TAYLOR, 2019 *apud* SCHMIDT *et al.*, 2020, p. 05).

Teixeira *et al.* (2020) alertam que na situação pandêmica da Covid-19 os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde podem fazer emergir ou intensificar sinais e sintomas de adoecimentos mentais. Os mesmos autores também fazem o alerta para a saúde mental destes profissionais por evidenciar relatos de sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, intensificação do uso de drogas, sintomas psicossomáticos, medo constante de infecção e transmissão da doença a familiares.

Diante deste cenário, os profissionais atuantes em Saúde Mental, incluindo a Psicologia, ganham destaque, compreendendo a contribuição dessas áreas para o momento de crise no país

e no mundo. No âmbito da saúde pública, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS nº 2.516, de 21 de setembro de 2020 (BRASIL, 2020a), a qual dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da Covid-19. Tal medida, revela que o ministério reconhece o aumento e/ou agravamento dos problemas em saúde mental da população.

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde publicou a Resolução de nº. 7.303, de 18 de novembro de 2020 (SESMG, 2020), cujo objetivo é estabelecer as regras referente a adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro destinado, em caráter excepcional, à contratação de equipe complementar para atuação em saúde mental em atendimento aos profissionais de saúde que estão na linha de frente da assistência à saúde das pessoas contaminadas com a Covid-19. Estão incluídos na equipe, os profissionais médicos, médicos psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Outrossim, ao percorrer o mundo das redes sociais nota-se a crescente procura pelo assunto da saúde mental e envolvimento dos psicólogos na divulgação científica, trabalhando para divulgação da área de trabalho, bem como na disposição para colaborar com a situação pandêmica. Ao analisar a plataforma Google Trends, observa-se que durante a quarentena, na semana do dia 29 de março a 4 de abril de 2020, a busca pelo termo “atendimento psicológico” chegou a 88%, sendo que na mesma semana do ano anterior, a procura era de 11%. O interesse por “atendimento psicológico online” também aumentou, sendo de 41%. A combinação dos termos “saúde mental” e “pandemia” também aumentaram significativamente, segundo informações extraídas do Google, sendo os termos mais buscados “saúde mental na quarentena” e “exaustão mental”.

Também é importante ressaltar que o CFP expediu a Resolução nº. 4, de 26 de março de 2020 (CFP, 2020), a qual dispõe sobre a regulamentação dos serviços psicológicos prestados por meio da Tecnologia da Informação e da Comunicação durante o momento de pandemia da Covid-19. Tal medida flexibilizou algumas orientações anteriores no que tange a facilidade para o uso de ferramentas tecnológicas. Como consequência, o acesso a serviços psicológicos tanto particulares quanto públicos ampliaram, colocando a Psicologia a serviço para o enfrentamento do sofrimento humano frente aos acontecimentos em decorrência da pandemia. Nesse sentido, como será que os psicólogos têm lidado com o contexto da pandemia?

3.3 A atuação dos psicólogos na Atenção Básica em Saúde

A partir da Reforma Sanitária, a implementação do SUS e expansão dos serviços oferecidos, o conceito de saúde expande-se, olhando para além da mera ausência de doenças. Busca-se romper com a visão curativa, compreendendo que a saúde reflete a conjuntura social, econômica, política, cultural e apresenta diferentes concepções a depender do contexto, do lugar, da época, classe social e avanços científicos, possuindo uma trajetória histórica que vai desde a visão mágico-religiosa até a contemporaneidade (SOUZA, 2014). Considera-se aqui a saúde como um processo e não um estado.

Bezerra e Sopreso (2016) consideram a saúde como recurso importante para o desenvolvimento social, econômico, pessoal e também para a qualidade de vida. Apontam que no SUS, a AB é responsável pelas ações de promoção da saúde, objetivando ao empoderamento e autonomia do cidadão para melhores condições de saúde e de vida. As ações da AB orientam-se pela Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando por meio de equipe multidisciplinar. Tal equipe é composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, podendo incluir cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal.

Percebe-se que o psicólogo não faz parte da equipe mínima da ESF, mas está presente na Atenção Básica desde 1980, inseridos nas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) - modelo utilizado anteriormente. Davi *et al.* (2016) pontua que os psicólogos compartilhavam de uma identidade profissional ancorada no modelo clínico, individual e baseado no seu funcionamento clínico, sendo desconsiderados os aspectos sociais e coletivos. Assim, os profissionais regaram-se da clínica tradicional ao adentrar nos serviços públicos, dedicando-se sua prática a realização de triagens, psicodiagnósticos e terapias de base psicanalítica.

Desse modo, outros modelos de trabalho devem ser explorados no serviço público, já que as pessoas atendidas apresentam demandas e realidades diferenciadas. Davi *et al.* (2016) discorre que os profissionais precisam atentar-se às demandas recebidas, utilizando outras estratégias, observando que a maior parte da demanda atendida na AB refere-se a como o indivíduo reage às condições socioculturais vivenciadas, concluindo que os psicólogos atuantes neste nível de atenção precisam estar preparados para o desenvolvimento de ações que vão ao encontro a prevenção desta modalidade de sofrimento, bem como colaborar com a promoção de saúde.

Rasera e Rocha (2010) afirmam que as práticas grupais representam, muitas vezes, a tentativa de uma nova forma de atuação do psicólogo no SUS. Atribuem a escolha pelas

características do trabalho em grupo, as quais consideram o contexto social, a cultura, linguagem e vocabulário dos participantes.

O grupo representa, ainda, a marca do coletivo que permite o reconhecimento do sofrimento compartilhado, ampliando as formas de entendimento e significação do processo saúde e doença, e potencializa a organização e ação conjuntas. As práticas grupais, neste sentido, estão em conformidade com o preconizado pelo SUS e seus princípios de universalidade do acesso, integralidade da atenção e controle social, pois podem contribuir para a democratização do acesso à saúde no país, permitindo a participação da comunidade em sua atenção integral de acordo com suas necessidades específicas e a variabilidade de crenças e costumes e na própria gestão dos serviços (RASERA; ROCHA, 2010, p. 36).

Além dos grupos, outras formas de trabalho podem ser utilizadas pelos psicólogos do SUS como atendimentos compartilhados, intervenções no campo, cooperação com outros profissionais na construção de um olhar psicológico na condução dos casos e a oferta de cuidado ao contribuir pelo processo de trabalho vivenciado pelas equipes de saúde (CFP, 2019). Contudo, em pesquisas citadas por Rasera e Rocha (2010), cerca de 42,1% dos psicólogos investigados priorizam o atendimento individual, enquanto 10,4% afirmam realizar atendimento em grupo. Nesse sentido, Davi *et al.* (2016) discorre que a formação acadêmica e a prática desses profissionais ainda estão baseadas em um modelo clínico privado e individual, não reconhecendo as particularidades que se apresentam nas realidades sociais, o que limita a criação de alternativas consonantes às diretrizes do SUS.

Como falado anteriormente, os psicólogos não compõem a equipe mínima da ESF, deixando a categoria sem um lugar previamente estipulado na organização dos serviços. Entretanto, em 2008, com a criação dos NASF, pela Portaria GM de nº. 154/2008, a psicologia é reconhecida como integrante da AB. Os NASF's possuem a função de apoiar as equipes de ESF, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, potencializando a resolutividade, a abrangência e alvos das ações (BRASIL, 2008). No anexo desta Portaria é detalhado sobre o papel dos NASF's na rede de Saúde Mental:

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados – rede de atenção em saúde mental – que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os freqüentam – sua família, escola, trabalho, igreja etc. – e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania (BRASIL, 2008).

Ressalta-se que em 2011, por meio da Portaria GM nº 3.088 (BRASIL, 2011b), institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. No texto da portaria, define que a RAPS é composta pela AB nos serviços nas Unidades Básicas de Saúde, NASF, equipe de AB para populações específicas, Consultório de Rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência; na atenção psicossocial especializada está presente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Salas de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), portas hospitalares de atenção à urgência e Unidades Básicas de Saúde; na atenção residencial de caráter transitório são formadas por Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; na atenção hospitalar pelas enfermarias especializadas nos Hospitais Gerais, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; nas estratégias de desinstitucionalização é composta pelos Serviços Residenciais Terapêuticos e na Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011b).

Assim, os NASF's integram a esta complexa rede, a qual possui a figura do CAPS como ordenador da organização da RAPS. Tal fato causa reflexões, já que para o SUS a AB configura como centro articulador do acesso dos usuários ao sistema de saúde. Nesse sentido, os profissionais de saúde mental do NASF podem colaborar para que a AB esteja mais envolvida nos cuidados dessa área.

A metodologia de trabalho utilizada pelos profissionais do NASF consiste no apoio matricial em saúde ou matriciamento, objetivando fornecer a retaguarda especializada como também suporte técnico-pedagógico à AB, em suas respectivas equipes de referência. Diz respeito a uma metodologia complementar ao modelo de sistemas hierarquizados que utilizam mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação. A proposta parte do pressuposto de que os saberes devem ser compartilhados, a gestão horizontalizada, na qual trabalhe na promoção da corresponsabilização de todos os envolvidos, buscando a autonomia da população. Na prática, a equipe ou profissional de referência das unidades básicas de saúde é quem assume a condução dos casos individuais, familiares ou comunitários de forma longitudinal, mas com possibilidade de ampliar as possibilidades do trabalho clínico e sanitário com o suporte dos especialistas. Neste trabalho, considera-se que nenhum especialista – isoladamente – assegura uma abordagem integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A metodologia empregada pelos NASF's propicia aos psicólogos, a construção de uma clínica ampliada, na qual não foca somente na doença, mas considera os sujeitos em seu contexto de vida, contribuindo para um SUS mais democrático e com maior valorização da autonomia dos envolvidos. Também colabora para a desconstrução do fazer do psicólogo apoiado ao modelo clínico tradicional. Apesar de todo avanço que os NASF's representaram para o trabalho multidisciplinar, em 2020, como já mencionado no capítulo sobre o SUS, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), através do Departamento de Saúde da Família (DESF), publicou a Nota Técnica MS nº. 3/2020 (BRASIL, 2020b), a qual aponta um retrocesso para a rede, informando que as equipes multiprofissionais deixam de serem vinculadas aos NASF, permanecendo a cargo de cada gestor municipal a decisão de manter ou não as equipes e suas formas de organização. Com esta publicação, novamente o psicólogo fica sem um lugar reconhecido pelas políticas públicas na AB em saúde.

Em julho de 2022, o CFP publicou por meio da Resolução CFP nº. 17 (CFP, 2022), parâmetros para práticas psicológicas em contextos de AB, secundária e terciária de saúde. Trata-se de normas técnicas, mínimas, para orientar profissionais, responsáveis técnicos e gestores nos serviços de saúde, no planejamento das atribuições e o quantitativo de profissionais necessários para executar as atividades. Estabelece-se também que as instituições de saúde que oferecem serviços psicológicos deverão ser cadastradas no CFP, bem como possuir pelo menos um responsável técnico com sede. Interessante é que mesmo com a falta de investimento governamental nos NASF's, incluindo a desvinculação das equipes existentes em 2020 e o não cadastramento de novas equipes, o documento traz, a nível da AB, as diferentes equipes e dispositivos de atuação do profissional, citando em primeiro lugar o NASF. Além disso, o texto aponta que a agenda-padrão da AB gira em torno de quatro eixos: I - atendimento específico; II - ações compartilhadas; ações no território e outras ações. Para cada eixo, parametriza a hora-assistencial que deve ser utilizada, conforme o Quadro 2:

Quadro 2 - Agenda-padrão da AB

Ações propostas na Atenção Básica	Ação	Duração da ação (mín.-máx.)	Proporção da ação por mês (mín.-máx.)
ATENDIMENTO ESPECÍFICO	Atendimento Individual	30-45 min.	5-15%
	Acolhimento	30-45 min.	
	Educação Permanente	90-120 min.	5-10%
AÇÕES COMPARTILHADAS	Atendimento compartilhado / Interconsulta	30-45 min.	5-15%
	Práticas Grupais	60-90 min.	5-15%
	Discussão de Casos e Elaboração de PTS	90-120 min.	25-35%
	Reuniões de equipe	60-180 min.	25-35%
	Atenção a Familiares	60-90 min.	5%
AÇÕES NO TERRITÓRIO	Articulação de Rede Intra e Intersetorial	120-240 min.	5-15%
	Visita Institucional	90 -120 min.	
	Visita Domiciliar	90- 120 min.	5-15%
OUTRAS AÇÕES	Elaboração de documentos	60-90 min.	5%
	Evolução do prontuário	10-15 min.	5%
	Supervisão de estagiários, tutoria, preceptoria	90-120 min.	5-10%
	Participação e orientação de trabalhos, pesquisas, monografias, artigos	90-120 min.	5-10%
TOTAL		70-130%	

Fonte: (CFP, 2022).

Anterior a esta Resolução, o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) considerou que os profissionais psicólogos possuem inúmeras atribuições, dentre elas, destacam-se: ser referência técnica para as equipes de saúde; acolher pessoas em sofrimento mental; realizar ações intersetoriais; colaborar na elaboração de projetos terapêuticos; além da promoção de grupos operativos nas unidades de referência e visitas domiciliares. Porém, de acordo com estudos realizados por Fermino *et al.* (2009), a maioria dos

psicólogos não demonstra conhecimento satisfatório de suas atribuições e competências, imprescindíveis para atender às demandas dos serviços de saúde coletiva na AB. Bernardes (2006) sugere que a reforma curricular não pode existir somente no papel, faz-se necessário uma formação, a qual permite o diálogo entre as áreas clássicas e as práticas pautadas no contexto social. Ou seja, para o autor não adianta trocar as disciplinas tradicionais com disciplinas de saúde pública e/ou coletiva, mas articular os conteúdos de forma a proporcionar ao aluno reflexão crítica e capacidade de ir a campo munido de conhecimento para atuação nos serviços públicos.

Segundo Fermino *et al.* (2009), demandas do campo da AB exigem dos profissionais da psicologia um preparo que a maioria não possui. Os participantes do estudo realizado pelos pesquisadores relataram que a formação acadêmica não foi suficiente para prepará-los para a atuação na saúde coletiva. Segundo os autores, nesse espaço, ocorre um trabalho multiprofissional e de ações comunitárias em saúde, enquanto a formação tradicional aponta para modelos individuais. Nesta pesquisa, os investigadores também identificaram vínculos empregatícios precários, grande sobrecarga de tarefas e baixos salários. Diante disso, reflete-se como deve estar a saúde mental desses trabalhadores na AB em Uberlândia? E como o trabalho deles está organizado?

Além disso, normalmente, os psicólogos atuam em mais de uma unidade de saúde, variando de duas a sete equipes a depender do município. Em Uberlândia, na região do estudo, no Setor Sul, cada psicólogo é referência para duas unidades de saúde. Por outro lado, conforme Amarante (2013), cada equipe de saúde é responsável por cerca de 3.500 pessoas. Neste sentido, ressalta-se a relevância de investigar como o psicólogo tem realizado seu trabalho real, aquele que é operacionalizado em detrimento do trabalho prescrito, o qual é idealizado pela instituição, bem como compreender a distância entre eles e se tal espaço tem gerado adoecimento.

4 PARÂMETROS METODOLÓGICOS

O método adotado para a realização da pesquisa foi o qualitativo. Segundo Minayo (2008, p. 22), tal método “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. A escolha metodológica derivou da compreensão de que, para estudar a relação entre a organização do trabalho, a saúde mental e a pandemia da Covid-19, é importante garantir que os processos de trabalho e as percepções acerca dos sujeitos pesquisados sejam olhados de modo ampliado, considerando os mais variados contextos da pesquisa.

Trata-se, então, de uma pesquisa exploratória de base qualitativa no campo da Saúde do Trabalhador, em que o material selecionado para o estudo foi submetido a análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011; MINAYO, 2008) e remetido à categoria teórica de sofrimento psíquico de Christophe Dejours e desgaste mental de Edith Seligmann-Silva. Os resultados foram remetidos aos objetivos da pesquisa, visando às considerações finais.

Em consonância com a Resolução nº. 466, de 2012 (BRASIL, 2012c), a pesquisa de campo foi iniciada após a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) na Universidade Federal de Uberlândia (UFU). A exigência fez-se necessária para iniciar a etapa de coleta de dados, visando contribuir com a produção de conhecimento científico do domínio a ser analisado. Os investigados da pesquisa foram convidados posteriormente à aprovação do projeto de pesquisa, por meio do Parecer nº. 5.064.679, em seguida a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que fosse compreendido e assinado, caso houvesse aceitação sua participação.

4.1 Instrumentos, procedimentos e amostra

A construção desta pesquisa ocorreu a partir de quatro etapas: a) o levantamento bibliográfico; b) questionário sociodemográfico e profissional; c) entrevistas individuais semi-dirigidas ou semiestruturadas e d) grupo focal.

a) A primeira etapa consistiu no levantamento bibliográfico, tomando como base alguns autores referenciais clássicos sobre a temática como Christophe Dejours, Edith Seligmann Silva, Asa Cristina Laurell, Mariano Noruega, Antônio de Castro Lacaz, René Mentis, Elizabeth Costa Dias, bem como pesquisas recentes, de 2012 a 2022, referente ao tema, filtrando apenas artigos completos nas plataformas de dados Biblioteca Virtual em Saúde Brasil

(BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal de Periódicos CAPES e repositórios de teses e dissertações da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), utilizando a combinações variadas dos descritores: organização do trabalho, saúde mental e trabalho, saúde do trabalhador, processo de trabalho, saúde mental, sofrimento mental, desgaste mental, psicólogo, psicologia, atenção básica, saúde pública, sistema único de saúde, pandemia e Covid-19, selecionando o material de acordo com o interesse da pesquisa.

b) A segunda etapa ocorreu a aplicação do questionário sociodemográfico e profissional (APÊNDICE 1). Ressalta-se que este foi construído exclusivamente para o uso nesta pesquisa. O instrumento foi aplicado aos psicólogos atuantes na Atenção Básica do setor Sul de Uberlândia para o mapeamento do perfil desta categoria e obtenção de informações e características destes trabalhadores, a fim de selecionar os psicólogos a serem convidados para as entrevistas e o grupo focal e, conforme os critérios de inclusão desta pesquisa: a) Psicólogos; b) Independente do vínculo trabalhista, jornada de trabalho, idade, gênero, e a unidade de saúde, o qual está vinculado; c) Atuantes na Atenção Básica em Saúde do município de Uberlândia do setor Sul, e d) Trabalhadores que estiverem ativos quanto à sua situação funcional no momento da coleta de dados e trabalhando há pelo menos seis meses no contexto da pandemia.

Foi realizado contato prévio com a psicóloga responsável técnica pela equipe, a qual cedeu espaço da reunião mensal para que a pesquisadora pudesse explicar-lhes sobre a pesquisa, bem como para convidá-los a participar do estudo, assim, os que aceitaram participar desta etapa responderam ao questionário. Antes de responder ao questionário, foi feita a leitura e a assinatura do TCLE (ANEXO 1). Assim, do total de 22 profissionais do setor sul, 17 responderam ao questionário, representando 77,2% do grupo. A quantidade de participantes nas pesquisas qualitativas, assume uma importância secundária em relação a “quem?”, já que o mais significativo nas amostras intencionais se dá pela forma “[...] se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 20).

c) Na terceira etapa, realizou-se as entrevistas individuais semi-dirigidas ou semiestruturadas, em que ofereceu um espaço de escuta ao entrevistado, atentando-se a alguns pontos de indagação previamente estabelecidos como de interesse da pesquisa, a partir de um roteiro norteador para o diálogo (APÊNDICE 2). Segundo Bleger (1985, p. 1), a entrevista é compreendida como um mecanismo que investiga a conduta e a personalidade dos

entrevistados: a “entrevista alcança a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém ou possibilita levar a vida diária ao nível do conhecimento e da elaboração científica”. Por isso, considerou-se não somente a fala, mas as atitudes do indivíduo e o contexto da pesquisa.

Como estratégia desta etapa, realizou-se entrevistas piloto com intuito de testar o roteiro, observando se este atenderia aos objetivos da pesquisa e se os tópicos seriam entendidos pelos entrevistados. Foram escolhidos dois participantes, profissionais de psicologia, que já atuaram na Atenção Básica em saúde da cidade do estudo. Após as entrevistas pilotos, considerou-se adequado o roteiro norteador. Além disso, a experiência contribuiu para que o entrevistador se acostumar com o método e se familiarizar com o roteiro.

As entrevistas ocorreram entre março e agosto de 2022, tendo a duração média de 40 minutos, foram realizadas individualmente com 05 dos psicólogos (04 de UBSF e 01 da UBS), selecionados a partir dos critérios de inclusão descritos anteriormente. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. As transcrições somadas a outros materiais da pesquisa serão armazenadas por cinco anos, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos dados a pesquisadora e sua orientadora para a preservação do sigilo. Findado o prazo, os materiais serão descartados, conforme artigo 28 da Resolução CNS nº. 510/2016 (BRASIL, 2016). Para isso, foram solicitadas autorizações documentadas aos sujeitos da pesquisa mediante a leitura e assinatura, do TCLE, elaborado conforme a Resolução nº. 466/2012 (ANEXO 2).

d) Na quarta etapa foi realizado um grupo focal que segundo Minayo (2009), trata-se de:

[...] um dispositivo para aprofundar o significado de determinado tema. Vários autores coincidem em que grupos focais como uma técnica de pesquisa qualitativa derivada das entrevistas grupais são organizados para coletar informações por meio das interações frente a um tópico específico sugerido por um pesquisador que é ao mesmo tempo coordenador ou moderador do grupo (MINAYO, 2009, p. 87).

Nessa lógica, o tema debatido neste grupo girou em torno do “*Prazer e sofrimento no trabalho*”, o qual foi debatido e avaliado de forma descontraída, flexível e dinâmica. Nesse sentido, o grupo focal é um instrumento 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, crenças, hábitos, valores, pré-conceitos e simbologias sobre determinado tema, o que permite compreender as práticas cotidianas, ações e reações a certos fatos e eventos, assim como comportamentos e atitudes. Representa, ainda para os participantes, uma oportunidade de desabafar e liberar tensões, angústias e ansiedades associadas ao tema pesquisado e, para o pesquisador, um meio de observar como a controvérsia

vem à tona e como os problemas são resolvidos (BACKES *et al.*, 2011; GATTI, 2005; GUI, 2003).

Essa técnica mostrou-se vantajosa aos interesses deste estudo, pois permitiu captar significados, bem como o alcance de um nível reflexivo e de dimensões de entendimento difíceis de conseguir com outros meios de coleta de dados. Em geral, os indivíduos necessitam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias. E mudam de posição, ou fundamentam melhor sua posição inicial, quando expostas a discussões em grupo. Soma-se a isso que se constitui em uma estratégia importante para inserir os participantes da pesquisa no contexto das discussões de análise e síntese que contribuam para repensar atitudes, concepções, práticas e políticas sociais (BACKES *et al.*, 2011; GATTI, 2005).

A realização do grupo ocorreu em julho de 2022, aproveitando a reunião mensal da equipe, a qual realizou-se fora do ambiente de trabalho, no anfiteatro da instituição gestora, garantindo a privacidade das informações obtidas. O grupo durou 1h22min., no dia e horário combinado com os participantes. Anterior à execução do grupo focal foi feita a leitura do TCLE (ANEXO 3) seguida da assinatura dos profissionais que aceitaram participar. Realizou-se um grupo focal homogêneo, em que participaram 15 psicólogos atuantes na AB à saúde do Setor Sul da cidade de Uberlândia-MG. Segundo Gatti (2005) e Backes *et al.* (2011), a homogeneidade se justifica pelo fato de que os grupos mais homogêneos possibilitam uma facilitação para o desenvolvimento da comunicação e a potencialização das reflexões acerca de experiências comuns, favorecendo a obtenção de resultados mais ricos e aprofundados sobre o tema supracitado a ser debatido.

O grupo foi gravado e seu conteúdo transcrito. Conforme já explicado anteriormente, o material coletado será armazenado em meio digital por pelo menos cinco anos, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora e sua orientanda, conforme legislação pertinente.

O grupo focal ocorreu em um único encontro, no qual foram propostas quatro atividades que utilizam recursos lúdicos para seu desenvolvimento. A escolha pelo lúdico ocorreu pela expectativa de que houvesse a quebra das resistências psíquicas, o estímulo à espontaneidade e a liberação de conteúdos inconscientes. Freud (2015) mostra que o brincar serve como recurso para revelar conteúdos inconscientes, podendo descarregar afetos recalcados ligados a experiências traumatizantes (catarse). Posteriormente, Freud (1924) mostra que o brinquedo permite que o mundo de fantasia (domínio do inconsciente) se ligue a um fragmento da realidade e empresta a esse fragmento uma importância, um significado especial chamado de simbólico.

A primeira atividade foi denominada “*Trabalho e seus significados*”, em que cada participante recebeu um cartão, no qual anotaram a primeira palavra que veio à cabeça quando escutaram o termo “*trabalho*”. Essa ideia foi baseada na regra técnica fundamental da associação-livre que consiste em dizer indiscriminadamente os pensamentos que vem à mente quer, a partir de um elemento dado como uma palavra, um sonho, um número ou qualquer representação ou de maneira espontânea (LAPANCHE; PONTALIS, 1986). A associação-livre é um procedimento técnico que permite o surgimento de conteúdos inconscientes, material trazido à luz para o fim de revelar as conexões que estavam sendo buscadas” (FREUD, 1976, p. 290). Nesta etapa, orientou-se os participantes a explorar a palavra e, posteriormente, foram convidados a compartilhar suas palavras e associações no grupo, atentando-se ao discurso e à reação de cada um com relação ao imaginário do outro.

Na segunda atividade: “*Prazer e sofrimento no trabalho*”, os participantes receberam dois cartões, um branco e outro verde. Foi solicitado, primeiramente, que o participante pegasse o cartão verde e escrevesse os três primeiros pontos que viessem na mente que considerassem como prazer no trabalho. Logo após, no cartão branco, os participantes escolheram três aspectos que consideravam como sofrimento no trabalho e, em seguida, a discussão coletiva.

Na terceira atividade “*Momento pandêmico*”, os participantes foram convidados a refletir e debater, a partir da seguinte pergunta: O que a pandemia alterou no seu trabalho? Confrontando um com o outro, durante a discussão. E por fim, a última atividade intitulada “*Elefante da sorte*”, nesta etapa, foi perguntado ao grupo que se pudesse escolher algo para mudar no trabalho, o que seria? Estimulando o grupo a entrar em consenso sobre uma resposta. Para aquecimento desta atividade, utilizou-se um boneco com formato de elefante, o qual foi passado de participante em participante, sendo que ao pegar o elefante, a pessoa deveria pensar no seu desejo, no que iria escolher para mudar no trabalho.

4.2 Análise de dados

A primeira análise realizada foi do conteúdo proveniente da aplicação dos questionários sociodemográfico e profissional. Organizou-se o material a partir de planilhas virtuais, tabulando os dados quantitativamente, os quais serviram de base para entender o público a ser estudado e nortear ações. Além disso, possibilitou a construção de gráficos e planilhas que será apresentado mais adiante.

Já o material coletado das entrevistas e do grupo focal foi submetido aos objetivos da pesquisa e analisado segundo a abordagem de análise de conteúdo, na modalidade temática

(BARDIN, 2011; MINAYO, 2008) que, de acordo com o proposto por Campos e Turato (2009), consiste em um conjunto de estratégias cujos objetivos baseiam-se na busca dos sentidos contidos nos materiais coletados, por meio de entrevistas ou notas de observações, e o desenvolvimento de inferências para a produção de conhecimento.

Minayo (2008) propõe a necessidade de se buscar uma compreensão crítica dos depoimentos e observações para realizar as análises. Os dados coletados devem representar o resultado de processos sociais oriundos de vários determinantes. Assim, utilizou-se da análise de conteúdo, que segundo Bardin (2011), trata-se de:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

A análise de conteúdo foi dividida em três etapas em conformidade com os preceitos de Bardin (2011) e Minayo (2008): 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação.

A primeira etapa consistiu na organização do material selecionado para o estudo por meio da sua leitura compreensiva e detalhada. Nesse momento, iniciou-se a leitura flutuante, na qual se estabelece contato com os dados coletados e conhece-se o texto. Esta leitura objetiva buscar uma visão de conjunto, porém recortando as particularidades selecionadas, o que permitiu levantar as hipóteses iniciais de que aspectos das condições e organização do trabalho dos psicólogos da AB do Distrito Sul da cidade de Uberlândia poderiam levar ao sofrimento patológico e ao desgaste mental, bem como teriam intensificado as cargas de trabalho, em especial, a carga psíquica devido ao momento da pandemia da Covid-19. Ainda nesta fase, foi possível construir eixos temáticos, a partir do material coletado das entrevistas, sendo eles: jornada de trabalho; ambiente e condições de trabalho; organização do trabalho; condições e organização do trabalho durante a pandemia da Covid-19; relações interpessoais no trabalho; prazer e sofrimento no trabalho e estratégias defensivas. Já a partir do grupo focal, a criação dos eixos baseou-se nos temas das atividades desenvolvidas, sendo categorizado da seguinte forma: significados do trabalho, prazer e sofrimento no trabalho; alterações na organização do trabalho durante a pandemia e desejo de mudança.

A segunda etapa baseou-se na exploração do material e consistiu em dividir os trechos deste material, segundo as categorias temáticas determinadas na primeira etapa, as quais atuam como sistemas de codificação. Com isso, foi realizada uma leitura dialogada com o material teórico de análise para cada uma, de modo que pudemos nomear núcleos de sentido a serem

analisados com relação às hipóteses iniciais para buscar temáticas mais amplas no contexto dos núcleos de sentido, elaborando redação por temas.

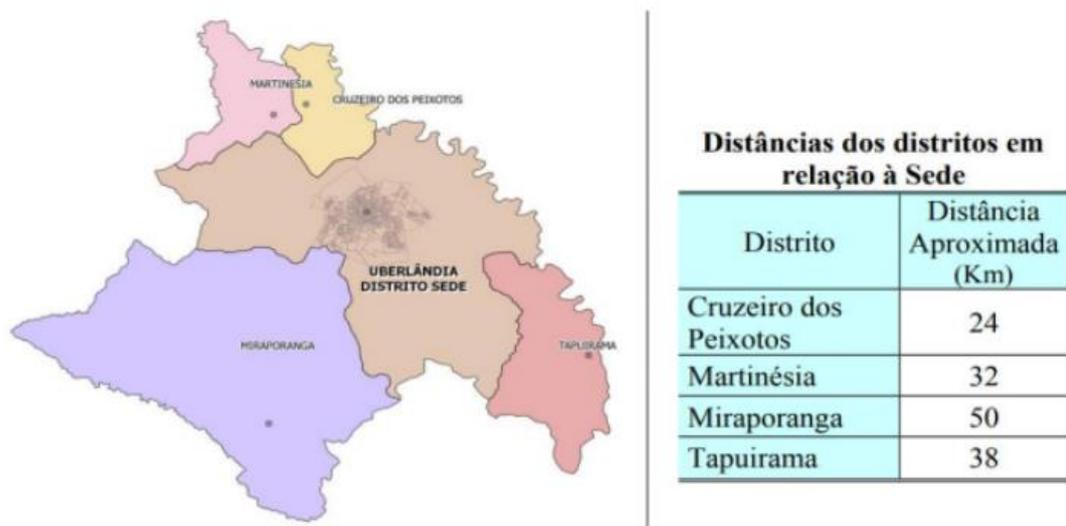
E, por fim, a terceira e última etapa, destinou-se ao tratamento dos resultados, em que os temas redigidos foram remetidos aos objetivos da pesquisa e hipóteses iniciais, por meio de análise crítica, reflexiva e interpretativa. Os resultados foram colocados em interlocução com autores do campo Saúde do Trabalhador e Saúde Mental que tratam da temática das relações entre trabalho, subjetividade e saúde, em especial, do sofrimento psíquico e das defesas utilizadas contra o sofrimento, de modo que em seu conjunto este repertório obtido foi remetido aos objetivos da pesquisa e hipótese, visando às considerações finais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Atenção Básica em saúde no setor Sul da cidade de Uberlândia

O município de Uberlândia está localizado na região sudeste do Brasil, sendo o segundo maior do estado de Minas Gerais, pertencendo à Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba. Compõe-se o município, o distrito sede (Uberlândia) e os distritos (Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuira), como pode ser visualizado na Figura 3 a seguir:

Figura 3 - Distribuição territorial do município de Uberlândia com distribuição dos distritos



Fonte: (UBERLÂNDIA [MG], 2018).

De acordo com a prefeitura da cidade, a população estimada de pouco mais de 668 mil habitantes, a qual está distribuída, na organização de saúde, em quatro setores (Oeste, Central/Norte, Leste, Sul e Zona Rural), evidenciando que o Central/Norte é a fusão do setor Norte com o Central que é menos populoso, em conformidade com a Tabela 1:

Tabela 1 - População por setor

Setor	População
Oeste	196.396
Central Norte	173.044
Leste	122.249
Sul	164.908
Zona Rural	11.698
Total	668.295

Fonte: (UBERLÂNDIA [MG], 2018).

De forma sintética, a rede de saúde pública de Uberlândia é composta pelos seguintes estabelecimentos: no nível primário, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); no nível secundário, as Unidades de Atenção Integral (UAI) – que funcionam como unidades mistas³ e no nível terciário, o Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro (HMMDOLC) e os hospitais da rede privada conveniados ao SUS em caráter complementar.

Ressalta-se que a rede de saúde pública da cidade também abarca as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), em conformidade com a Portaria GM/MS nº. 971, de 3 de maio de 2006 (reguladora da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC) (BRASIL, 2006), sendo que, em 2016, a Secretária Municipal de Saúde de Uberlândia inaugurou um centro especializado em PIC, o Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CRPICS), oferecendo 29 terapias integrativas, dentre elas acupuntura, homeopatia, fitoterapia, antroposofia, dança circular e outras. Já em 2017, como estratégia de ampliação da oferta das PICs, descentralizou as ações para a AB, por meio da capacitação dos profissionais lotados nas UBSF e UBS, resultando em 39 unidades de saúde ofertando algum tipo de PICS (UBERLÂNDIA [MG], 2018).

A AB à Saúde adota a Saúde da Família como estratégia prioritária. Atualmente, a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 41%, contando com 74 equipes, 10 equipes do NASF e uma equipe de consultório de rua, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, em referência ao mês de setembro do ano de 2022.

Cada equipe ESF é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, auxiliar ou técnico em enfermagem, os Agentes Comunitários

³ Unidade Mista se refere a unidade básica de saúde destinada à prestação de atendimento em Atenção Primária à Saúde e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas. Pode dispor, caso não haja no município ponto de atenção específico, serviço para atendimento de urgência/emergência 24 horas e Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT) básico ou de rotina (UBERLÂNDIA [MG], 2018, p. 9).

de Saúde (ACS), auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais e o profissional de enfermagem que atua como coordenador da unidade. A equipe ESF atuará como referência para, no máximo, 4000 pessoas em uma determinada área de abrangência, sendo responsável por articular e coordenar todos os níveis de atenção em saúde como visto no Capítulo 2 (UBERLÂNDIA [MG], 2018).

A AB do Setor Sul da cidade de Uberlândia é gerida pela OS Missão Sal da Terra, a qual celebrou contrato com o município, por meio do Decreto nº. 10.782, de 27 de julho de 2007 (UBERLÂNDIA [MG], 2007). A OS é responsável pela prestação de serviços de AB do setor sul, sendo seus funcionários contratados mediante processo seletivo público e por vínculo celetista. Segundo informações coletadas em campo com o setor responsável pelos dados da saúde da OS, o Setor Sul possui 145.569 pessoas cadastradas pelas unidades de saúde, atingindo 89% da população da área. A nível primário, conta com 02 UBS e 27 UBSF, tendo disponíveis 20 equipes de saúde bucal. Cada unidade de saúde é referência para uma população adstrita, conforme Quadro 3:

Quadro 3 - Unidades de saúde do setor sul de Uberlândia, números de microáreas e população referenciada

Equipe de Saúde	Número de microáreas	População
UBS Pampulha (Equipe A)	4	7844
UBS Pampulha (Equipe B)	4	10538
UBS Pampulha (Equipe C)	2	7445
UBS Patrimônio (Equipe A)	3	4385
UBS Patrimônio (Equipe B)	3	4742
UBS Patrimônio (Equipe C)	4	5031
UBSF Aurora	6	4316
UBSF Campo Alegre	6	4116
UBSF Rosa Abalem Milken (Glória) – Equipe A	6	2758
UBSF Rosa Abalem Milken (Glória) – Equipe B	6	2792
UBSF Rosa Abalem Milken (Glória) – São Jorge V	6	3684
UBSF Granada I	6	3822
UBSF Granada II	6	3747
UBSF Gravatás	6	4838
UBSF Jardim Botânico	6	6614

UBSF Lagoinha I	6	3631
UBSF Lagoinha II	6	3347
UBSF Laranjeiras	6	3573
UBSF Santa Luzia	6	3727
UBSF São Gabriel	6	3885
UBSF São Jorge I	6	3464
UBSF São Jorge II	6	4157
UBSF São Jorge III	6	3731
UBSF São Jorge IV	6	4358
UBSF Seringueiras I	6	3757
UBSF Seringueiras II	6	3818
UBSF Joana Flor (Shopping Park Tripla) - Equipe I	6	4287
UBSF Joana Flor (Shopping Park Tripla) - Equipe II	6	4290
UBSF Joana Flor (Shopping Park Tripla) - Equipe III	6	4084
UBSF Shopping Park IV	6	4430
UBSF Shopping Park V	6	3595
UBSF Shopping Park VI	6	4449
UBSF Shopping Park VII	6	2971

Fonte: As autoras.

5.2 Psicólogos da Atenção Básica em Saúde do Setor Sul da cidade de Uberlândia

O Setor Sul da cidade de Uberlândia conta com 22 psicólogos, sendo 01 responsável técnico, 05 em UBS, 14 em UBSF e 02 feristas. Como já mencionado, todos os profissionais são contratados via OS Missão Sal da Terra, em regime celetista. Assim, a partir dos dados obtidos por meio dos questionários sociodemográficos e profissionais, caracterizou-se os trabalhadores desta área da cidade.

Dos 22 psicólogos da região, 17 aceitaram responder o questionário, representando 77,2% da equipe, e demonstraram abertura e interesse em participar do estudo. Dos que não responderam (22,8%), três estavam de férias ou licença, e dois não aceitaram participar – apresentaram certa resistência, proferindo falas como “*onde serão usadas as informações dos questionários?*” e “*deixa o TCLE e questionário comigo e depois te procuro*”. Foi esclarecido aos psicólogos o sigilo, bem como os objetivos e a importância desta pesquisa porque vamos analisar como a organização do trabalho dos psicólogos da rede de AB, tem contribuído para a

sua saúde mental, incluindo o contexto pandêmico e, a partir disso, poder identificar alterações necessárias para melhoria das condições de trabalho e para prevenção dos riscos e agravos à saúde do trabalhador, assim como para o replanejamento do trabalho quando necessário. Além disso, eles terão uma devolutiva dessa pesquisa.

Nessa esteira, ressalta-se que tanto a Secretaria Municipal de Saúde, quanto a OS não apresentaram resistência em relação à coleta de dados da pesquisa. Primeiramente, contactou-se com o Núcleo de Estágio e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde, o qual realizou a análise do projeto de pesquisa, autorizando o estudo – formalmente, como também intermediou junto à OS Missão Sal da Terra, a autorização da coleta de dados nas dependências das unidades de saúde sob sua gestão. Tal realidade contrasta com a pesquisa realizada por Silva (2019) a respeito da Organização do Trabalho dos psicólogos da AB de Uberlândia, que se deparou com a seguinte circunstância:

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 (SILVA, 2019, p. 81).

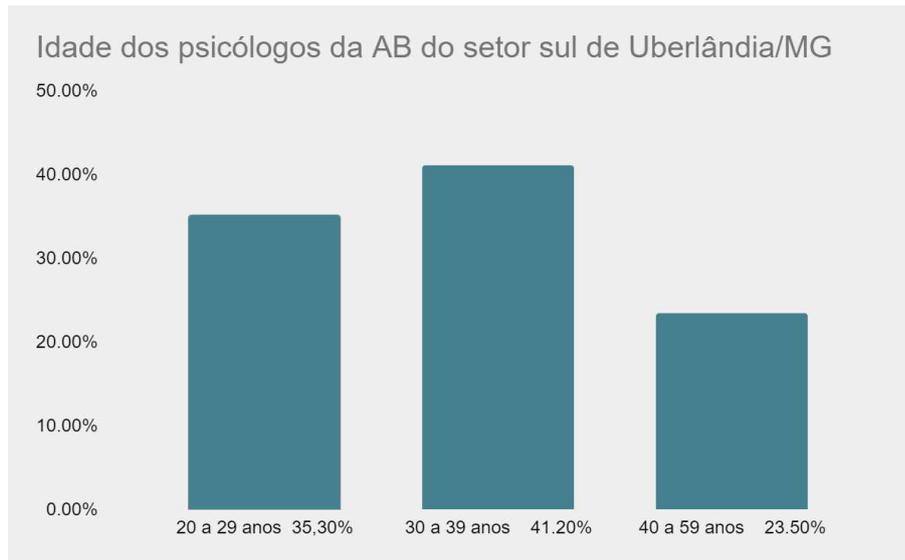
Nesse sentido, observa-se uma abertura maior em relação a um momento anterior, podendo significar um avanço. Ressalta-se que a gestão dos serviços públicos ao abrir espaços para a realização de pesquisas científicas, promove a conexão dos saberes produzidos pelas universidades com a práxis profissional, favorecendo a identificação, aprimoramento e superação de problemas. Além da autorização, o Núcleo de Estágio e Pesquisas solicitou que ao finalizar o estudo, fosse compartilhado os resultados com o setor, de forma que a Secretaria Municipal de Saúde pudesse aproveitá-lo no planejamento de melhorias.

Seguindo para os dados sociodemográficos, abaixo na Tabela 2 estão compilados os dados referentes à idade; gênero; religião; estado civil; quantidade de filhos; quantidade de moradores na residência; faixa salarial e renda familiar:

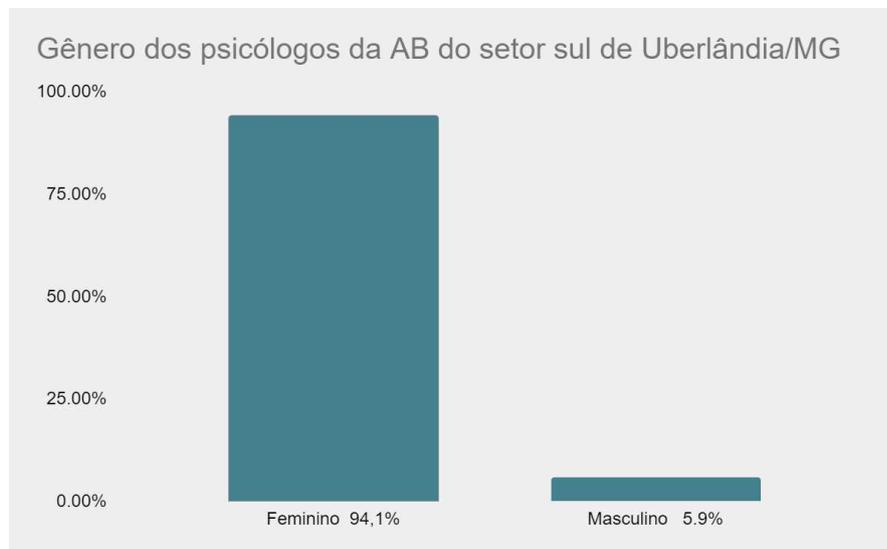
Tabela 2 - Uberlândia: dados sociodemográficos dos psicólogos do setor sul da AB, 2022

	Categoria	Quantidade	Percentual
Idade	20 a 29 anos	6	35,30%
	30 a 39 anos	7	41,20%
	40 a 59 anos	4	23,50%
Gênero	Masculino	1	5,90%
	Feminino	16	94,10%
Religião	Católica	5	29,40%
	Espírita	5	29,40%
	Evangélica	3	17,60%
	Sem religião	4	23,50%
Estado Civil	Solteiro	8	47%
	Separado/Divorciado	4	23,60%
	União Estável/Casamento	5	29,40%
Número de filhos	0	11	64,70%
	2	2	11,80%
	1	2	11,80%
	3	1	5,90%
	4	1	5,90%
Números de pessoas na residência	1	2	11,80%
	2	5	29,40%
	3	5	29,40%
	4	5	29,40%
Faixa Salarial	1 a 3 salários	16	94,10%
	4 a 6 salários	1	5,90%
	mais que 6 salários	0	0
Renda Familiar	1 a 3 salários	6	35,30%
	4 a 6 salários	9	52,90%
	mais que 6 salários	2	11,80%

Fonte: As autoras.

Gráfico 1 - Idade dos psicólogos do setor sul da AB de Uberlândia, 2022

Fonte: As autoras.

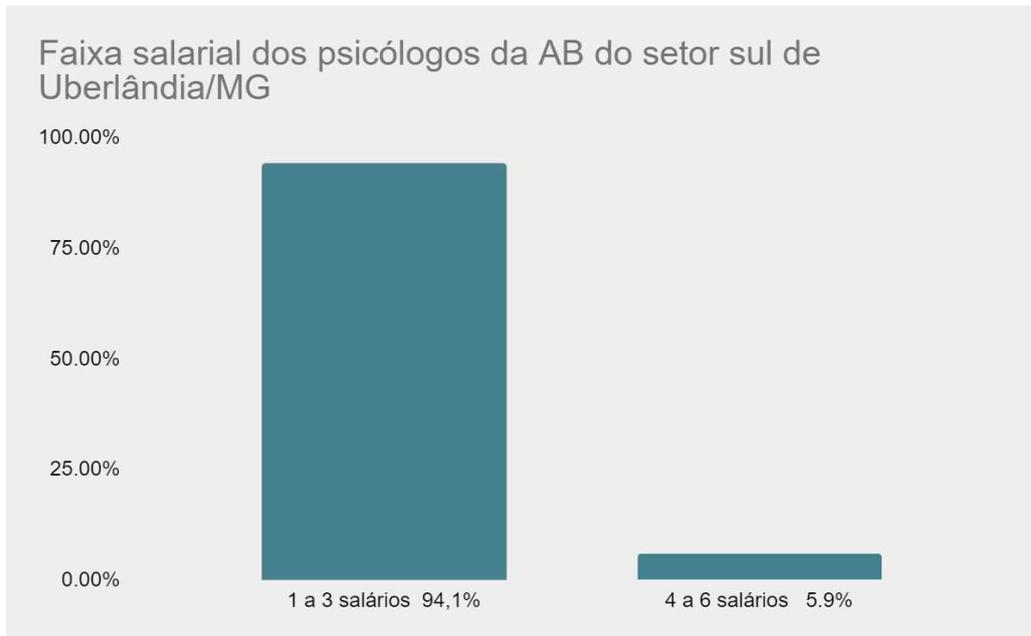
Gráfico 2 - Gênero dos psicólogos do setor sul da AB de Uberlândia, 2022

Fonte: As autoras.

Observa-se pelo Gráfico 1 acima, que em relação à idade, a maioria dos participantes desta etapa (76,5%) tem entre 20 e 39 anos, sendo 41,2% dos 30 a 39 anos e 35,3% dos 20 aos 29 anos; já a faixa de 40 a 59 anos corresponde a 23,5% dos respondentes. Desse modo, a média de idade dos que responderam ao questionário é de 35 anos, demonstrando que o grupo é composto em sua maioria por pessoas jovens. Quanto ao gênero, o Gráfico 2 mostra que a maioria dos respondentes assinalou feminino, representando 94,1%, enquanto apenas 5,9% marcaram masculino, achado que corrobora o cenário nacional demonstrado no Capítulo 3, em que a maioria dos psicólogos inscritos no CFP é composta por mulheres.

Do estado civil, 47% declararam ser solteiro, 29,4% vive em união estável/casamento e 23,6% é separado/divorciado. A maioria não tem filhos, 64,7%; 22,16% têm de 1 a 2 filhos em proporção igual para cada um (11,8%); 5,9% têm 3 filhos e 11,4%, 4 filhos. A minoria do grupo reside sozinha – 11,8%, 29,4% moram com mais uma pessoa, 29,4% com mais duas pessoas e 29,4% com mais três pessoas. Em relação à religião, 29,4% responderam ser católicos e em percentagem igual, 29,4% são espíritas, 23,5% sem religião e 17,6% evangélicos.

Gráfico 3 - Faixa Salarial dos psicólogos do setor sul da AB de Uberlândia, 2022



Fonte: As autoras.

Com relação a faixa salarial, podemos observar pelo Gráfico 3 acima, que foi referenciado o valor do salário-mínimo que no momento da coleta de dados era de R\$ 1.212,00, sendo que 94,1% assinalam receber entre 1 e 3 salários, 5,9% de 4 a 6 salários, enquanto a renda familiar, 47,1% de 4 a 6 salários, 35,3% de 1 a 3 salários e 11,8% mais que 6 salários. No momento do preenchimento da faixa salarial, uma participante expressou “*sinto vergonha do meu salário, se não fosse a renda do meu esposo, não sei como faria*”.

No que diz respeito à formação profissional, observa-se que a maioria já possui pós-graduação e/ou está cursando, como pode ser visto no Gráfico 4 abaixo. No entanto, a gestão municipal não contempla um plano de carreira para os profissionais vinculados às OS’s para valorizar e estimular a formação continuada.

Gráfico 4 - Uberlândia: formação dos psicólogos da AB do Setor Sul, 2022

Fonte: As autoras.

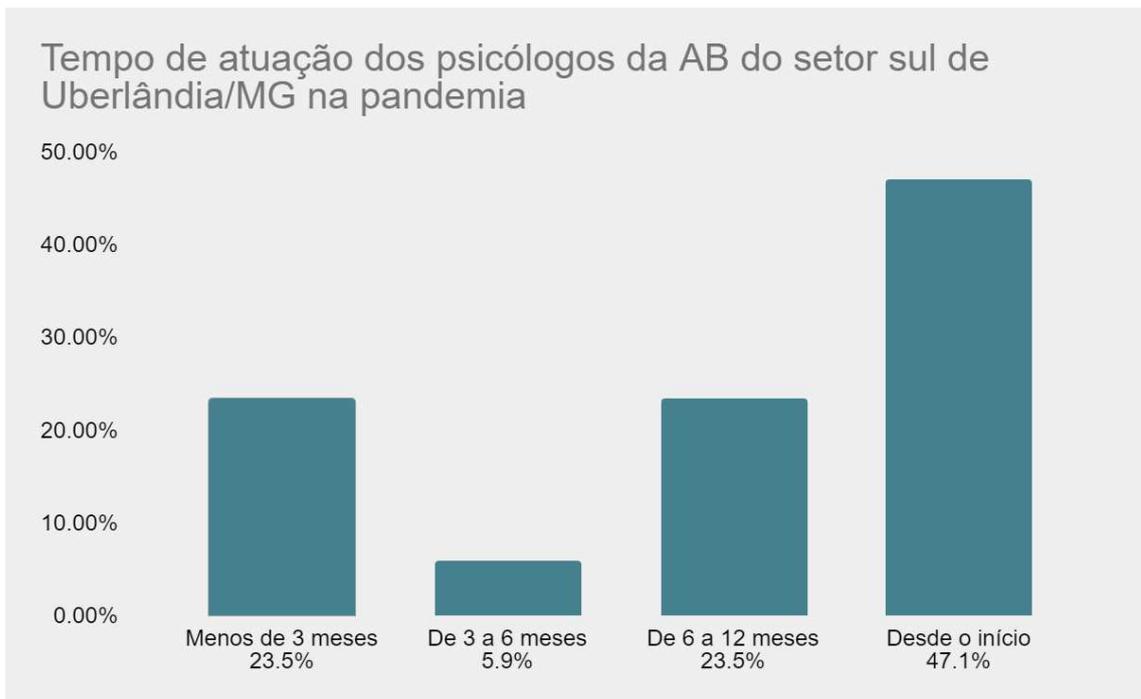
No quesito tempo de formação dos profissionais, 29,4% afirmaram possuir de 2 a 4 anos; 23,5% de 5 a 8 anos e 47,1% há mais de 8 anos. No entanto, o tempo de atuação na saúde pública é inferior ao tempo de formação, sendo que 23,5% declararam possuir menos de 1 ano de experiência na área, 41,2% informaram possuir de 1 a 2 anos, 17,6% de 2 a 4 anos e 17,6% acima de 5 anos. Os profissionais indicaram que suas experiências na AB foram dentro do município de Uberlândia, sendo 11,8% acima de 5 anos, 11,8% de 2 a 4 anos, 35,3% de 1 a 2 anos e 41,2% menos de 2 anos.

A maioria dos profissionais (94,1%) encontra-se lotada em UBSF e 5,9% em UBS. O tempo em que os profissionais atuam neste tipo de unidade variou, conforme a Tabela 2, sendo que 58,8% há mais de 1 ano e 41,2% há menos de 1 ano. A minoria do grupo, 11,8%, já atuou em outro tipo de unidade, evidenciando que 88,2% tiveram experiência somente em UBSF. Ressalta-se que 94,1% dos respondentes atuam como referência em duas UBSF, enquanto 5,9% em uma UBS. A carga horária semanal é de 20 horas para 88,2% e de 40 horas para 11,8% dos psicólogos. Além do trabalho na AB, 47,1% afirmaram possuir outra atividade, sendo que 75% apontaram o atendimento clínico em consultório particular, 12,5% atuam na área do desenvolvimento social e 12,5% em empresa privada. Em contrapartida, 52,9% declaram não possuir outros vínculos laborais, o que indica que a maior parte dos psicólogos atua apenas na AB.

De modo geral, podemos dizer que a maioria dos psicólogos é mulher jovem com idade média de 35 anos, solteira (47%), sem filhos (64,7%), mora com uma ou mais pessoas (88,2%) e recebe de 1 a 3 salários-mínimos (94,1%).

Durante o período pandêmico, a maioria dos psicólogos atuou desde o início, 47,1%, seguidos por 23,5% de 6 a 12 meses, 5,9% de 3 a 6 meses e 23,5% menos de 3 meses, como pode ser visualizado no Gráfico 5:

Gráfico 5 - Uberlândia: tempo de atuação dos psicólogos da AB durante a pandemia, 2022



Fonte: As autoras.

Estudos realizados por Schmidt *et al.* (2020) apontaram que as mudanças de rotina e nas relações familiares em decorrência da pandemia do coronavírus causaram impacto na saúde mental e bem-estar psicológico das pessoas, levando a sentimentos de impotência e abandono. As alterações de rotina também foram encontradas nas respostas que os trabalhadores deram na presente pesquisa. A totalidade dos respondentes afirmou que durante a pandemia, não continuou fazendo as mesmas atividades de lazer como pode ser observado na Tabela 3. A exemplo, cita-se a atividade de visitar amigos e/ou familiares que antes da pandemia era frequente em 100% dos psicólogos, despencando para 47%, assim como as idas ao cinema foram de 76,5% para 0%.

Um dado interessante é que a atividade de dormir/descansar manteve a mesma frequência de 76,5% tanto antes do momento pandêmico como durante, observando que as mudanças de hábitos devido às medidas de segurança, durante a pandemia, não favoreceram tal

atividade. As modalidades de cozinhar e de jardinagem aparecem com 5,9% somente durante a pandemia, podendo revelar, ainda que em pequena frequência, novas formas de reinventar o lazer.

Tabela 3 - Uberlândia: atividades de lazer dos psicólogos do setor sul da AB, 2022

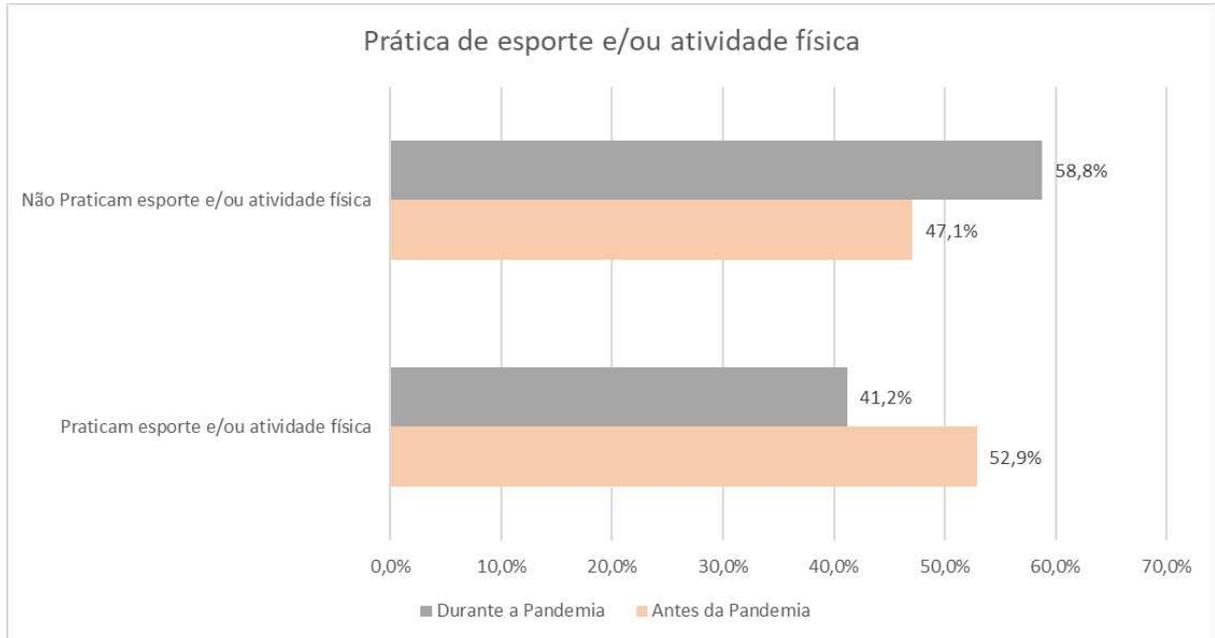
Lazer	Antes da Pandemia (percentual)	Durante a Pandemia (percentual)
Passeio em parque	58,8%	47,0%
Passeio em shopping	70,6%	23,5%
Visita a amigos e/ou familiares	100,0%	47,0%
Cinema	76,5%	0,0%
Teatro	29,4%	0,0%
Leitura	52,9%	41,2%
Casa de shows e dança	47,0%	0,0%
Clube	41,2%	17,6%
Festa	41,2%	0,0%
Bares/restaurantes	82,3%	29,4%
Dorme/descansa	76,5%	76,5%
Viagem	58,8%	41,2%
Atividade física	23,5%	11,8%
Igreja	11,8%	0,0%
Cozinhar	0,0%	5,9%
Jardinagem	0,0%	5,9%

Fonte: As autoras.

Em relação à prática de esportes e/ou atividades físicas, um pouco mais da metade dos respondentes, 52,9%, realizava alguma prática antes da pandemia, sendo que durante, este número diminuiu para 41,2%. Observou-se que das pessoas que já realizavam atividade física, 33,3% pararam, enquanto os que não realizavam nenhuma atividade física, apenas uma pessoa, 12,5%, começou a exercitar-se. As atividades realizadas variaram entre as modalidades: musculação, natação, yoga, caminhada, funcional e dança, nas proporções apresentadas no Gráfico 6. A frequência dentre os que praticavam alguma atividade antes da pandemia variou, sendo que 25% responderam duas vezes por semana, 25% três vezes por semana, 12,5% quatro vezes por semana, 25% cinco vezes por semana e 12,5% diariamente (Tabela 4). Apesar do

número de praticantes de atividades físicas terem diminuído durante a pandemia, a frequência aumentou, sendo 33,3% três vezes semanais, 50% cinco vezes na semana e 16,7% diariamente.

Gráfico 6 - Uberlândia: prática de atividades físicas dos psicólogos do setor sul da AB, 2022



Fonte: As autoras.

Tabela 4 - Uberlândia: atividades físicas dos psicólogos do setor sul da AB, 2022

Atividade física	Antes da Pandemia - Quantidade/Percentual	Durante a Pandemia - Quantidade/Percentual
Nenhuma	8 / 47%	10 / 58,8%
Musculação	2 / 11,8%	5 / 29,4%
Musculação e Dança	2 / 11,8%	1 / 5,9%
Musculação e Natação	1 / 5,9%	0 / 0%
Natação	1 / 5,9%	0 / 0%
Funcional	1 / 5,9%	0 / 0%
Yoga e Caminhada	1 / 5,9%	1 / 5,9%
Yoga e Tai chi chuan	1 / 5,9%	0 / 0%

Fonte: As autoras.

5.3 Análise das entrevistas dos Psicólogos da Atenção Básica do setor sul da cidade de Uberlândia

A análise das entrevistas está organizada a partir dos eixos temáticos: jornada de trabalho; ambiente e condições de trabalho; Organização do Trabalho dos psicólogos da AB do

setor sul de Uberlândia na pandemia; condições, processo e organização de trabalho dos psicólogos da AB do setor sul de Uberlândia durante o pico da pandemia; relacionamento Interpessoal; prazer e sofrimento no trabalho e estratégias defensivas, conforme detalhamento realizado na metodologia. Esclarece que, para referenciar os psicólogos na análise, utilizou-se de nomes de flores sendo utilizados apenas os de gênero feminino, independente do gênero declarado pelo psicólogo participante a fim de preservar a identidade dos participantes, assim como feito na análise do grupo focal adiante. Nesse sentido, a partir desse ponto, o uso do gênero masculino e feminino será utilizado de forma indiscriminada.

5.3.1 Jornada de Trabalho

Os psicólogos atuantes no setor sul de Uberlândia, os quais prestam serviços nas UBSF's, são contratados, via Missão Sal da Terra, para perfazer uma carga horária de 20 horas semanais, sendo que cada psicólogo atua em duas UBSF's enquanto os lotados na UBS fazem 30 ou 40 horas semanais. Assim, observou-se que durante a etapa das entrevistas, os psicólogos que fazem 20 horas semanais colocam que o tempo é insuficiente para atender toda a demanda de trabalho, o que intensifica a jornada de trabalho e se configura como fator de risco para saúde mental do trabalhador, como pode ser observado nas falas abaixo:

[...] geralmente é isso, são só 4 horas por dia. (Violeta)

Eu fico aqui 8 horas... por semana né... e aí no dia de troca de receita, é pelo menos 2 horas pra fazer a troca de receita, então, 6 horas me restam de atendimento... e de outras coisas porque eles pedem muito... a coordenação pede que a gente faça mais grupos, pede que a gente faça outras ações e não cabe no tempo que a gente tem. (Magnólia)

[...] E isso é muito angustiante porque não existe tempo hábil para ser feito tudo que é pedido [...] dentro do respeito da nossa norma de conduta, do que a gente acredita de um trabalho de atendimento psicológico. (Orquídea)

Observa-se que há uma lacuna entre o trabalho prescrito em detrimento do que é operacionalizado, o trabalho real. Dejourns (2009) alerta que quanto maior for a distância entre o trabalho prescrito e o real, maior é a chance de adoecimentos do trabalhador. Como proposta, o grupo de psicólogos solicitou a gestão que aumentasse a carga horária para 30 horas semanais, assim como ocorre com os outros profissionais da equipe multiprofissional, mas até o momento não houve retorno à equipe, como mostram os textuais a seguir:

[...] a gente não entende até hoje como que por mais que se pense que se solicite, falam que já foi aprovado, mas nunca teve retorno dessas 30 horas que realmente é... aliviaria bastante... que talvez o ideal fosse 1 psicólogo por unidade que é uma

demanda antiga, mas eu penso assim, talvez a mais acessível, hoje, seria de 30 horas porque aí você tem 10 horas a mais para você conseguir gerir né... gerenciar, vamos dizer, mas... (Magnólia)

Não houve o que a gente pede até hoje, que seria aumento de carga horária de 30 horas. Porque as assistentes sociais fazem 30 horas, a fisio faz 30. O psicólogo faz 20? (Rosa)

[...] eu acho que 10 horas a mais seria o mínimo pra eu conseguir me aproximar dessa meta sem tá gerando ansiedade de cobrança e de ter que bater isso. (Violeta)

Note-se que a instituição estipula metas de trabalho, assunto que será detalhado mais adiante. Alguns psicólogos relataram que levam serviço para casa “*Por causa dos atendimentos marcados fica muito corrido e eu vou fazendo essas coisas em casa. Porque é o que dá*”. (Magnólia), “*Tem tempo que eu fico levando coisas pra casa, e tem tempo que eu penso assim: não, não tá certo, eu preciso ter meu tempo de descanso, o que der pra fazer eu vou fazer lá*”. (Margarida). Esta situação mostra como o trabalho invade a vida do trabalhador fora do local de trabalho, gerando expectativa ansiosa, o que caracteriza fator de risco para saúde mental do trabalhador psicólogo.

Assim, a análise da jornada de trabalho demonstrou que a carga horária da maioria dos psicólogos é de 4 horas diárias, o que poderia colaborar com a promoção de saúde dos trabalhadores por possibilitar que estes manejem com tranquilidade o tempo de trabalho com as outras demandas da vida. No entanto, a grande quantidade de tarefas demandadas pela instituição e o pouco tempo para realizá-las, faz com que os psicólogos aumentem o ritmo de trabalho e/ou levem atividades para casa com intuito de dar conta do que é proposto, intensificando a jornada de trabalho e aumentando a carga de trabalho. Nota-se que a intensificação do trabalho se caracteriza como uma das formas de exploração do capital, já que com o aumento da produtividade é gerada a mais-valia, considerada por Marx (2004) como o trabalho realizado, mas não remunerado. Além disso, o tempo insuficiente causa sofrimento nos psicólogos por gerar um conflito entre as expectativas de fazer bem seu trabalho e o real do trabalho que é aquele operacionalizado no cotidiano, com suas limitações, imprevistos, excessos de demandas, o que gera sofrimento, sendo fator de risco para a saúde mental dos profissionais.

5.3.2 Ambiente e condições de trabalho

As condições de trabalho, conforme mencionado no Capítulo 1, referem-se às características físicas, mecânicas, químicas e biológicas presentes no ambiente laboral, as quais atuam sobre a saúde dos trabalhadores, podendo acarretar desgaste do trabalhador (DEJOURS;

ABDOUCHELI, 2010). Assim, cabe compreender como são as condições de trabalho dos psicólogos, lembrando que um mesmo psicólogo pode se deparar com dois ambientes de trabalho distintos, já que a maioria atua em duas unidades. Salvos algumas exceções, as UBSF's são instaladas em casas alugadas pela prefeitura, as quais são adaptadas para o atendimento à população. E quanto às UBS's do setor sul, 03 equipes ocupam uma unidade sediada em espaço alugado e adaptado e as outras 03 equipes estão lotadas dentro de uma UAI construída em terreno próprio da prefeitura, com mais infraestrutura por ser uma unidade mista e atender uma população maior.

Durante as entrevistas, uma das atividades de trabalho citadas pelos trabalhadores é a realização da visita domiciliar. Contudo, não é disponibilizado para os profissionais das UBSF's, meio de transporte para realizá-las, fazendo com que alguns utilizem seus carros particulares para efetivar as visitas, como pode ser ilustrado nas falas abaixo:

Deveria ir a pé, quando é muito longe eu vou de carro com as meninas, com as ACS, quando eu sei que é mais distante até por conta do tempo mesmo né, porque se não perde muito tempo. (Magnólia)

Não tem transporte para nos levar, não tem. A gente tem que dar seu jeito mesmo. (Rosa)

As visitas, por exemplo, temos de ir a pé que demora muito, ou utilizamos nosso próprio carro. (Orquídea)

Tal achado também é apontado por Ferreira (2022), ao mostrar que uma das dificuldades encontradas para a realização de visitas domiciliares é a imprevisibilidade de se conseguir um carro, sendo que muitas vezes, os profissionais vão em seus carros particulares, ou desmarcam as visitas. Pensando nos psicólogos que são referência para duas UBSF's, pergunta-se: como que em 10 horas semanais ainda restará tempo para fazer visitas a pé? O fato de ter uma atividade externa, a qual não é disponibilizada infraestrutura ao trabalhador, gera aumento de carga de trabalho física e mental e ao longo do tempo ao consequente desgaste dos trabalhadores.

Ressalta-se que para as equipes das UBS's é disponibilizado um carro para visita multidisciplinar, como denota esta fala: “[...]o carro é liberado nesses dias pra visita como os bairros são longe então a gente vai no mesmo carro. Então vai o médico, um psicólogo, um... uma assistente social...”. (Margarida)

Em relação ao ambiente de trabalho, aos postos de trabalho, as salas que são disponibilizadas para o psicólogo, normalmente são salas divididas entre os profissionais da equipe multiprofissional ou com os agentes comunitários de saúde, sendo que os psicólogos se

organizam, cada um do seu modo, para compartilhar o espaço e procurar não comprometer o trabalho:

*Aqui na unidade alfa, a sala multiprofissional é dividida entre... os profissionais da equipe multi e os agentes de saúde. Então é... **acaba que meu horário nunca bate com outros profissionais**, sempre tá bem dividido, mas eu sempre divido a sala com as agentes, o que eu não tenho problema com isso, eu acho que é mais difícil pra elas, elas sempre acabam saindo, eu sempre estou lá o tempo todo... quando eu não estou em atendimento elas ficam lá também, dá certo... **acaba que o trabalho fica um pouco mais lento porque a gente vai comentar de outras coisas, vai discutir algum caso, não dá pra focar 100%, nem pra mim, quanto pra elas.** [...] Na unidade beta tem a sala dividida, a das agentes e sala multi, então lá é mais tranquilo ainda. (Magnólia)*

[...] eu sinto que tem boas condições assim pelo menos na estrutura da casa mesmo... dá para eu me organizar bem, sem muito trabalho. Mas os relatos que eu escuto das outras... unidades são bem diferentes. (Magnólia)

***Existe uma sala, mas é uma sala, essa sala multi.** Então quando nutricionista, assistente social está, a gente tem um problema, que aí eu tenho que usar outra sala. **Então nutricionista vem, choca agenda, aí eu não consigo... eu tenho que pedir pro enfermeiro no dia anterior, pedir a sala da agente de saúde, pra eu usar.** Porque as agentes de saúde ficam nas salas, entra e sai, tem a agenda delas, eu não posso chegar e pedir pra todas saírem. (Rosa)*

[...] então vamos supor na segunda-feira eu atendo de manhã na sala x, que já fica reservada pra mim lá [...] Depois na... na... na tarde eu fico aqui, porque aqui a tarde não tem, só tem eu, aí eu fico aqui mesmo... Quando é na quarta, eu fico em outra sala de manhã, já é fixo também e de tarde fico aqui. (Violeta)

*[...] sempre, **na unidade gama sempre tive uma sala reservada.** Nesse período da tarde sou só eu, não tem outra da equipe multi. **Lá eu nunca tive esse problema.** (Margarida)*

A ausência de sala de atendimento específica para o psicólogo é vista como um problema para os psicólogos, mas contornável pela maioria. Mesmo que as salas não sejam exclusivas para o atendimento psicológico, existe um revezamento e compartilhamento de modo que possibilita o psicólogo fazer o uso delas. Assim, os profissionais acessam a mobilização subjetiva por meio da inteligência prática e fazem manobras para efetivar seu trabalho. Lucena e Máximo (2019) apontam que essa dificuldade estrutural das unidades de saúde, faz com que os trabalhadores criem estratégias para alcançar seus objetivos, sendo que muitos recorrem às salas que estão sem atendimento, criando novas formas de executar as ações, frente aos impedimentos. Observa-se que a operacionalização do trabalho escancara o trabalho real, aquele que lida com os problemas diários, os incidentes, os imprevistos, etc.

Outros aspectos que revelam a inadequação das salas ao atendimento psicológico é o fato de normalmente elas estarem expostas a ruídos; não possuem 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:

*O ventilador eu que trago de casa. [...] É, esse ventilador é meu. E o espaço assim, da unidade gama, **hoje o incômodo é porque é uma sala sem janela**. Completamente fechada e abafada. (Rosa)*

[...] Então isso que fica a desejar, hoje está frio, mas aqui é muito abafado e eu não posso abrir. Isso aqui vira um forno, fica abafado. Então, não é arejado. Tá? Nos dias quentes é muito quente, muito quente e abafado. O principal é isso, são ambientes abafados. E eu vejo na outra unidade lá também, lá foi construído assim, uma a sala multi, metade do tamanho dessa sala aqui. Pra ter uma mesa, uma maca e um armário. Aí você pensa assim 'como'? (Orquídea)

O estudo de Silva (2019) mostrou que as salas para atendimento psicológico não apresentam estrutura física adequada devido à falta de ventilação, iluminação e tamanho adequado, bem como não oferecem o mínimo de conforto para o atendimento do paciente, atingindo o desempenho profissional, inclusive afetando o sigilo, o que configurou em risco físico, podendo levar a desconforto auditivo, hipotensão, mal-estares, desconcentração, irritabilidade e insatisfação.

Foi apontado que em algumas salas, o sigilo pode ficar comprometido, pela estrutura física e também pelas interrupções de outras pessoas. Ressalta-se que, segundo o Código de Ética Profissional do CFP, “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional” (CFP, 2005, p. 13). Diante do dever ético e na impossibilidade de cumpri-lo, surgem sentimentos de impotência, menos valia e de desqualificação do trabalho e da profissão, que podem ser ilustrados pelos relatos a seguir:

É metade, é metade disso aqui, né? Então é o tamanho da maca com armário que fica aqui, a maca aqui, já ocupa tudo, aí aqui já tem só o espaço de uma porta pra um lado, que é pra dentro da copa, sem privacidade. E a porta pra fora, que a pessoa vai passar no sol, na chuva, o que estiver pro corredor. Então, assim, tem sim uma desqualificação do nosso trabalho... (Orquídea)

[...] E aqui nessa unidade é... realmente não tem ambiente privado, e a sala de espera ou dentro da sala do... da coleta de sangue, assim que a sala é maior, mas ali fora... o hall ali não tem privacidade. (Rosa)

A sala é compartilhada com as agentes de saúde, mas assim, é difícil, porque é toda hora ter que pedir licença, né. Às vezes o atendimento se estende e elas precisavam pegar coisas dentro da sala... E se fosse urgente assim, 'ah eu tenho que pegar o meu tablet porque eu tenho que fazer visita', aí tinha que interromper... Então acaba interferindo no atendimento, no sigilo... (Margarida)

Uma entrevistada também narrou problemas relacionados ao seu computador, o que demonstrou sentimentos de angústia relacionada à dificuldade de usar seu instrumento de

trabalho, já que este não atende mais às necessidades reais do trabalho, como pode ser visto no trecho abaixo:

[...] Esse computador não está mandando pra recepção pra poder imprimir, que antes mandava. Esse computador eu vou fazer alguma coisa com ele, aí foi uma coisa eu já passei com a enfermeira, e a enfermeira já abriu um negócio lá pra arrumar e o técnico já falou que ele não comporta mais a atualização. Então, é o CPU que tem que ser outra, mas até hoje nada, fica difícil fazer os registros do trabalho, fico angustiada. (Orquídea)

A análise do ambiente e condições de trabalho demonstrou que os psicólogos estão expostos a ambientes de trabalho inapropriados para a realização dos seus atendimentos, já que não é disponibilizado espaços físicos que garantam as condições adequadas de privacidade, recursos materiais, iluminação e ventilação. Tal situação reflete a conjuntura atual da precarização do trabalho no mundo, a qual supervaloriza a produtividade e lucro e desconsidera a subjetividade e as condições adequadas de trabalho. Observa-se que o trabalho do psicólogo exige o envolvimento total de sua subjetividade para adaptar, ajustar e criar formas para lidar com a precariedade contida no trabalho, o que o expõe a riscos para sua saúde mental, gerando desgaste mental. Além disso, também evidenciou o risco físico, já que os trabalhadores estão expostos a ambientes sem espaço, ventilação e iluminação, podendo haver.

5.3.3 Organização do Trabalho dos psicólogos da AB do setor sul de Uberlândia na pandemia da Covid-19

A organização do trabalho é um conceito chave no campo da saúde do trabalhador, sendo central nos estudos de Dejours acerca do prazer e sofrimento no trabalho. Segundo o autor, a organização do trabalho relaciona-se ao modo em que o trabalho está dividido, o conteúdo das tarefas, as hierarquias e relações de poder, as responsabilidades, o ritmo, as pausas, jornadas de trabalho, dentre outros (DEJOURS, 1992). Pondera-se que a maneira em que o trabalho está organizado pode influenciar positiva ou negativamente na saúde mental dos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 2011).

No setor sul existe um psicólogo para cada equipe de UBS e um psicólogo para cada duas equipes de UBSF's, conseqüentemente, os psicólogos que atuam na UBS respondem diretamente a figura da coordenação deste tipo de unidade. Já os que trabalham em UBSF's respondem a dois coordenadores, cada um da sua respectiva unidade de saúde, a qual o profissional é referência. Observa-se que o psicólogo que atua em UBSF's está ligado ao mesmo tempo a duas chefias imediatas. Esclarece-se que as coordenações de cada unidade de

saúde são realizadas por profissionais da área da enfermagem, os quais atuam *in loco*, sendo os responsáveis pelas unidades de saúde.

Apesar de cada unidade de saúde possuir suas especificidades e modos próprios de conduzir o trabalho, em geral, os psicólogos recebem um direcionamento para desenvolver suas atividades. Tal direcionamento é realizado por um psicólogo que exerce a função de responsável técnico, o qual faz a interlocução entre gestão superior (gestores da OS e gestores da Secretaria Municipal de Saúde) e os psicólogos; conduz reuniões; dispõe parâmetros e diretrizes para o trabalho; realiza articulações com a rede psicossocial; trabalha com dados e estatísticas dos atendimentos, dentre outras atribuições. Em suma, as coordenações das unidades de saúde funcionam como chefias imediatas dos psicólogos, acompanhando o trabalho no cotidiano e o responsável técnico exerce o apoio relacionado a práxis da profissão. Aos demais psicólogos é esperado que realizem atendimentos individuais; atendimentos compartilhados; grupos; ações intersetoriais; visitas domiciliares; visitas interinstitucionais; discussão de casos; participem das reuniões de equipes, dentre outras atividades.

Ressalta-se que as atividades listadas acima estão de acordo com o Edital n°. 03/2019 (UBERLÂNDIA [MG], 2019), portanto, antes do período pandêmico, que regulamentou o processo seletivo para a contratação de diversos cargos da área de saúde, incluindo psicólogos de 100h mensais e descreveu as atividades da categoria da seguinte forma:

Realizar ações de saúde coletiva; Participar da elaboração e validação de Protocolos, discussão de sessões clínicas, comissões (ética, revisão de prontuários, outros) e conselhos de saúde; Alimentar Sistemas de Informação e documentos afins conforme legislação e normas da instituição; Participar de programa de Educação Permanente, definidos pela instituição; Executar no seu nível de competência ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, conforme normas da instituição; Apoiar os profissionais das UBSF's na abordagem e no processo de trabalho, referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras de drogas, pacientes vindos de internações psiquiátricas, situações de violência intrafamiliar; Realizar acompanhamento conjunto com a equipe da UBSF's de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, em condições de crise ou iminência desta, pacientes egressos de internação psiquiátrica e CAPS (adulto, infância, adolescência, álcool e outras drogas; Realizar visitas domiciliares para atendimento a pacientes acamados e/ou com dificuldades de locomoção; Discutir com os profissionais da UBSF's os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas; Criar estratégias, em conjunto com a equipe da UBSF's, para abordar problemas vinculados a violência e ao uso abusivo de álcool, de tabaco e de outras drogas, visando à redução de danos e a melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade; Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação Intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.); Priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção se desenvolva nas UBSF's e em outros espaços na comunidade; Estreitar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e de integração; Executar outras atribuições afins, delegadas pelo coordenador da unidade local (UBERLÂNDIA [MG], 2019, p. 28).

Na descrição das atribuições do cargo psicólogo é estimado que o profissional seja capaz de realizar inúmeras tarefas, priorize as ações coletivas em detrimento das individuais, além de ficar à disposição para desempenhar outras atividades afins que sejam delegadas pelas coordenações locais. Por outro lado, a gestão superior estipula uma meta a ser atingida pelos psicólogos, a qual não privilegia as ações coletivas e de apoio.

De modo sintético, o cotidiano se baseia em realizar atendimentos individuais que são chamados de acolhimentos, realização de visitas domiciliares, condução de grupos, participação em reuniões e discussões de casos e atividades administrativas como preenchimento de prontuários, elaboração de planilhas e relatórios. O horário de trabalho é escolhido pelo profissional, desde que ele cumpra sua carga horária semanal, dentro do horário de funcionamento de cada unidade. Assim, pode-se observar como cada psicólogo faz sua rotina de modo a realizar suas tarefas:

São 5 dias, então segunda a sexta ... E aí cada psicóloga aqui no setor sul, pelo menos que eu sei, se divide em duas unidades, então eu fico aqui e na unidade alfa e beta... 2 dias aqui, 2 dias lá, e a segunda-feira que é o terceiro dia, eu revezo. Então geralmente tem reunião, e aí na segunda que é reunião eu fecho aqui nas duas unidades a agenda e nas outras segundas eu vou me alternando onde tem mais demanda, não sigo um padrão muito grande não, onde tá precisando mais de socorro eu vou. (Magnólia)

Tem um planejamento né... das atividades, são agendadas, a gente então vai seguindo todo... as orientações que a gente tem de demanda, das metas a serem cumpridas então a gente vai... vai marcando, agendando, organizando... os dias da semana, de acordo com as necessidades, atendimento individual, visitas domiciliares, é... grupo... reuniões... atendimentos compartilhados, visitas compartilhadas, reunião de equipe, reunião dos psicólogos, então... essa é a rotina. (Rosa)

Eu trabalho em duas unidades. De segunda a quinta é dá uma, das 13 às 17 e na sexta-feira das 7 às 11. Né? E o principal assim, horário é isso, agora assim é... é muita sobrecarga de trabalho, então é muito trabalho. Assim isso eu considero até que é o normal do SUS. (Orquídea)

*[...] então eu tenho uma agenda, segunda-feira é atendimento individual de manhã e de tarde. Terça de manhã eu faço visitas domiciliares, terça-feira à tarde eu faço grupos. Quarta-feira de manhã e de tarde eu faço atendimentos individuais. **Quinta-feira de manhã eu faço atividades administrativas que são relatórios para enviar para Ministério Público, conselho tutelar, essas coisas...** quinta a tarde eu faço visita domiciliar também é... junto com a equipe multifuncional. E sexta de manhã eu faço grupos de... de troca de receita, um grupo que é pra trocar receitas controladas e sexta à tarde eu tenho atendimentos individuais e um grupo de crianças no final da tarde, 4 horas. **Então, assim, cada dia é diferente do outro, vivo no sufoco.** (Violeta)*

*Nessa unidade específica tem algumas diferenças daqui para a outra unidade. Nessa específica, assim, eu tento me organizar, é... e separar na agenda os atendimentos de retorno mesmo, tipo assim os que já estão inseridos, e deixar algumas vagas para demanda espontânea, alguma intercorrência, alguma demanda que vem ou do judiciário ou do Conselho Tutelar. E visitas, eu tenho um pouco mais de dificuldade de fazer aqui, porque aqui eu estou sempre na terça e quinta. **Então, não sobra muito tempo pra fazer esse trabalho externo, né?** Porque... como não é disponibilizado um*

carro, então se eu não estiver de carro, pra ir a pé, até pelo deslocamento de ir e voltar... aí acaba atrapalhando os atendimentos aqui. E na quinta é... tem um grupo de troca de receitas e como fecha mais cedo, então consome quase o tempo todo. Mas aí acaba que acontece o que eu te falei, que é de ter que atender depois que a unidade fecha, pra poder dar conta assim, dos casos mais graves... Só que eu acabo comprometendo as outras coisas que eu preciso fazer. (Margarida)

Os psicólogos demonstram fazer malabarismos em sua rotina laboral para dar conta das demandas, pois o tempo não é o suficiente para realizar todas as tarefas prescritas. Na medida em que eles se deparam com o real do trabalho, vão criando formas para lidar com as particularidades e dissabores desse trabalho (DEJOURS; DERANTY, 2015). Observa-se que o trabalho real escancara fatores de risco para saúde mental e de desgaste mental como o volume elevado de demandas, a produção intensificada, o cumprimento de metas, fatores que subtraem o sentido aplicado ao trabalhador, gerando sofrimento e prejuízos à sua saúde mental.

No momento da coleta de dados desta pesquisa (março a agosto de 2022), encontramos que para os profissionais que perfazem 100 horas mensais, são estipulados 48 atendimentos individuais, 8 visitas, 9 atendimentos compartilhados⁴, além da participação em reuniões e atividades administrativas e de planejamento. Essas metas já existiam antes mesmo da pandemia da Covid-19. Observemos a agenda de um dos trabalhadores:

Quadro 4 - Uberlândia: previsão da agenda de um dos psicólogos do setor sul da AB, 2022

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
1ª Segunda-feira ⁵ do mês, 13h às 17h - reunião	Unidade I - 13h às 14h, grupo terapêutico;	Unidade II - 13h às 16h30, atendimento individual;	Unidade II - 13h às 14h30, grupo operativo;	Unidade I - 13h às 16h30, atendimento individual;
2ª Segunda-feira do mês: UNIDADE I - 13h às 15h, atendimento Individual; - 15h às 16h30 visita domiciliar; - 16h30 às 17h, atividades	- 14h às 15h, elaboração relatórios, discussão de casos, elaboração do PTS ⁷ e atendimento compartilhado;	- 16h30 às 17h, atividades administrativas.	- 14h30 às 15h30, atendimento individual; - 15h30 às 16h30, elaboração de relatórios, discussões de caso, elaboração de PTS e	- 16h30 às 17h, atividades administrativas.

⁴ O termo atendimento compartilhado refere-se ao atendimento realizado ao paciente por dois ou mais profissionais de nível superior.

⁵ A primeira Segunda-feira do mês, acontece a reunião entre os psicólogos e coordenação, sendo que nas outras segundas, o profissional reveza entre as unidades de saúde em que é referência

⁷ PTS é a sigla que se refere ao Projeto Terapêutico Singular. Trata-se de uma estratégia de cuidado, a qual dispõe de um conjunto de propostas terapêuticas, discutidas e construídas coletivamente entre a equipe multidisciplinar de saúde para atender uma pessoa, família ou um grupo, objetivando a promoção da integralidade e equidade do cuidado, conforme as diretrizes do SUS (BRASIL, 2014).

<p>administrativas.⁶</p> <p>3ª Segunda-feira do mês: UNIDADE II 13h às 15h, atendimento individual; 15h às 16h30, visita domiciliar; 16h30 às 17h, atividades administrativas.</p> <p>4ª Segunda-feira do mês: UNIDADE I 13h às 15h, atendimento individual; 15h às 16h30, visita domiciliar; 16h30 às 17h, atividades administrativas.</p>	<p>-15h às 16h30, grupo operativo; -16h30 às 17h, atividades administrativas.</p>		<p>educação permanente; - 16h30 às 17h, atividades administrativas.</p>	
--	---	--	--	--

Fonte: As autoras.

Diante da organização das tarefas de um dos profissionais, observa-se que 38 horas mensais são destinadas a atendimentos individuais; 4 horas e meia com visitas domiciliares; 4 horas com reunião de equipe; 9 horas e meia com atividades administrativas; 16 horas com grupos e 8 horas com elaboração de relatórios, discussões de caso, elaboração de PTS, educação permanente e atendimento compartilhado. Ressalta-se que a organização do trabalho apresentada é baseada na expectativa de que o trabalhador cumpra as atividades prescritas a ele, não refletindo, necessariamente, o trabalho operacionalizado, aquele permeado de impedimentos, o trabalho real. De fato, existe uma disparidade entre o prescrito (OT formal) e o real da situação (OT informal), como enfatiza Dejours (2004, p. 28), “que se encontra em todos os níveis de análise entre tarefa e atividade”. Note-se que na meta, é esperado que o psicólogo dedique mais tempo para realização de algumas atividades em detrimento de outras, como pode ser visualizada na Tabela 5, a qual estima o tempo utilizado para o desenvolvimento de cada tarefa:

⁶ As atividades administrativas referem-se a registros de prontuários, preenchimento de planilhas diversas, dentre outras.

Tabela 5 - Uberlândia: previsão do tempo utilizado para o desenvolvimento de cada tarefa na agenda de um dos psicólogos do setor sul da AB, 2022

Procedimento	Porcentagem
Atendimento Individual	47,5%
Grupos	20%
Atividade Administrativa	11,9%
Elaboração de relatórios, discussões de caso, elaboração de PTS, educação permanente e atendimento compartilhado.	10%
Visitas Domiciliares	5,6%
Reunião	5%

Fonte: As autoras.

A atividade mais frequente que o profissional realiza é o atendimento individual (47,5%), estando na contramão dos parâmetros para práticas psicológicas em contextos de saúde do CFP (2022) citados no Capítulo 3, os quais indicam que os atendimentos individuais e ações de acolhimento deverão compor de 5% a 15% da carga horária mensal, o que excede em 32,5%. Tal fato é reflexo da meta esperada pela instituição que prevê 48 atendimentos individuais por mês, fazendo com que o psicólogo atenda, individualmente, cerca de 12 pacientes por semana em 20 horas de trabalho. No parâmetro do CFP, aqui, 15% da carga horária mensal corresponde ao atendimento individual de 15,6 pacientes por mês, portanto, uma média de 3 a 4 pacientes por semana. Como realizar 12 atendimentos individuais por semana? Esse quadro nos remete ao modelo da gestão neoliberal, do gerenciamento como tecnologia do poder entre o capital e o trabalho, “em que as condições financeiras e contábeis importam mais que as condições humanas e sociais” (GAULEJAC, 2007, p. 31); em outras palavras, do neoliberalismo que não se reduz a um modelo econômico, mas se tornou uma forma de vida que enquanto tal compreende uma gramática para o reconhecimento e uma política para o sofrimento, de modo que se pode extrair mais produção e mais gozo do próprio sofrimento (DUNKER, 2015; DARDOT; LAVAL, 2016).

Os psicólogos mostram que desde o início da pandemia até o período atual (março a agosto de 2022), os atendimentos individuais foram priorizados, tendo aumentado muito em detrimento das atividades em grupo que foram suspensas no início da pandemia. Com isso, no momento atual que estão de volta para o trabalho totalmente presencial, ainda não conseguiram retomar as atividades de grupos, bem como de visitas domiciliares, atendimentos

compartilhados e discussão de caso com CAPS ou centro de convivência, o que interfere no cumprimento das metas, como ilustram as falas abaixo:

[...] majoritariamente tem sido atendimentos individuais, por causa do período da pandemia, quando ficou suspenso os grupos, a gente não conseguiu voltar ainda com essa... com esse hábito né de ter mais grupos, então a grande maioria todos os dias que tô aqui a agenda tá lotada de atendimento individual ou então de grupo para troca de receita, tem acontecido mais ou menos dessa forma. [...] visita domiciliar, então a gente faz mais por demanda né, quando os médicos ou os enfermeiros pedem ou os ACS mesmo... atendimento compartilhado, às vezes eu combino com a assistente social ou com a nutricionista da gente fazer um atendimento juntas, ou pelo menos sentar um pouquinho pra discutir algum caso. Tem outro procedimento que nunca consegui efetivar, a visita na escola, tento articular por telefone, assim como articular caso com CAPS, articular caso com centro de convivência. (Magnólia)

[...] Individual 48, visitas diminuiu pra 8. Os atendimentos compartilhados com outros profissionais também é uma dificuldade. São 9. A gente discute muito caso, em corredor, em sala, coisa rápida, mas não tem né, esse tempo reservado. E muitas vezes o profissional não lança também, aí não conta [...] não contabiliza. (Margarida)

Para te falar a verdade eu não fico me apegando nas metas. Aí a gestão fala né, 'você não tá batendo meta', tal... é 'pensa nisso, pensa naquilo', alguma coisa assim né... por exemplo... como eu que ficava nessa troca de receita a tarde, eu não tava tendo grupo a tarde, porque não dava tempo. Tipo segunda e terça eu ficava na troca a tarde, quarta eu tinha grupo [...] Eu sei que não estava tendo tempo de fazer grupo, por causa que eu estava sem tempo por causa das trocas. Então, quando acabou, agora as trocas está organizadas só na parte da manhã. Então, cada um ficou com seu grupo mesmo e tal... então agora liberou. Então, agora eu montei os três grupos à tarde. É no mesmo dia. Então agora minha meta de grupo agora tá normalizada antes tava menos. Aí por exemplo, a gente tem uma meta de atendimento compartilhado, isso é a maior dificuldade. Esse a gente nunca bate, eu acho que nunca vai bater, porque não tem jeito de você compartilhar muito aqui. (Violeta)

Entendeu? por que que não tem como bater atendimento compartilhado? Porque o médico não compartilha com a gente. A enfermeira também não compartilha. Porque a agenda deles é lotada, eles têm 15 minutos cada um pós paciente. Aí eu tento compartilhar mais com a assistência social. Fico muito angustiada com a situação. (Violeta)

Aí então, por exemplo, quando é conselho tutelar que é uma coisa psicossocial, aí eu já falo pra ela, 'vou marcar um dia pra gente fazer, eu e você, tá?' Aí eu olho minha agenda, a agenda dela, aí a gente marca já pra fazer compartilhado. Mas a nutricionista por exemplo, o horário dela às vezes não bate com o meu. E aí eu tenho que lançar, compartilhar ela pra ela ter o... a meta e ela tem que lançar o mesmo atendimento e compartilhar comigo pra eu ter a meta. Eu sozinha lançar que eu compartilhei podia cair pros dois né. Não cai. (Violeta)

[...] poderia tá dando mais assistência pra equipe mas tem que tá dando pra comunidade, tem que estar cobrindo toda a meta, tem que estar cobrindo todos os grupos, tem aí, tem a planificação de saúde que você tem que tá tendo, fazendo todos aqueles... uns programas que vem né... então vem do autocuidado do diabetes, o da fibromialgia, então assim vão somando novas frentes e as vezes a equipe poderia ter um trabalho, às vezes com algumas questões... de logística ou então de... relacionamento entre membros da equipe a gente poderia estar mais, mas a gente não tem tempo... tem a cobrança das metas muito grandes, muita sobrecarga. (Rosa)

Com certeza, aumentaram há pouco tempo, então tem meta pra tudo isso que eu listei, atendimento individual, atendimento compartilhado, atendimento em tutoria, visita domiciliar, grupo. Tudo isso tem meta.(Magnólia)

Note-se que a imposição de metas atrapalha o psicólogo a compreender as reais necessidades do seu trabalho, como também reprime sua força criativa frente a possibilidade de fazer diferente. A gestão por metas, característica do modelo de produção do mundo globalizado neoliberal, objetiva aumentar a produtividade no menor tempo possível, com o menor custo, aumentando os lucros. Além disso, a alta demanda em função tanto do que é esperado do profissional quanto das áreas de abrangências das unidades em que atuam, promovem aumento das cargas de trabalho, sentimentos de impotência e menos valia. Tal dinâmica, faz com que o psicólogo desenvolva um trabalho intensificado, com ritmo acelerado e cargas de trabalho aumentadas, o que configura risco para saúde mental, gerando expectativa ansiosa, angústia, sofrimento, cansaço, fadiga e desgaste mental. Dejours (2007) aborda acerca das ações das pressões do ritmo de trabalho no corpo dos trabalhadores. O autor alerta que as situações de trabalho que são consideradas exaustivas e repetitivas são fontes que atuam em desfavor da construção da saúde no trabalho, resultando em fadiga, desgaste, alienação e risco de acidentes de trabalho em função da aceleração, o que pode ser ilustrado pelo trecho a seguir:

Isso... até que essa eu acho uma meta ok, o difícil é que quando... parece que eu estou sendo repetitiva, mas é porque é muito isso mesmo, muito trabalho, muita ansiedade... Como a agenda tá sempre muito cheia de atendimento individual, se eu preciso fazer uma visita eu tenho que desmarcar o que já está agendado para poder abrir um espaço de tempo porque senão não vai acontecer a visita. (Magnólia)

O estudo realizado por Silva (2019), antes da pandemia, revelou como fatores de desgaste mental e de risco para a saúde mental dos psicólogos, os seguintes aspectos: a alta demanda por atendimentos, o cumprimento de metas, a exigência pela produtividade quantitativa, dentre outros. Do mesmo modo, no presente estudo, realizado no momento pandêmico, foram detectados vários fatores de risco para saúde mental, revelando que o ritmo e carga de trabalho são exacerbados e a exigência das metas que reduz o trabalho a dados quantitativos, gera perda ao trabalhador de uma identidade, o que denota o desgaste da subjetividade dos psicólogos, podendo gerar sofrimento patológico.

Um aspecto interessante que se revela é uma naturalização das condições de trabalho precarizado, como se fosse inerente ao trabalho no SUS haver sobrecarga de trabalho, o que pode ser ilustrado na seguinte fala de uma psicóloga “[...] é muita sobrecarga de trabalho, então é muito trabalho. Assim isso eu considero até que é o normal do SUS”. (Orquídea), nota-se o quanto o discurso aponta a alienação do trabalhador, por ele demonstrar conformidade com situação que oferece riscos à sua saúde, o que evidencia a política neoliberal, a qual explora os

modos de subjetivação dos sujeitos, fazendo com que os trabalhadores mantenham-se desconhecedores das causas de suas angústias, alienados aos modos de produção.

O relato a seguir, demonstra o quanto as metas engessam a rotina dos psicólogos, já que estes não se pautam nas necessidades reais das equipes e populações atendidas, mas – muitas vezes – desenham suas ações baseadas no cumprimento do que foi proposto pela gestão. A partir do momento que existe uma meta, espera-se dos profissionais envolvidos que consigam cumpri-la o que causa um distanciamento do trabalho prescrito e trabalho real:

*Não, o meu trabalho assim... a gente tem metas, atendimentos compartilhados que hoje em dia tá sendo bem mais alta do que antigamente. Então tem meta de consultas compartilhadas com a equipe multi e com a equipe mínima, né. Então eu tenho que compartilhar. Eu não me lembro agora exato... são 8, então eu tenho que ter com um clínico, com o enfermeiro, com a equipe multi toda, eu tenho que tá realmente buscando isso e isso às vezes, assim é interessante porque assim é reconhecido o trabalho da equipe multi, mas tem hora que pode não haver um... uma necessidade naquele momento ou um tempo hábil pra isso das agendas dos outros, e a gente fica com a meta né, a cumprir, **fica certa... mais uma cobrança. Antes, assim era natural, precisava compartilhar, agora é uma meta.** Valoriza esse olhar? Sim... mas a partir do momento que é uma meta, se você não cumpre, fica uma interrogação né, então... (Magnólia)*

Grand (2019) discorre que quando a precarização aumenta, também aumenta o sofrimento e os desgastes. A autora pontua que uma parte dos trabalhadores são demolidos pelo sofrimento, em virtude da cobrança da quantidade ao invés da qualidade, trazendo uma violação, enquanto outros utilizam-se da estratégia de silenciamento da consciência e da ética. Os psicólogos são atravessados por uma avalanche de metas e procedimentos a serem preenchidos e que se não conseguirem fazer os registros, o trabalho não tem como ser medido, gerando uma expectativa ansiosa, o que configura fator de risco para a saúde mental dos trabalhadores. Essa métrica faz com que os psicólogos aumentem a carga de trabalho e/ou estiquem a jornada de trabalho, o que leva ao desgaste mental, como pode ser observado nos relatos a seguir:

*Eu tô com você aqui, mas é... poderia estar com atendimento específico. Né? Aí nesse atendimento, se eu tô atendendo um paciente, **eu preciso atender também a articulação. Alguns me manda pelo WhatsApp, que eu acho legal, mando pelo WhatsApp já por exemplo alta de CAPS, né? É... pelo WhatsApp a gente trabalha muito, fora do horário de trabalho.** (Orquídea)*

*As enfermeiras às vezes não não segue isso, entram em contato fora do horário de trabalho. Mas eu vejo que eu também dou abertura, **eu não consigo dar esse corte, que eu vejo a necessidade, são urgências, então eu trabalho das 13 às 17, mas da maioria dos dias de segunda a quinta, que eu estou das 13 às 17, 8 horas da manhã.** (Orquídea)*

*Tem um grupo que é de todos os psicólogos, aí eu entro lá em outros horários. Aí é comigo. Né? [...] **Aí, eu vejo que não sou só eu que me desdubro, não sou. Inclusive,***

tem uma parte que eu comecei a fazer, e aí eu comecei a adoecer, ficar irritada, de levar muita coisa pra lançar em casa. (Orquídea)

Disso aqui, é muita coisa, e no começo eu eu ficava, assim, levava esse peso comigo de, porque sempre a sensação, 'eu não consegui fazer, eu não consegui terminar o que eu precisava, não consegui evoluir tudo que eu precisava'. Aí eu oscilo. Tem tempo que eu fico levando coisas pra casa, e tem tempo que eu penso assim 'não, não tá certo, eu preciso ter meu tempo de descanso, o que der pra fazer eu vou fazer lá'... Vou tentando assim, brigar por ter esse espaço. (Margarida)

[...]Aí às vezes, eu tenho que fazer isso fora do horário de trabalho, assim. Ah, tem uma capacitação dia... amanhã. Aí eu preciso remarcar com urgência. Aí eu preciso ligar fora do horário de trabalho, porque elas não ligam mesmo [...]. (Margarida)

Além dos registros das ações, os psicólogos dizem que outras atividades administrativas também os sobrecarregam, como a confecção de planilhas e/ou outros documentos para programas de qualidade e auditorias, preenchimento dos atendimentos, dentre outros:

E eu... tem hora assim, todo mês eu estou esperando pra ser chamada atenção de alguma coisa. Mas principalmente porque não dá tempo de lançar. (Orquídea)

[...] vai acontecer uma visita lá na unidade, eu nem entendo direito, mas eu sei que é uma história pra poder validar, dar um certificado pra missão... Então eu tô trabalhando essa semana de manhã e à tarde todos os dias. Eles liberaram, porque eu estava trabalhando de casa quase todo dia até muito tarde pra poder fazer planilha, e eu conversei com a gestão para que me liberasse para eu poder ir de manhã pra lá pra poder usar essas horas. (Magnólia)

Toda semana. Aí acaba comprometendo as evoluções, o tempo de relatório. Que esse tempo da quinta, às vezes a gente usa pra isso. Aí fica um pouquinho uma bola de neve assim, sempre correndo pra dar conta e tentando achar brecha, tentando achar às vezes um momento que um paciente falta pra dar conta da parte administrativa, de planilhas. (Margarida)

[...] Então, é a gente vai então tem que fazer os relatórios. Igual chegou relatório do conselho tutelar, aí eles falam assim o promotor é ah sei lá 20... 15 dias para enviar o relatório né, e aí só que você tem que marcar paciente, você tem que às vezes fazer uma visita com o paciente, às vezes num o tempo não é muito hábil. Mas aí a gente faz na melhor forma possível e depois tem que escrever o relatório e mandar. Então a gente vai fazendo as partes burocráticas... (Violeta)

[...] A gente tem que preencher uma planilha, né, mensal. ... essa planilha a RT já nos forneceu ela prontinha pra gente só preencher. Mas esse 'só preencher' ele é muita coisa. [...] Resultado: essa planilha, que não dá tempo de eu fazer aqui, eu ainda não fiz. E colegas que fizeram, fizeram em finais de semana, fizeram em outros horários que não o horário de trabalho. Porque não dá, você tem que abrir cada prontuário, pra você estudar aquele caso, pra falar assim 'pera aí, que que eu vou por?', né? (Orquídea)

A proposta das metas dá-se como forma de controle da produtividade dos psicólogos e na tentativa de cumpri-las, a distância entre o trabalho real (operacionalizado) e o prescrito (o ditado pela empresa) fica cada vez maior, gerando incômodo, sofrimento, ansiedade, angústia nos profissionais, prejudicando sua saúde mental. Tal modo de controle do trabalhador e do trabalho, revela a presença da lógica do mercado, da alta produtividade, da resolutividade, do

imediatismo, os quais são características de trabalho precarizado, típico do neoliberalismo e também da organização do trabalho dos psicólogos deste estudo, incluindo a necessidade de lançar no sistema eletrônico os procedimentos realizados de modo que o trabalho possa ser quantificado; as solicitações de elaboração de planilhas e outros documentos para programas de qualidade e/ou gestão, o que causa acúmulo de tarefas e sobrecarga de trabalho nos psicólogos e gera, no mínimo, tensão e pressão.

Os profissionais também contam de onde vem as demandas que atendem e como são realizados os agendamentos. Em geral, as demandas vem da população, da própria equipe e/ou de encaminhamentos da rede intersetorial e são agendados pela coordenação, médico, administrativo e/ou pelo próprio psicólogo, como pode ser compreendido pelas falas a seguir:

[...]Então os casos são vários, tudo que surge de caso. Então vamos supor, todas as pacientes de alta, de hospitalar, ele é inserido para visita domiciliar, então vai pro planilha da visita domiciliar, quem marca quem fala assim, olha hoje vocês vão nesse paciente é a enfermeira, mas aí então são os pacientes que recebem alta hospitalar, são os pacientes que recebem alta do Melhor em Casa. São os pacientes acamados, que a família solicita, que tem alguma demanda, são pacientes que é... foi pedido alguma avaliação de contexto social é... do conselho tutelar, do ministério público alguma coisa assim. (Violeta)

[...] É, a maior parte do tempo sou eu [que marca], mas se tiver alguma urgência, assim, se a médica chegar no administrativo, falar 'esse paciente aqui é grave, precisa ser marcado com urgência', aí o administrativo marca. (Margarida)

[...] É, porque aí como eu vou, né, vamos supor na terça-feira, A gente vai começar 7h30 até às 11, então carro para aqui na porta, a gente vai com eles nos endereços que é previamente passado pela enfermeira. Aí na quinta-feira é da 13h30 às 16h mais ou menos. Aí também vem a listinha da visita domiciliar da cartilha. (Violeta)

Então, os atendimentos individuais é assim, tem agendamento por encaminhamento, então, por exemplo, o médico encaminhou para psicologia, aí a gente... ou a enfermeira, aí eles pegam o encaminhamento vão lá na central de marcação, a central de marcação, coloca na minha agenda. Tem atendimentos que são vagas reservadas para alta CAPS. Então, tem duas... duas reservas por exemplo na minha agenda por semana, que são de alta CAPS, então se o paciente teve alta lá do CAPS vem e já é... ele já tem essa vaga reservada. Porque às vezes se ele não tem essa agenda reservada, às vezes ele iria conseguir só daqui duas semanas. Como tem esse espaço, aí a gente atende. Tem espaço na agenda também para demanda espontânea. Então às vezes a paciente que chega, que não... não foi encaminhada de lugar nenhum e ele quer fazer o atendimento aí a gente também faz o acolhimento de demanda espontânea. E tem na agenda também espaço para retorno. Então eu atendi hoje eu quero ver o paciente daqui duas semanas eu tenho lá um espaço reservado pra mim ver esse paciente de novo. É...às vezes na visita domiciliar aí eu mesmo marco também nas minhas agendas de retorno. (Violeta)

[...]eu tenho flexibilidades se eu quiser. Então eu deixo assim é vai de acordo com... a própria engrenagem assim do administrativo porque tem muitos que tem mais um formato de... de autonomia, de querer já agendar e o outro prefere que o profissional é... faça isso, então assim pra mim eu vou acompanhando os dois, não vejo problema, mas eu tenho flexibilidade, se eu quiser fazer só de um jeito eu posso. (Rosa)

Quem costuma marcar lá pra mim é a enfermeira ou a médica.[...] Aqui quem tem o controle sou eu assim de... agendar, de me organizar com os horários... por um lado eu sinto que isso me ajuda, que eu consigo controlar um pouco, ver o que que é mais urgente e por outro me sobrecarrega porque eu fico com uma pilha de encaminhamento que não vai sobrando tempo de poder organizar para agendar. (Magnólia)

Um ponto trazido pelos profissionais de psicologia durante as entrevistas foi o tempo curto para realizar o atendimento dos pacientes. Isso é fruto das metas de produtividade, as quais são estipuladas aos psicólogos e na expectativa de cumpri-las, acelera o ritmo de trabalho, aumentando as pressões no trabalho que aliados a intensificação da jornada de trabalho, aumenta a carga de trabalho, podendo gerar sobrecarga de trabalho, o que configura risco para saúde mental dos psicólogos, podendo levar ao desgaste mental, como a fadiga, como pode ser como pode ser observado nas falas abaixo:

[...] a gente tem uma pressão, eu sinto uma pressão da... em relação ao tempo de atendimento, por exemplo, eu tenho que passar o paciente em 15 minutos. Então essa é assim, meu principal desconforto. Tem paciente que eu vejo que é só uma coisa rápida [...] orientar e despachar, vamos dizer assim, finalizar o atendimento em 15 minutos? Tem. Mas a grande maioria eu gasto mais tempo. Ah, 15 minutos não né, meia hora. (Orquídea)

Tem uma meta e tem o tempo na agenda. Então a cada meia hora já está agendado um paciente e quando tem a demanda, vaga demanda espontânea, aquele momento, aquela meia hora que está resguardada ali, ela já está, já é meia hora também. Mas como eu não consigo fazer um atendimento respeitável, condizente com a formação que eu tenho, condizente com o meu compromisso profissional em menos dessa meia hora. (Orquídea)

É puxado. Puxado em que sentido. Se é... ficar do jeito que é cronometrada aí não sobra muito tempo, por exemplo, pros lançamentos, pra... vou te dar exemplo. Na minha agenda é... na segunda-feira e na... na segunda e na quarta, de manhã e de tarde são 7 pacientes de manhã e 7 de tarde. Então é de meia em meia hora. Então se o paciente é acolhimento às vezes eu demoro um pouquinho mais as vezes precisa demora quarenta minutos, aí eu vou atrasando um pouquinho e tal. Não sobra muito tempo para eu lançar. Então eu escrevo os pontos aqui no meu caderno porque se eu ficar escrevendo eu vou perder a relação aqui. Então eu só escrevo os pontos aqui, às vezes eu não vou ter tempo na hora pra lançar aí eu tenho que lançar depois entendeu? (Violeta)

Há uma expectativa de que a gente possa assim... há uma meta, meta de tudo, meta individual, visitas compartilhadas, então se eu for distribuir tudo, o tempo hábil seria 30 minutos. Tem pessoas que estão entrando que estão fazendo, mas eu mantenho meu papel de 45 minutos a 50. Então às vezes assim eu tenho que me... tentar tirar de outros horários pra eu poder seguir a norma de conduta que eu acredito, nesse trabalho de respeito do atendimento em saúde mental. Então vou tirando de outros horários, vou tirando de alguma visita, vou acumulando visita, vou tirando dos intervalos... (Rosa)

Porque é... fazer um atendimento assim de qualidade, de acolhimento, numa Atenção Básica em saúde mental... se eu fizer tudo que eu tenho pra fazer... dá menos de trinta minutos entre você receber o paciente, você entrar no sistema, receber o paciente na sala de espera, orientar a chegada do paciente, ouvir o discurso todo, paciente ir embora e lançar isso em 30 minutos é.... um trabalho assim que.... é não... (Rosa)

Os psicólogos deste setor, também discorreram que participam de grupos, sendo o grupo de trocas de receitas, o que aparece em maior frequência nas falas das entrevistas. O grupo acontece em torno das pessoas que precisam fazer a troca de suas receitas de medicamentos de uso controlado – função realizada pelo médico da unidade, sendo que o psicólogo, além de se responsabilizar pela organização do grupo que não seria da sua competência, “aproveita” para fazer algum tipo de intervenção. Percebe-se nos textuais abaixo que os psicólogos reconhecem que o grupo de troca de receitas não é de atribuição deles, mas ainda assim se submetem a tal prática por considerarem que é uma forma de alcançarem uma das tarefas prescritas, como mostram os textuais a seguir:

Enquanto a médica renova, eu faço o grupo [...] Mas realmente, é bem mais pontual, é só assim, orientações. É. Não é um grupo terapêutico, é mais psicoeducação mesmo. É uma forma da gente fazer o grupo e bater a meta. (Margarida)

Não, eu acho assim, não é, não seria o trabalho do psicólogo porque é uma coisa uma questão de receita que tinha que ser o médico diretamente. Mas, eu entendo que é uma forma deles virem no grupo. Né? É um chamariz pra eles virem no grupo, às vezes eles não viriam de outro jeito, e dessa forma concretizamos um grupo [...] Eu falo pra eles assim eu vejo vocês de dois em dois meses. Me conta como vocês estão, o que que está acontecendo, tal, né, porque se eu precisar fazer uma intervenção, se eu precisar avaliar, se eu precisar fazer alguma coisa, é nessa hora que eu to vendo eles. (Violeta)

[...] Tem um grupo que é de troca de receitas. [...] É psicoeducação, é orientação sobre o uso de medicamentos, algumas coisas também que são médicas que não deveria ser o psicólogo a passar. Eu com a minha formação, já trabalhando há muito tempo com médico, eu consigo passar com tranquilidade, mas não é função nossa. (Orquídea)

O grupo de troca de receitas evidencia a perpetuação do modelo biomédico de saúde, ainda centralizada na figura do médico e da medicalização e está de acordo com os resultados da pesquisa de Silva (2019). A autora desenvolveu uma pesquisa, cujo objetivo foi analisar o processo e a organização do trabalho do psicólogo da AB na cidade de Uberlândia, e evidenciou que atividades como monitoramento de medicações e trocas de receitas se caracterizam como desvio de função e acúmulo de tarefas, o que causa prejuízo à saúde do trabalhador. A autora explica que tais atividades “aumentam as cargas de trabalho, o que caracteriza fator de desgaste mental e sofrimento psíquico” (SILVA, 2019, p. 113).

Já o trabalho em grupo ainda é apontado como incipiente, os profissionais relatam dificuldades em conseguir fazer atividades coletivas devido à falta de adesão dos pacientes. Acrescentam que só conseguem realizar atividades dessa natureza, quando as mesmas estão articuladas a outras ações ocorridas nas unidades, como desnudam os seguintes trechos:

*[...] Aqui, eu ainda não consegui um tempo, organizado pra fazer esse grupo. O grupo que eu coloquei aqui, era um grupo para gestante e as gestantes não vêm. **Então o público não vem pro atendimento quando sabe em grupo. Na outra unidade, eu consegui fazer esse grupo, assim com muita articulação, sempre esclarecendo bastante através das agentes de saúde, pra que que era o grupo, que lá eu consegui fazer assim. É um grupo pra ensinar técnicas de manejo de ansiedade e de depressão. O meu sonho seria um grupo operativo mesmo, que nem eu trabalhei em CAPS, aí tinha os grupos operativos, agora não consegui. Então eu chamo de grupo de relaxamento, grupo de técnicas, de manejo, né. Aí eu consegui fazer esse grupo.** (Orquídea)*

Então eu trabalho psicomotricidade, relaxamento, corpo-consciência, respiração, e eu deixo claro. 'Vocês não precisam falar nada da vida de vocês, eu só preciso do nome, data de nascimento direitinho, pra lançar depois' né, porque? As pessoas estão ali no território restrito, o território da unidade, elas se conhecem, ou conhecem quem conhece elas. Elas não vão se abrir. Não vai. Elas não vão falar. Né? (Orquídea)

[...] os grupos funcionam com a equipe multidisciplinar assim... quando tem por exemplo o trabalho do... grupo de fibromialgia, então quando tem esses programas, você consegue tá... vê que tá levando algo novo, um olhar novo que todos os pacientes. (Rosa)

Outra atividade dentro do repertório dos psicólogos é a participação de reuniões entre a equipe dos psicólogos do setor, com as unidades de saúde e com o CAPS:

*É, ou na reunião, ó... **porque uma tarde é reunião das psicólogas, a outra manhã é reunião do CAPS, então já são duas... dois períodos que você não vai trabalhar.** Né... e tem os grupos todos, as visitas, com as individuais, compartilhados. (Rosa)*

Tem as reuniões semanais aqui na unidade toda quinta-feira à tarde, toda quinta geralmente eu estou lá na outra unidade, aí uma quinta no mês eu troco e venho pra cá. E tem a reunião entre a equipe dos psicólogos uma vez no mês. Acaba que a reunião aqui da equipe da unidade a gente consegue participar pouco. Aqui quando eu venho eu sempre participo. Lá na outra unidade o que acontece é que... eu chego lá minha agenda tem paciente até 17 horas da tarde, mesmo que a unidade feche as 3, então a unidade está fechada, chega a pessoa lá, toca o interfone e entra pra poder atender, então eu meio que sinto que... eu não sei se eu diria que a participação da gente não é tão... valorizada, mas... a demanda vai tomando conta, mesmo porque deveria ser um horário fechado. (Magnólia)

Quanto aos aspectos sobre a autonomia, observa-se um discurso um pouco confuso em relação ao que é possuir autonomia. Frente às metas e exigências da gestão, observa-se que o trabalho prescrito dita os tipos de tarefas que precisam ser executadas, bem como a quantidade esperada, não dando espaço para a autonomia, para o controle do trabalho. No cotidiano, não tem uma figura que fica o tempo todo ditando as regras para os psicólogos, eles sabem o que precisam fazer, baseado nas metas, e vão executando as suas atividades, por isso, sentem-se confusos em relação a ter ou não ter autonomia. Percebe-se que a forma de controle do trabalho e do trabalhador baseado em metas faz com que os trabalhadores não percebam o quanto estão alienados aos modos de produção, desconhecendo as suas causas de sofrimento, como pode ser ilustrado pelos trechos a seguir:

[...] dentro do que das metas pedidas eu consigo me organizar. Eu consigo ter uma é... uma autonomia de me organizar, mas ainda acho assim que... que houve uma reorganização de gestão que dobrou... que aumentou muito as nossas metas. Não existia há algum tempo atrás. Então esse aumento de metas, de cobrança [...]. (Rosa)

Pra mim, eu acho que tenho autonomia, assim por exemplo, eu preciso encaminhar algum paciente pro caps, ou então pro centro de convivência, ou até mesmo eu fazer algum contato com o conselho tutelar... essas coisas eu acho que eu consigo lidar bem assim sozinha, nunca precisei de ter outra pessoa intermediando, e funciona bem... comigo funciona bem. (Magnólia)

É o tempo todo apagando fogo e nunca para de surgir uma chaminha nova. E eu nunca consigo dar um passinho pra trás por exemplo e olhar assim o que é a principal queixa que eu tenho aqui? Que que eu poderia fazer disso, de uma forma coletiva? Porque isso ia facilitar o meu trabalho e acho que faria mais sentido pras pessoas. Mas não dá esse tempo. Não acontece. Então eu até hoje não tive a oportunidade de tentar ter esse olhar de quem sabe, consegue se afastar um pouquinho pra fazer quase que uma análise, mas se conseguir tempo, tenho autonomia de fazer. (Magnólia)

[...] Várias vezes eu saio daqui mais de meio dia. E eu fico constrangida de colocar aquela uma hora, por quê? [...] Então, o tempo que eles esperam que eu faça o serviço, por exemplo, atender 5 pessoas, né? 5 pessoas seriam 2 horas e meia. Eu demorei, eu demorei mais do que 4 horas. Então eu fico constrangida de colocar hora extra, que de fato eu fiz, e aí muitas vezes eu não coloco. Faço isso porque eu quero, tenho autonomia para gerir, mas não me sinto confortável. (Margarida)

Nesta última fala, são evidenciados os sentimentos de culpa da psicóloga por não conseguir executar a tarefa no tempo esperado pela gestão, fazendo com esta, muitas vezes, ultrapasse sua carga horária. Mesmo trabalhando mais horas do que é contratada, não se sente confortável para reivindicar que seja remunerada por elas, por não atender a expectativa da gestão. Veja que há uma inversão, o trabalhador se culpa por não conseguir desenvolver suas tarefas no tempo proposto ao invés de responsabilizar a gestão por não proporcionar as condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho. A situação reflete o contexto de trabalho neoliberal, o qual desconsidera os sujeitos, na lógica do trabalho precarizado.

A análise da organização do trabalho psicólogo atuante no período da pandemia na AB revelou que as metas de produtividade se apresentam de forma central na organização do trabalho destes profissionais, ditando como este trabalho vai se desenhando. Assim, os psicólogos estão expostos a riscos para a saúde mental, oriundos da forma em que o trabalho está organizado (OT informal), o grande repertório de atividades e a alta quantidade de demandas e metas impostas aos profissionais pela gestão, interferem significativamente no ritmo e cargas de trabalho, acarretando sobrecarga e pressões. A carga horária semanal apresenta-se incompatível com o trabalho prescrito e há uma inadequação no quantitativo de profissionais para as demandas apresentadas. Somados a esses pontos, as inadequadas condições de trabalho como a ausência de transporte para as visitas e espaços adequados para atendimento causam estresse e fadiga nos profissionais, evidenciando o desgaste mental.

5.3.4 Condições, processo e organização de trabalho dos psicólogos da AB do setor sul de Uberlândia no período de pico da pandemia

Eu senti muito medo. (Margarida)

A natureza do trabalho na área da saúde que se defronta com o sofrimento humano, dor e morte, já coloca seu grupo de trabalhadores como potencial para adoecimentos físicos e mentais. Primeiramente, exemplifica-se que os profissionais de saúde podem ser expostos a riscos biológicos em seus ambientes de trabalho em razão de uma gama de doenças contagiosas existentes, o que aumenta o risco de contrair doenças. O trabalho também pode exigir longas jornadas de trabalho, turnos noturnos e carga emocional intensa, além da convivência com situações de sofrimento e a iminência de morte, o que pode gerar estresse crônico, fadiga e esgotamento mental e físico, contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores. Além disso, as condições de trabalho disponíveis para os profissionais de saúde são marcadas pela precarização, desvalorização remuneratória e cobranças exaustivas que têm sido fonte de preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017). Assim, todo esse contexto, somados ao período de pico da pandemia da Covid-19 (2021), o risco de aumento de sofrimento mental, em especial ao grupo dos profissionais de saúde é evidenciado nos estudos de Baptista *et al.* (2022) e Ornell *et al.* (2020).

A organização do trabalho do psicólogo da AB se alterou diante do início da pandemia: houve a suspensão das atividades em grupo e a intensificação dos atendimentos individuais na modalidade online (teleconsulta), conforme os relatos a seguir:

Agora na pandemia, houve a história do... de suspensão né de algumas atividades que foram os grupos, então foram suspensas, e os atendimentos que pediram para serem consultas... teleconsultas. (Rosa)

Eu entrei meio que no começo da pandemia. mas quando eu entrei eu percebi que tinha grupos que aconteciam antes, então por exemplo, tinha grupo de... saúde mental, então tinham algumas oficinas terapêuticas que aconteciam e tinha um grupo de cuidadores, é... que cuidavam de outros pacientes daqui. E aí eram dois grupos que aconteciam com frequência junto com o grupo de troca de receita. Depois que suspendeu, mudou totalmente porque a gente ficou... acho que quase que mais de um ano sem fazer nem o da troca de receita... e era todos os dias a agenda muito cheia só de atendimento individual e eu tenho sentido muita dificuldade de... romper com esse costume que foi criado pra poder voltar ao que deveria ser... o trabalho mais no formato de grupo mesmo, porque a demanda não para em momento algum. (Magnólia)

[...] A princípio tinha de fazer mais de... pelo telefone, né? Algumas eu fiz pelo telefone, mas eu não consigo, eu preciso ver a cor do paciente, eu preciso ver se o olho dele tá fundo, se a pupila dele dilata, eu preciso muito disso. É isso aí, segui os atendimentos. Não tinha local seguro para o atendimento. Os cuidados inclusive eu

*batia álcool assim ó, banho de álcool, cabelo secou porque ia álcool no cabelo, aí eu mantinha os cuidados e aqui quase todo mundo pegou e eu não peguei. Tinha dia que já utilizei uma sala que era pra exame de Covid, dava medo, mas **eu mantive os atendimentos.** (Orquídea)*

***Muito diferente de tudo. Porque a gente não podia fazer grupo, esse ambiente todo aqui ficou pra Covid, não tinha mais espaço na unidade aí a gente foi um tempo numa escola, que a gente trabalhou lá, depois veio pra cá, então não tinha sala, não tinha nada. A gente disputava sala com os médicos, então a gente tinha pouco tempo, além do medo de pegar Covid, sem espaço adequado. Ai fazia muito teleconsulta, né, não fazia atendimento presencial. E as trocas de receita também era difícil porque a gente ficava o dia inteiro atendendo essas receitas individualmente, quando era de grupo, então era um serviço administrativo. Então eu fiquei assim bem estressada porque meu trabalho era basicamente administrativo. E as pessoas me cobrando um trabalho que não era o meu trabalho. Tipo assim né, você tá fazendo errado o trabalho que não era seu trabalho [...].** (Violeta)*

Como pode ser observado nos textuais acima, as mudanças ocorridas na operacionalização do trabalho, geraram insatisfações aos psicólogos, resultando em estresse e expectativa ansiosa. Além disso, houve mudanças no espaço físico das unidades de saúde, fazendo com que alguns profissionais ficassem sem salas para desenvolver suas atividades ou tendo que compartilhar o consultório do médico ou mesmo revezando a sala destinada para exames de Covid-19, o que gerou medo, ansiedade, irritabilidade e angústia nos psicólogos. Observou-se que embora a situação da pandemia exigisse reformulação da organização do trabalho, não foram garantidas condições adequadas para o desenvolvimento das atividades propostas, configurando em risco para a saúde do trabalhador, tanto biológico pela iminência de se contrair o vírus da Covid-19, quanto para a saúde mental devido às insatisfações geradas pelas alterações da organização do trabalho que provocaram sofrimento nos trabalhadores, podendo resultar no sofrimento patogênico e desgaste mental.

Identificou-se que os trabalhadores foram submetidos a demandas de tarefas que não fazem parte das funções desenvolvidas por um profissional de psicologia, como o controle e entrega de receitas médicas, ferindo a ética profissional, causando desconforto, estresse e sofrimento. Nota-se que a execução dessas tarefas consomem o tempo desses profissionais, exigindo esforço mental em atividades que não estão dentro de sua área de expertise, o que resulta em desvio de função e sobrecarga de trabalho. Essa situação pode levar ao desgaste mental e sofrimento psíquico.

Percebeu-se que durante a pandemia, perpetuou a preocupação com as metas, sendo que o procedimento de teleconsulta foi inserido do sistema eletrônico, o qual os profissionais utilizam para o registro dos procedimentos e passou a ser contabilizado dentro do sistema de metas como uma consulta individual, o que reforçou o foco da gestão na produtividade ao invés da qualidade, como ilustram as falas abaixo:

Por telefone, entrou então essa modalidade nova, a gente nem tinha no sistema esse procedimento, agora tem. Equivale a uma consulta ne, teleconsulta, e assim... foi uma novidade necessária na época, a gente teve um certo estranhamento... mas não deixou de ser, não tem realmente a produtividade de um atendimento presencial, mas foi uma alternativa pro paciente se sentir acolhido, pra sentir que tinha uma referência de saúde próximo... então foi uma ferramenta nova... que hoje tá oficializada né no sistema... a gente ainda continuou usando por exemplo, quando o paciente não vem, falta, a gente procura sempre não deixar em aberta aquela falta então eu faço, tento uma teleconsulta. Antigamente talvez não fizesse, então virou um instrumento a mais. Então teve esse ganho. (Rosa)

[...] orientaram a gente (os psicólogos) a suspender os atendimentos. É... deixar pra fazer teleconsulta, deixar para atender presencialmente, os casos muito mais graves, ou então em demanda. Isso foi feito, a gente suspendeu toda a agenda. Foi difícil porque era difícil assim definir o que que era urgente, o que que eu devo considerar para manter ou não. Mas foi isso que aconteceu, a gente não atendeu. Não que a gente não tivesse trabalho pra fazer. Sempre tinha... Eu ficava ligando pra todo mundo, ficava tentando manter pelo menos uma teleconsulta por mês. E acho que ficou alguns meses assim, uns 3, 4 meses com a agenda suspensa, mas todo mundo que chegava ou que passava pela médica e ela achava importante, vinha para atendimento também. Então... no final das contas não diminuiu tanto assim, diminuiu um pouco, mas continuou acontecendo de outras formas. (Magnólia)

O relato da Magnólia retrata que, formalmente, os psicólogos receberam a orientação para suspender os atendimentos coletivos e individuais, restringindo-se apenas às teleconsultas. No entanto, mesmo tendo uma orientação para suspender os atendimentos individuais, havia um direcionamento das chefias imediatas para que os trabalhadores da psicologia continuassem atendendo os casos graves. Ressalta-se que na AB do município, os casos graves e urgentes de saúde mental são direcionados para a atenção especializada: Pronto Atendimento e CAPS, ficando o psicólogo da AB com o acompanhamento dos casos de baixa complexidade ou já estabilizados. Assim, no contexto da pandemia, a regra era de suspender os atendimentos presenciais, até pelo fato de que este grupo de profissionais não recebiam insalubridade. Ao contrário disso, a orientação in loco era de que o psicólogo deveria continuar atendendo alguns casos, aqueles que ele definisse como urgentes, não sendo disponibilizado um critério para a escolha da modalidade do atendimento, nem garantindo as devidas condições e direitos para a execução da tarefa. Tal indefinição gerou angústia, expectativa ansiosa, medo, sentimento de desamparo e sofrimento aos psicólogos, o que se configura como fator de risco para a saúde mental.

Na prática, a suspensão dos atendimentos presenciais não aconteceu de forma integral, como mostra esse trecho:

Eu já reparei que alguns até negavam atendimento. Então alguns escolhiam não vir... eu ligava a pessoa falava que tava com medo. Eu cheguei a encaminhar um paciente pro centro de convivência e ela pediu pra não... ela negou a vaga, saiu, marcou, ela falou 'não não vou porquê'... isso foi agora assim quando aumentou os casos mais no começo do ano. Ela negou o atendimento porque estava se sentindo insegura. Eu

acho que foram poucos, não foram muitos que... deixaram de aderir ao acompanhamento por causa disso, mas aconteceu sim. Mas a maioria quando a gente marcava eles vinham. (Margarida)

Estudos como o de Baptista *et al.* (2022) concluíram que a escassez de equipamentos de proteção individual contribui para potencializar emoções como o medo de morrer, a preocupação em contaminar familiares e ansiedade por não saberem sobre o futuro, intensifica as cargas e pressões de trabalho. Realidade que também foi evidenciada nesta pesquisa, já que não foram disponibilizadas quantidades suficientes de equipamentos de proteção individual, nem capacitações acerca da segurança e saúde no trabalho na situação pandêmica, vivenciando situações de constante tensão, insegurança, medo, angústia e sentimento de desamparo ou por não receberem máscara ou por ter na unidade em quantidade insuficiente para todos, o que se caracteriza como fator de risco para saúde mental dos psicólogos, podendo levar ao estresse, sofrimento patológico e desgaste mental, como exemplificam os textuais abaixo. Soma-se a esse quadro, o risco biológico por contaminação de coronavírus:

*Eu acho que teve umas duas capacitações voltadas para essa questão da pandemia. Não foram muitas, considerando que assim... sei lá, de 15 em 15 dias eles colocam alguma capacitação para ser feita, acho que foram poucas. E... quanto a questão de EPI... não... a gente se virava assim então lembro que no começo nem tinha obrigatoriedade de ser máscara descartável ou é... mpff2. Eu ia por conta própria comprar, eu lembro de pedir pras enfermeiras e aí ‘**ai não pode ou a gente não pode fornecer... não tem... não pode**’. Agora, desse ano pra cá que elas tão dando a máscara, acho que é porque o... deram a obrigatoriedade de não ser máscara de pano, de tecido, aí eles tão fornecendo. Mas desde sempre eu comprava por conta própria e eu dava meu jeito por conta própria mesmo. Acho que a única coisa que era garantido era o álcool na sala. De resto... (Magnólia)*

*Ah não tinha muita facilidade de conseguir máscaras não. Eu recebi algumas vezes assim, eu pedi e recebi uma visita de paciente com Covid, aí eu recebi, mas **no dia a dia não havia**. [...] eu recebi duas...cada unidade eu recebi uma. Em dois anos, então, eu acabei comprando por fora. **Eu comprei por fora**. fiz um estoque da pff, eu só me tranquilizei quando eu comprei a pff, aí acabou porque essas de pano, essas de dupla tecido, isso me deixava ansiosa... a minha ansiedade baixou quando eu comprei a mpff, falei ‘vou investir’. (Rosa)*

*Aqui eu vi foi assim, a gente tinha que assinar quantas que pegava. E cada unidade querendo, é... falava assim ‘**não, pega na outra unidade porque aqui não tem**’. Que que acontece? Eu uso uma máscara muito mais que um dia, porque eu não tenho paciência de ficar é... ‘ai por favor’. Lutando por uma máscara. Não dá. Muitos colegas compraram a máscara. A médica da outra unidade por exemplo, ela falou assim, ‘**não gente, eu comprei a minha, toma aqui**’ e ela distribuía pra gente... Então, **teve profissional que comprou a caixinha de máscara** é... e e teve isso. (Orquídea)*

[...] Não Teve treinamento exatamente de Covid-19, mas tipo assim a gente sabia né então álcool o tempo todo nas mãos, é... o espaçamento né o tempo que a gente ficou ali [...]. (Violeta)

Não teve suporte, orientação, seja suporte assim, da parte de cuidados mesmo, as EPI's, tanto da parte da saúde mental mesmo, porque estavam todos os profissionais muito afetados, né? O único momento que teve máscara mas foi assim,

bem rápido. Não, nem sei se tem mais que depois eu comecei a comprar, tinha aquela máscara... (Margarida)

Note-se que houve situações que geraram sentimentos de humilhação nos trabalhadores psicólogos, a exemplo de quando solicitaram máscaras e tinham seu pedido negado, ou eram orientados a pedir em outra unidade de saúde, a qual também era referência, desresponsabilizando a gestão e responsabilizando o trabalhador de conseguir seu próprio EPI's. Pontua-se que a gestão pouco colaborou neste processo, o que evidencia que as condições de trabalho são precarizadas, em especial quando o trabalhador busca sozinho a solução para suas angústias, inclusive a nível material.

Assim, para tentar lidar com essa situação, alguns psicólogos utilizaram como estratégia defensiva, a aquisição, com recursos próprios, de máscaras modelo PFF2 (Peça Facial Filtrante), e/ou outros investiram nas medidas de higienização das mãos e distanciamento quando o ambiente permitia. Além de endurecer as medidas de isolamento pelo medo de ser o agente transmissor da Covid-19 para sua família. Apenas uma entrevistada relatou que havia máscaras disponíveis, explicando por ser lotada em uma unidade, a qual possui duas farmácias e por isso, conseguia os materiais de que necessitava:

Aqui não tive problemas com máscara. [não] Tinha porque tem farmácia aqui né, tinha as coisas, tem tanto a farmácia ali do ambulatório quanto a farmácia hospitalar. Então a gente chegava já pegava as máscaras, tal. (Violeta)

Ornell *et al.* (2020) afirmam que o medo faz parte das emoções humanas, porém quando desproporcional ou crônico pode culminar no desenvolvimento de transtornos mentais. Os autores explicam que em momentos endêmicos, o medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse nos indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas daqueles que já apresentavam quadros comprometedores de sua saúde mental.

Nabuco, Oliveira e Afonso (2020) afirmam que os profissionais de saúde de serviços de atenção primária, emergência e serviços de terapia intensiva tiveram escassez de EPI's durante a pandemia, estando expostos a um duplo risco: biológico, por contaminação e de comprometimento da saúde mental e que por tal motivo vivenciaram fadiga, solidão, isolamento dos familiares, assim como ocorreu com os psicólogos deste estudo, sendo evidenciado nos seguintes relatos:

Eu tinha medo. É... eu tenho, eu moro com os meus pais e com a minha irmã. E aí minha mãe por exemplo, ela tem... como é que chama? Ela tem... me deu um branco absurdo. Uma doença grave E aí era sempre assim, uma preocupação muito grande. Então eu sempre optei por eu comprar a máscara pff2 pra eu poder vir trabalhar ... chegava em casa, tentava manter alguma distância, né, chegava e ia tomar banho

*direto, mas... do meio do ano passado pra cá a gente deu uma despreocupada com as coisas, mas **no começo eu ficava com muito medo**. (Magnólia)*

***Ah tive alguns medos e alarme falso do Covid. Tive acho que uns 4. Ansiedade de chegar na sala**, a gente dividia sala, a nossa sala era a mesma das agentes de saúde. Então tinha hora que eu estava em plena pandemia, numa sala de sei lá 2 metros quadrados com 3 agentes de saúde e o psicólogo. 4 pessoas no mesmo ambiente num calor, e você ali com medo de tocar em tudo, e máscara, nem todo mundo usa máscara apropriada, você está no mesmo ambiente em plena pandemia, **ah isso me deu um... desespero**. (Rosa)*

***Ficava com medo**, não peguei... e eu tinha paciente que vinha pra fazer o teste do Covid né ai a gente chegava 'ai eu estou com Covid' já tinha me entregado identidade, tinha me entregado tudo aí enchia de álcool na mão né, e foi. Mas eu não peguei. (Violeta)*

*Agora, acho que nas outras questões, assim, era **acho que o psicólogo foi considerado um profissional que não tinha risco**. Porque no momento que eu entrei, já tinha retomado os atendimentos. E assim, igual eu falei, a sala muito abafada, não tinha como ter o distanciamento. (Margarida)*

***Eu sentia muito medo**, e lá na unidade, eu atendi muitos familiares enlutados pelo, por ter perdido familiares com Covid. Pacientes que eu acompanhava, que faleceram, e eu **tinha muito medo de também levar o Covid pra minha família. Então eu, eu me isolei, assim, de uma forma de não sair de casa mesmo**. Fiquei sem ver meus familiares, né? Que já são mais idosos. Porque eu sabia que, que não, **não tinha proteção assim, na minha sala, não era limpa**. Não tinha... [...] Mas assim, durante eu tinha até sintomas, cheguei a fazer teste, estava muito cismada... (Margarida)*

A análise das condições e organização do trabalho dos psicólogos da AB do setor sul de Uberlândia durante o pico da pandemia, em que o trabalho presencial foi suspenso na sua maior parte, apontou que houve uma reorganização no cotidiano destes profissionais. Houve a suspensão dos atendimentos coletivos e diminuição dos atendimentos individuais, bem como a inclusão de novas tarefas, como o caso da modalidade da teleconsulta. Tal modalidade foi intensificada, o que causou sentimentos de insatisfação com o exercício profissional. Inclusive, foi percebido que a gestão continuou preocupada com a produtividade e as metas, em detrimento da saúde dos trabalhadores. Identificou-se também que os psicólogos não tiveram as devidas condições de trabalho durante o período mais crítico da pandemia: ausência de espaço físico para realizar suas tarefas; uso compartilhado de salas que eram usadas para fazer coleta de exames para Covid-19; falta de equipamentos de proteção individual e ausência de capacitações e treinamentos para lidar com o momento pandêmico. Todo esse contexto, evidenciou que a pandemia potencializou o risco biológico no que se refere a contaminação da Covid-19 e o risco para a saúde mental dos psicólogos, tendo aumentado os sentimentos de medo, angústia, irritabilidade, expectativa ansiosa, fadiga, estresse e desgaste mental, podendo levar ao sofrimento patogênico.

5.3.5 Relacionamento Interpessoal

É [...] muito chefe, muita gente pra te falar o que você tem que fazer, entendeu? (Violeta)

A divisão dos homens, faz parte da organização do trabalho e refere-se às relações interpessoais entre colegas, chefias e outros setores, abarcando as dinâmicas hierárquicas e do poder, relacionado, portanto, as questões de dominação, submissão e servidão do trabalho (DEJOURS, 1999). Em geral, os psicólogos começam a falar sobre o tópico, a partir de relatos que denotam que as relações em seus ambientes de trabalho são tranquilas:

[...] eu acho também que eu fiquei em unidades privilegiadas assim, essa equipe aqui é muito tranquila de lidar. [...] mas a relação é tranquila, eu nunca tive nenhum problema, assim com ninguém não, acho que eu sou muito... na minha também, não acontece nada não. (Magnólia)

É eu lido bem... tenho muita clareza do que é o gestor, do que é o gerente das unidades e está tudo bem... (Rosa)

Os relacionamentos interpessoais entre as chefias e colegas, sempre foi tranquilo. (Margarida)

Eu nunca tive problema de relacionamento. (Violeta)

Contudo, à medida que a entrevista caminha, outros elementos são pontuados como o fato de os profissionais circularem em mais de um local de trabalho, pois 94,1% trabalham em mais de uma unidade de saúde, tendo apenas um vínculo de trabalho, o que gera uma sobrecarga mental, pois há mais colegas e chefias para se relacionar, como ilustram as falas a seguir:

[...] a parte mais difícil, como as duas funcionam de um jeito muito diferente, as duas unidades e as duas equipes. O ritmo que eu tenho aqui não vai funcionar muito bem lá, então é ter que me adaptar em dois lugares muito diferentes é... e mudar a chavinha muito rápido assim, de hoje eu estou aqui, amanhã eu estou lá, eu tenho que saber exatamente como é que as coisas acontecem lá, como é que as coisas acontecem aqui, mesmo que os fluxos sejam os mesmos, acaba que tem uma coisinha ou outra que é diferente assim, pelo jeito de quem tá lá coordenando a equipe. Então acho que isso é um desafio. (Magnólia)

O principal, que mais incomoda é estar em duas unidades. Tá? É... porque entrar numa equipe, na equipe de saúde da família, né? Interagir ali, seria muito bom, se a gente está sempre, só que na hora que eu começo a interagir... Não, é um dia, tchau, amanhã eu não estou aqui. Aí eu tenho que me adaptar a outra equipe, é outro pessoal administrativo, é outra coordenação. As coordenações são diferentes. (Orquídea)

[...] Então vamos supor. Tem uma... uma enfermeira que é mais tranquila, que é mais flexível, mais de boa, tem uma enfermeira que é mais séria, mais rígida, mais inflexível com as coisas, até o jeito de falar mais assim... é... como que eu te falo, mais ríspido né? Dos temperamentos mesmo. Como também tem os médicos né, então assim a gente vai aguentando... mas aí com a minha equipe mesmo agora eu to bem. Antes eu não tava muito não por causa da outra médica, mas depois agora ficou bem. (Violeta)

A forma como está organizada a inserção do psicólogo na AB aponta uma complexidade a respeito das relações entre chefias e colegas, em especial para a maioria que se divide entre duas unidades de saúde. “*É como se fosse assim... muito chefe, muita gente pra te falar o que você tem que fazer, entendeu?*” (Violeta). O psicólogo está submetido a várias chefias, a começar pela gestão municipal, representada pelo prefeito e secretário de saúde, a coordenação da AB e as coordenações imediatas que estão presentes em cada unidade de saúde, a qual gerencia os problemas in loco, incluindo controle de frequência e atestados, sendo um profissional da área enfermagem. Ressaltando que os psicólogos de UBSF são contratados por um único vínculo trabalhista para atuar em duas unidades de saúde, tendo duas chefias imediatas. A gestão desses trabalhadores também ocorre por meio da figura do psicólogo Responsável Técnico (RT) que é quem articula o trabalho dos profissionais em rede, conectando as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e da OS com a prática.

[...] É, e a RT ela é muito aberta, e ela deixa a gente com uma autonomia maravilhosa. É claro que tem, é uma autonomia que na verdade eu tenho que seguir um monte de coisa. Mas é autonomia. (Orquídea)

Geralmente o RT é essa figura de referência para nós mesmo. Eu por exemplo nunca precisei falar diretamente com alguém que estivesse acima dela, que a coordenação de saúde mental da prefeitura, por exemplo, que é alguém que tá lá na coordenação, e se eu precisasse falar alguma coisa importante assim, eu acho que seria através do RT. (Magnólia)

Se for da questão da unidade de saúde eu vou na gerente, que são os enfermeiros, são as enfermeiras. E, questão de saúde mental mesmo, eu vou na RT, converso com ela, qualquer dúvida específica, então a gente consegue direcionar. (Rosa)

Há uma separação entre quem pensa e estabelece as diretrizes para o trabalho e quem o executa, fazendo com que haja uma perda afetiva no processo de trabalho, criando uma alienação, provocada pelo sistema hierárquico verticalizado, como podemos observar no seguinte trecho:

Então para mim as lideranças não estão bem claras, tem coisas que chegam que a gente não sabe direito de onde que vem essa demanda, chega através das coordenações, não fica muito claro de onde é que veio. Acho que as coisas lá em cima ficam meio confusas em relação a isso, mas eu precisando me reportar a alguém, tento ir na figura do RT [...]. (Magnólia)

Campos (2012) aponta a necessidade de que o trabalho no SUS rompa a tradição autoritária e de controle, fugindo de gestões verticalizadas, adotando formas de organização orgânicas e sistêmicas, na qual praticaria uma cogestão com relações horizontalizadas. Em seus estudos, o autor ressalta que não se trata da ausência de normas e ordem, mas do modo de organização do trabalho em que as relações se pautam na cogestão e corresponsabilização e não

na mera reprodução das ordens de um sistema hierárquico vertical. Gaulejac (2007) explica que no sistema gerencialista, os trabalhadores cedem às imposições autoritárias, passando por cima de seus ideais e convicções, suprimindo sua subjetividade. Observou-se que os psicólogos estão imersos numa estrutura verticalizada, na qual os gestores ditam o que precisa ser feito e estes seguem, inclusive executando tarefas que ultrapassam suas competências profissionais, a exemplo do grupo de troca de receitas que já foi abordado no tópico da Organização do Trabalho, o qual é conduzido pelos psicólogos, mesmo sendo uma atribuição da área médica, ferindo a ética profissional e a subjetividade. Ao seguir as ordens e regras à risca, o psicólogo perde sua capacidade reflexiva, a autonomia, autoestima, ocorrendo o desgaste mental. Tal autoridade pode ser ilustrada na fala:

[...] É esse jogo mesmo da autoridade, então aqui, com essa coordenação, as coisas são assim [...] têm algumas relações de jogos de manipulação, de autoridade mesmo, desnecessário. (Orquídea)

Assim, a forma com que as relações de poder vão se estabelecendo causa nos profissionais de psicologia um grau de subordinação pautada no medo de ser desligado da empresa, como no trecho:

Mas aí aos poucos eu fui observando, é uma coordenação com muitos jogos, uma coordenação com muita manipulação. 'Ai porque eu não fui agradada', e acabou fazendo a pessoa ser demitida. A equipe inteira fica abalada, com medo. Sabe? (Orquídea)

Bauman (2022) afirma que o medo ronda a sociedade moderna, está diluído em toda parte, o que chamou de medo líquido, o qual se manifesta sem objeto claro ou expressamente definido, deixando os indivíduos com sentimentos de vulnerabilidade, insegurança e desamparo. O medo disseminado é caracterizado pela forma com que o medo se espalha na contemporaneidade, a partir de notícias, redes sociais, ideias, provocando a sensação de que o perigo se encontra em todos os lugares, podendo resultar em consequências prejudiciais à saúde mental e coesão social, como a solidão e o desalento.

No âmbito do trabalho dos psicólogos, observa-se a gestão pelo medo de que, segundo Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), trata-se de uma prática comum em que os líderes se utilizam do medo como ferramenta de controle e motivação, gerando um ambiente tóxico e prejudicial aos trabalhadores. Este tipo de gestão, pode ocasionar alta rotatividade, problemas de saúde mental e física dos trabalhadores, configurando em risco para a saúde mental e física dos trabalhadores.

Silva (2019) apontou que a presença da rotatividade de trabalhadores na AB de Uberlândia prejudica o trabalho em equipe por gerar enfraquecimento dos vínculos e baixa

cooperação, fazendo com que os psicólogos sintam solidão, insegurança, tristeza, sofrimento psíquico, o que leva ao desgaste mental devido às constantes mudanças. Tal fato, também foi evidenciado no presente estudo, revelando que a rotatividade dos trabalhadores é fator de risco para saúde mental dos psicólogos, já que interfere na construção dos vínculos, segurança e cooperação:

[...] teve muita mudança, muitos agentes de saúde saíram e entraram pessoas novas, dificultando o serviço, mas mesmo assim isso ainda dá muito certo. É, com a coordenação também, com a enfermeira, com a médica. Eu acho que eu dei sorte de ficar nesses dois lugares por não ter problemas específicos. Lá na outra unidade, eu no começo tive um pouquinho mais de dificuldade com essas questões e até com a enfermeira mesmo, um lugar solitário [...]. (Magnólia)

O que eu acho que às vezes há uma dificuldade pela rotatividade, é quando há troca dos gerentes, troca às vezes bastante, tem afastamento, licença, tem novas, e também teve muita troca médico né, atrapalhando o andamento do trabalho, bagunçando as parcerias. (Rosa)

[...] eu tinha uma outra médica antes desse que eu não dava certo com ela de jeito nenhum. E ela foi... passou na residência e ela mudou. E aí esse veio pro lugar, eu dou super certo com ele, a gente combina muito, mas ele vai sair. A enfermeira, combino muito com ela também só que agora ela vai sair, ela falou que vai ficar só mais até sexta-feira que vem. (Violeta)

Além da rotatividade, os psicólogos relataram que as pessoas que atuam nas áreas administrativas não cooperam ou cooperam pouco com suas atividades, ao contrário do que ocorre com os profissionais médicos e enfermeiros, os quais recebem auxílio para a confirmação das consultas, organização da agenda, elaboração de planilhas, dentre outras tarefas. Assim, percebe-se que as funções administrativas giram em torno dos profissionais da equipe mínima, fazendo com que o trabalhador psicólogo se sinta estranho ao processo de trabalho e sozinho para dar conta de suas demandas, o que pode ser exemplificado pelos textuais abaixo:

*É, com a administrativo já teve, eu já tive problema também assim, desconforto, não tive problema direto. Mas me senti desconfortável com o pessoal administrativo, é... **que atrapalhava o trabalho, que não colaborava [...]** E é pro administrativo então, pegar os pacientes e **agendar**. Daí eu escuto 'Ai eu vou fazer', e não foi feito. Aí eu insisti, pra ser feito o que tinha que ser feito. Aí falou assim, 'a gente faz quando der'. (Orquídea)*

Uma coisa muito pequena assim, que eu sei que o administrativo confirma as consultas dos médicos, da agenda dos médicos, das enfermeiras sem eles pedirem, mas não confirmam as dos psicólogos. Eu tô tendo muita falta, muita falta, então sei lá. Todo dia tem 6 pessoas, 7 pessoas agendadas para mim, e 3 vem. E aí chega aqui 1 semana depois aí perdi a consulta, aí remarca para mim. Eu não tenho coragem de pedir pra eles... fazer essa confirmação pra mim [...] Mas eu nunca senti essa abertura de que eu estou inserida aqui da mesma forma que a enfermeira/coordenadora, que o médico, e que isso faz parte do trabalho deles confirmar minha agenda enquanto pessoa que trabalha aqui. Eu acho que tem um pouco dessa sensação de se sentir mesmo de fora assim. (Magnólia)

Pelos trechos acima é possível notar que o psicólogo vai assumindo um lugar secundário diante dos outros profissionais de saúde, em especial os médicos e enfermeiros, o que acarreta sentimentos de menos valia e não pertencimento, causando sofrimento psíquico. No entanto, os psicólogos minimizam a situação como pode ser observado no relato da Magnólia, ao dizer que o fato dos auxiliares administrativos não confirmarem suas consultas é algo pequeno, indicando um processo de alienação do trabalhador. A situação relatada mostra um menosprezo com a classe dos psicólogos que é um reflexo da OT, bem como uma dimensão sociopolítica.

Veja que os psicólogos não fazem parte das equipes mínimas das UBSF's, sendo profissionais de apoio a duas unidades de saúde. Ou seja, o psicólogo não é considerado essencial para que haja uma unidade de saúde, ao contrário dos profissionais das áreas de medicina e enfermagem, porém têm que trabalhar em 2 unidades. Assim, durante o cotidiano de trabalho, os psicólogos sentem-se sozinhos e recebem pouca cooperação dos demais profissionais, evidenciando o reflexo de como a sociedade enxerga o profissional de psicologia no contexto da saúde. Toda essa problemática, demonstra que também há uma dimensão sociopolítica do sofrimento, como corrobora a autora Rosa (2016) ao discorrer que o sofrimento é o produto das relações sociais e políticas dentro de uma sociedade, não se restringindo apenas a dimensão individual e psicológica, mas perpassando por questões estruturais das quais envolvem conflitos históricos de poder, opressão e exclusão.

Os psicólogos também relataram que não sentem que sua atuação profissional é reconhecida por seus colegas de trabalho. Para Dejours (2013), o reconhecimento mobiliza os trabalhadores, exercendo a função de uma retribuição simbólica do seu trabalho, uma forma de agradecer pelo trabalho desempenhado, sendo que a falta do reconhecimento pode acarretar frustração, desmotivação, inutilidade e sofrimento no trabalho, como podemos observar nos relatos abaixo sobre os sentimentos de desqualificação e desvalorização na relação com os médicos, revelando uma falta de compreensão do papel do psicólogo na equipe, bem como a falta de reconhecimento:

[...] Eu com experiência, eu ouvi ainda da psiquiatria que é... eu estou errada, que eu não posso dar esse diagnóstico. Então desqualifica o meu olhar, né, então assim, vai, eu sei que o médico tem a formação dele, aí eu vejo que às vezes os psiquiatras são bons, mas desqualificam a psicologia. Então eu sinto essa desqualificação. (Orquídea)

[...] as tutorias⁸ é como se a gente, a gente tem que ficar calado, psicólogo tem que ficar calado e está ali pra aprender. (Orquídea)

⁸ As tutorias são a forma em que a AB da cidade de Uberlândia denomina as consultas compartilhadas em que ocorrem com a presença de médico especialista e os profissionais da equipe da ESF.

Mesmo que a psicologia, no Brasil, tenha sido regulamentada como ciência e profissão em 1962, os relatos acima demonstram o quanto a profissão ainda sofre com a ideia de não ser considerada ciência do ponto de vista positivista. Nesse sentido, a atuação profissional perpassa pela dificuldade do não reconhecimento do seu saber científico, o que gera sofrimento nos psicólogos.

A análise do relacionamento interpessoal dos psicólogos do setor sul de Uberlândia demonstrou que o psicólogo está submetido a um sistema gerencial verticalizado, no qual há uma separação entre quem pensa e quem executa as tarefas, o que causa perda afetiva e alienação frente ao processo de trabalho. Além disso, o fato de o profissional ser contratado para atuar em duas unidades de saúde distintas, faz com que tenha que lidar com duas chefias imediatas e duas equipes de trabalho diferentes, tornando as relações entre colegas e chefias complexas, gerando sentimentos de tensão, não pertencimento e baixa cooperação. Também foi notório o baixo reconhecimento do papel do psicólogo nas unidades de saúde, tanto da gestão, quanto dos colegas de trabalho. Assim, o trabalho isolado, fragmentado, a ausência de cooperação entre a equipe, a gestão verticalizada e a falta de reconhecimento do trabalho realizado pelo psicólogo na AB, configura como fator de desgaste mental e sofrimento.

5.3.6 Prazer e sofrimento no trabalho

As vivências de prazer e sofrimento relacionam-se à organização do trabalho e seus impactos no psiquismo dos trabalhadores, podendo gerar tanto sofrimento quanto experiências de satisfação e prazer. Dejours (2006) aponta o trabalho como fonte de prazer e sofrimento, enfatizando que este não necessariamente assume o caráter patológico, podendo manifestar-se como forma de estratégia de manutenção da saúde. Freud (1996) aponta que o trabalho como ofício pode ser grande fonte de sublimação, de prazer e satisfação sexual, se o trabalhador tiver uma ligação afetiva, libidinal, com seu trabalho. Nesse contexto, segundo Menezes (2012), para o autor, o trabalho é um instrumento que o homem criou para lidar com seu desamparo e viver em sociedade. Portanto, fundamental para o trabalho psíquico e para os laços sociais: o trabalho traz identidade e lugar social para o sujeito (FREUD, 1996; DEJOURS, 2011; ANTUNES, 2007).

A centralidade do trabalho no funcionamento psíquico restabelece “uma relação de consubstancialidade entre trabalho e subjetividade” (DEJOURS, 2004, p. 31). É por meio da experiência afetiva do sofrimento que a subjetividade se manifesta. O sofrimento afetivo,

totalmente passivo, é fruto do encontro com o real e ao mesmo tempo a marca de uma ruptura de ação; não é apenas resultado de um processo de encontro entre subjetividade e trabalho, mas é ponto de partida. Como enfatiza Dejours (2004):

O sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real; ele é ao mesmo tempo proteção da subjetividade com relação ao mundo, na busca de meios para agir sobre o mundo, visando transformar este sofrimento e encontrar a via que permita superar a resistência do real (DEJOURS, 2004, p. 28).

Nos relatos das entrevistadas sobre suas vivências no trabalho, como o acompanhamento aos pacientes e a evolução do caso, a proximidade com a comunidade por meio das visitas domiciliares, a variabilidade das demandas e o reconhecimento dos pacientes, estão presentes os sentimentos de amor, alegria, utilidade, os quais geram prazer e realização, portanto, satisfação pulsional (FREUD, 1996). Entretanto, aparecem muitas vezes sentimentos ambivalentes, que apontam o desprazer e sofrimento gerados pela alta demanda em pouco tempo, pela falta de controle do trabalho e pela invisibilidade do trabalho (DEJOURS, 2004), como pode ser ilustrado pelos trechos abaixo:

[...] Essa semana eu tava pensando nisso [...] eu gosto muito do meu trabalho, mas eu odeio todas as burocracias que envolvem, que estão envolvidas nele ... desde a história que a gente tem que ficar pensando em planilha, organização de agenda. Eu sei que é parte do trabalho também, mas ocupa tanto, tanto do tempo que a gente poderia tá fazendo coisas efetivas assim, que me desanima muito. (Magnólia)

[...] eu tô exatamente no lugar que eu gosto de estar, que eu to fazendo exatamente o que eu gosto de fazer. (Violeta)

Eu tenho paixão pelo meu trabalho com saúde pública. Fiz a opção por saúde pública em saúde mental, faço porque eu amo. Então eu gosto de atender comunidade, gosto de atender a população, é o meu perfil é algo que eu me identifico, com os discursos da comunidade, discurso que vem do social, então isso tem a ver com o que eu acredito. Profissional e missão de vida. Tem a ver com a minha pessoa. (Rosa)

É muita demanda para pouco tempo. Mas como um todo, eu gosto muito da ideia, de o que que é que a gente faz aqui na atenção primária, de acompanhar o paciente ao longo do tempo, né? Em todas as etapas da vida. A gente realmente vê todo tipo de situação, de caso, as mais inusitadas, isso eu gosto muito, de visitas, de tá próximo, no território. (Margarida)

[...]Já aconteceu bastante, de eu acolher, gastar aquela uma hora com a pessoa, que é aproximadamente isso mesmo, uma hora com a pessoa, e aí na outra vez, que eu marco o retorno, e vem a pessoa só falar assim 'eu vim só pra agradecer porque eu fiz essa e essa e essa mudança na minha vida, e... e deu certo e está funcionando'. Eu vim só te contar que deu certo. Então isso assim eu agradeço demais o paciente, 'brigado porque você veio me contar isso', porque tem gente que, que não volta né. Então isso é muito gostoso. Mas se a gestão deixar a profissional contar esse tempo, garanto que o sucesso vai ser maior. Porque se eu tiver que só meia hora, meia hora eu vou precisar atender aquela pessoa 10 vezes. Se eu tiver o tempo livre com ela, até na visita, né, fazer as intervenções que eu puder, que eu já faço a visita, né, pensando. Às vezes eu preciso só mais duas, três vezes e depois assim, uma vez por

ano. Vai me facilitar o trabalho, vai otimizar o resultado também. Então, é isso, a gente passa raiva, a gente ouve desaforo, paciente grita com a gente, paciente às vezes grita com colega, mas o pior é não poder fazer o que tem de ser feito. (Orquídea)

Observa-se que em alguns casos, o psicólogo consegue transformar o sofrimento em prazer (sofrimento criativo), o que pode ser exemplificado pela fala da Orquídea quando relata sobre o reconhecimento dos pacientes sobre o seu trabalho. Nesse sentido, destaca-se a retribuição simbólica que, conforme abordada por Dejours (2009), trata-se do reconhecimento que mobiliza os trabalhadores, pelos sentimentos de gratidão pelo serviço e o julgamento acerca de sua qualidade. Os psicólogos relataram sentirem-se motivados pela necessidade de trabalhar e demonstraram conseguir vivenciar poucas experiências de prazer diante de contextos difíceis, como fica evidente nos textuais a seguir:

Ai eu amo o meu trabalho. Eu amo o SUS. É... eu conheço a política do SUS, eu amo aquilo lá. Meu sonho é que aquilo lá funcionasse, que a gente tivesse mais profissionais pra fazer funcionar. Eu vou chorar. Porque realmente assim, trabalhar pra quem precisa. Né? (Orquídea)

[...] eu vejo sentido no que eu faço. É aquilo que eu disse, de que... eu gosto muito do meu trabalho, das coisas que eu faço, de estar com os pacientes, das intervenções que eu tenho que fazer, mas toda a burocracia que faz parte disso e todas as demandas que chegam que literalmente não cabem no tempo que a gente tem, isso é muito mais... algo que nos desanima. Eu acho que é um pouco da necessidade e do fato de que a função do psicólogo faz sentido pra mim. (Magnólia)

Os pacientes... Meus pacientes. Porque é... como é que...eu tenho uma relação muito boa com eles, entendeu?! Mesmo os mais difíceis. Eu consigo, né? É... mobilizar, conversar, eles se sentem acolhidos, então eles saem daqui sorrindo, sai daqui mudando alguma coisa. Então é isso que me ajuda e também por precisar trabalhar. (Violeta)

Entretanto, ao mesmo tempo em que os trabalhadores iam narrando suas experiências que trazem motivação para o trabalho, vão pontuando que as atividades administrativas são burocráticas e que somadas ao controle sobre o trabalho do psicólogo, principalmente no que se refere às metas, gera sofrimento, o que configura risco para a saúde mental do trabalhador.

A subjetividade dos psicólogos, muitas vezes, é reprimida em detrimento da produtividade e força de trabalho, acumulando cargas mentais, levando o trabalhador a passar de estados satisfatórios para menos satisfatórios, o que leva ao desgaste mental. A autora Seligmann-Silva (2011) aponta que o desgaste mental ocorre quando as vivências do trabalho resultam em perdas e deformações subjetivas, sendo que os elementos presentes no ambiente e na organização do trabalho passam a ser compreendidos como fontes laborais de tensão. Um fator apontado como fonte de insatisfação e sofrimento é a remuneração. Destaca-se que o salário não é a única forma de retribuição para os trabalhadores, mas percebe-se que o valor

proposto tem gerado materialmente e simbolicamente desconforto, insatisfação, insegurança, vergonha e sentimentos de desvalorização e não reconhecimento do seu fazer profissional:

É questão do reconhecimento do trabalho, como é que você reconhece o trabalho que você faz? Então né se você for comparar também um trabalho privado, o quanto que tá um horário num psicólogo particular, isso vou dizer nem do do... salário mais alto né da hora de serviço, hora de trabalho, vou falar do todo, do médio, se você for comparar com o horário do serviço público, então realmente assim, é desanimador nesse sentido. Eu acho que é a não valorização do nosso trabalho. (Rosa)

Acho que antes de mais nada é a necessidade. Não é uma opção assim, não é só uma escolha, é... o salário é ruim, muito frustrante e eu percebo isso mais agora que eu comecei na clínica. Tá muito no começo então não é uma coisa que eu me sinto segura de ficar só lá, mas eu sinto que ali tem um pouco mais da escolha. Eu consigo controlar um pouco mais o meu tempo, consigo controlar um pouco mais... dos processos de trabalho, do quanto eu dou conta. E acho que tem mais coisas que motivam ali do que aqui. (Magnólia)

Trabalhar pelo salário, não compensa... (Violeta)

O discurso das trabalhadoras reafirma que o trabalho precarizado apresenta-se como forma de sofrimento, em especial no que se refere a baixa remuneração, fruto da terceirização dos serviços de saúde pública, a qual retira a estabilidade do trabalhador, causando frustrações, sentimentos de desamparo, solidão, angústias, medo, ausência de perspectiva, cansaço, e falta de reconhecimento.

Pesquisas como as de Silva *et al.* (2022), Sousa *et al.* (2020) e Lima *et al.* (2014) também apontam que um dos principais fatores de insatisfação dos trabalhadores da saúde pública, em especial os da AB, é o salário. Nessas pesquisas, os trabalhadores apontam que o salário recebido é desproporcional ao custo de vida e incompatível à capacidade profissional, ou seja, os trabalhadores sentem que há uma lacuna entre o trabalho realizado e a retribuição salarial, o que gera sofrimento.

Ao decorrer das entrevistas, as falas em relação à insatisfação salarial se repetiam, demonstrando sofrimento e desprazer, já que percebem que o salário recebido não atende suas necessidades, bem como não corresponde ao trabalho prescrito pela gestão. A percepção dos trabalhadores é de que a gestão não reconhece o valor do trabalho realizado, o que aponta para a invisibilidade do trabalho. Como mostra Dejours (2004), o trabalho naquilo o que ele tem de essencial não é do mundo do visível e, portanto, é inacessível a quantificação. Há uma parte importante do trabalho efetivo que permanece na sombra e por isso o trabalho não pode ser avaliado, sendo avaliado/ reconhecido pela gestão apenas o trabalho visível. Esse quadro pode ser ilustrado pelos textuais a seguir:

Eu tenho uma certa indagação, fica uma angústia porque eu acho que a remuneração não está à altura, principalmente se for comparar com profissionais

fazendo o mesmo serviço em outros órgãos e com outro e por exemplo: outra categoria aqui mesmo na OS que faz um salário semelhante pelo fato de ser mais legitimado, pelo Conselho deles, a carga horária deles, a hora de trabalho deles é mais alta que a nossa. Então assim, ficamos invisíveis conciliar esse amor pela profissão, e ver essa questão da injustiça salarial, que eu coloco assim: a injustiça ou a não justiça de equilíbrio de salário, isso aí pra mim realmente é algo desconfortante. Eu tenho amor na profissão... eu sou casada, eu tenho a renda do meu esposo. Se não fosse a renda do meu marido, como que eu estaria aqui, ganhando esse salário que é muito alguém com todo trabalho com toda nossa vocação da graduação, com pós graduação, com grupo de estudo, você continua estudando. Só isso com o salário que a gente ganha, não daria pra manter o meu padrão hoje de vida. (Rosa)

Porque o salário, eu penso assim ... Ele já era baixo e eu falei assim, não, mas eu vou gastar R\$ 200,00 de combustível, não tem ajuda do combustível né, tem ajuda se eu quiser vir de ônibus, de combustível não tem, eu acho que tinha que ter. Aí eu falei assim não, eu vou gastar R\$ 200,00, então isso já é investimento pra eu continuar... Então eu já fiz essa conta. Hoje eu gasto R\$ 500,00. E aí o salário de R\$ 1.500,00 líquido, passou pra R\$ 1650,00. Eu aumentei R\$ 300,00 no meu gasto só de combustível e foi a metade que aumentou o salário. (Orquídea)

Tenho insatisfação com o salário, que eu achava que né? Que eu podia ter uma remuneração melhor, pela responsabilidade. Eu falo assim, nem é pelo tempo. Mas pela responsabilidade. O tanto que te cobra né, podia pagar melhor. Mas também foi o que eu escolhi, igual eu to te contando, porque eu não tava, eu tava no consultório, e eu escolhi vir. (Violeta)

[...] às vezes eu vou ter 30 minutos, uma vez no mês, mas que ao máximo tento atender aquela demanda, oferecer o suporte, pensar alternativas pra além do atendimento psicológico, também... Mas assim, persistir, porque às vezes dá vontade de desistir, assim, em alguns momentos mais cansaço, quando eu me vejo fazendo coisa fora do horário... Aí eu penso assim 'gente, porque que eu continuo insistindo?'. Porque o salário não vale a pena, né? Aí eu falo não, aí eu volto, tento pensar no significado mesmo de ser psicóloga. (Margarida)

Observa-se nas falas das entrevistadas, uma disparidade entre o produto do trabalho e a recompensa salarial, o que denota a ocorrência da mais-valia, evidenciada pela redução salarial, conforme descrito no Capítulo 1, em que o valor produzido pelo trabalho é superior ao salário pago, alimentando a lógica do trabalho precarizado da sociedade contemporânea. Tal situação também foi evidenciada nos estudos dos autores Lucena e Máximo (2019), os quais apontam que para os psicólogos da AB a questão salarial é fonte de insatisfação e sofrimento, pois o valor pago fica abaixo do esperado pelas responsabilidades e cargas de trabalho que possuem.

Guimarães Júnior, Oliveira e Matos (2017) realizaram pesquisa sobre a precarização do trabalho e seus efeitos subjetivos, na qual observaram que as fontes de satisfação e insatisfação dos trabalhadores psicólogos diretos e trabalhadores psicólogos terceirizados eram distintas, sendo que em geral, os trabalhadores que são contratados diretos encontram-se mais satisfeitos. Apontaram que a maior diferença está entre os aspectos salariais e das promoções. Explicam que a satisfação desses sujeitos (trabalhadores diretos) com o salário é tido como algo positivo, sendo um elemento que ameniza as fragilidades e adversidades das vivências de trabalho,

enquanto a ausência desse fator de satisfação poderia fomentar a complexidade dos contextos de trabalho, podendo conduzir os psicólogos ao sofrimento.

Do mesmo modo, Silva (2019) revelou que os psicólogos da AB de Uberlândia apontaram o salário e a estabilidade financeira como fatores motivacionais para o trabalho na saúde pública, o que não ocorreu nesta pesquisa. Nesse sentido, ressalta-se que o estudo de Silva (2019) abarcou todas as regiões da cidade e os mais variados vínculos de trabalho existentes no período, sendo que das entrevistadas, 83% eram concursadas, vínculo que garantem os direitos da estabilidade, do plano de carreiras, dentre outros que refletem em fonte de satisfação e motivação. Destaca-se que as unidades básicas de saúde do setor sul da cidade são administradas pela OS Missão Sal da terra desde 2007, conforme já mencionado neste capítulo, enquanto as demais unidades estão sob a direção da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), organização social civil de direito privado, sem fins lucrativos, a qual celebrou contrato com o município em 2018. Nesse sentido, os psicólogos que eram contratados de outras empresas passaram a ser empregados da SPDM e os concursados foram direcionados para outros setores da prefeitura. Portanto, na atualidade, a gestão dos serviços de saúde da AB na cidade de Uberlândia não é gerida diretamente pelo município e os funcionários são terceirizados, ou seja, nas unidades de saúde da AB desta cidade não possuem mais servidores públicos efetivos.

A remuneração dos psicólogos da OS Missão Sal da Terra que perfazem 100 horas mensais é de R\$ 1.822,29 (valor bruto), o que equivale a R\$ 18,22 por hora trabalhada, sendo o valor líquido de R\$ 1.657,00 e não recebem adicional de insalubridade. Já o salário base para a carga horária mensal de 200 horas pago pela SPDM é de R\$ 4.034,16 (R\$ 20,17 por hora), acrescido o adicional de insalubridade de R\$ 242,40, totalizando R\$ 4.276,56, valores baseados no mês de janeiro de 2023. Observa-se que não há uma padronização entre as duas gestoras dos serviços, fazendo com que os profissionais que recebem menos para desempenhar a mesma função, sintam-se desvalorizados. Além disso, tal fato reflete o não reconhecimento da profissão pelo poder público, já que o PL n°. 5.440/2009 que propunha um piso salarial foi arquivado e o PL n°. 1.015/2015, prevê a fixação do piso salarial da categoria no valor de R\$ 3.600,00 – com suas devidas correções monetárias, ainda não foi sancionado, conforme já mencionado no Capítulo 3.

As cargas de trabalho, em especial as mentais como os sentimentos de medo, desamparo, acúmulo de tarefas e o alto grau de responsabilidade têm gerado desgaste mental, efeitos do mal-estar no campo do trabalho na atualidade, como a fadiga, contribuindo para o sofrimento patogênico. Ressalta-se que o sofrimento patogênico, segundo Dejours (2011) pode causar

doenças físicas e mentais. Normalmente, este tipo de sofrimento ocorre a partir de situações de trabalho que pouco consideram a condição humana, são desestruturantes ou alienantes, podendo provocar a deterioração da saúde dos trabalhadores. Assim, observa-se que os trabalhadores desta pesquisa se encontram sobrecarregados devido a forma como o trabalho está organizado, o que serve de ilustração das novas formas de organização e gestão do trabalho fruto do neoliberalismo e que “repousa sobre princípios que sugerem, precisamente, sacrificar a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade” (DEJOURS, 2004, p. 33), levando as trabalhadoras para a solidão e sentimento de desamparo, como pode ser notado nas falas a seguir:

Então acho que atualmente é... a minha relação com o trabalho é uma relação de muita sobrecarga e de sentir que assim eu estou sempre, sempre dando umas braçadas assim sozinha sem dar conta de tudo que eu tenho que fazer. Eu acho que tem mais de um ano que eu não vou embora daqui, ou lá da outra unidade que eu penso 'ufa', hoje eu dei conta. Nunca vou. Eu sempre vou sabendo que eu tenho alguma coisa pra fazer, alguma pendência. É sempre essa sensação de que não tô dando conta e que não para de chegar. E aí não sei até quando que... que vai dar pra mim. (Magnólia)

O significado desse trabalho é de persistência, de de estar sempre tentando, acho que, acho que... um ideal de conseguir cumprir tudo que que é exigido da secretaria, exigido da cidade, da redondeza. Acho que eu cheguei na conclusão que eu nunca vou conseguir. Sempre vai estar faltando algo. Mas a persistência de fazer pelo paciente, pelas pessoas que usam o serviço. (Margarida)

[...] Eu vou me virando sozinha. [...] eu ainda sinto que é um trabalho muito solitário assim de não tem muito pra onde... não tem muito a quem recorrer, aí eu vou me virando aqui mesmo pra dar conta de tudo e de todas as demandas que chegam. (Magnólia)

É... Às vezes o nosso trabalho é, não consegue a equipe entender o que a gente faz [...] Tem quase 2 anos que eu estou, mas assim, parece que não fixa. Tem que repetir, tem que mostrar que que não é um trabalho de terapia, individual, que a gente tem esse trabalho de matriciamento, de orientação, de tem que estar em equipe... Então isso assim, é constante, falta reconhecimento do que é o trabalho do psicólogo. É difícil eles entenderem. Aí às vezes gera um desgaste, assim, nunca tive conflitos, mas de, de cobrança, de que, de que eu tenho que atender, que o paciente reclama porque ele quer o atendimento individual, que ninguém gosta de grupo e está insistindo em fazer grupos... Mas eu acho que é mais da cultura mesmo do que eles veem o psicólogo. (Margarida)

Outro aspecto que se evidencia em relação ao sofrimento dos psicólogos refere-se ao cansaço vivenciado fruto do relacionamento interpessoal no trabalho, pois sentem que as equipes não compreendem o papel que desempenham e existe pouca cooperação, gerando sentimentos de solidão e a sobrecarga de trabalho, ocasionando fadiga. Nota-se que há uma grande distância entre o trabalho prescrito, aquele proposto pela instituição e o operacionalizado, o que causa sofrimento patogênico às trabalhadoras, o qual é notado pelos sentimentos de cansaço e esgotamento, o que demarca o desgaste mental, no segundo nível,

conforme nos mostra Seligmann-Silva (2011). O lugar do psicólogo na AB ainda se mostra fragilizado, pois ao mesmo tempo em que se espera um profissional de apoio, o qual realiza um matriciamento em saúde mental, exige-se tarefas e postura de um profissional da equipe mínima de saúde, o que causa sofrimento nos psicólogos por não conseguirem atender a demanda da gestão. Algumas falas demonstram uma ambiguidade entre fazer e não fazer parte das equipes:

Quando eu entrei já tinha acabado de encerrar o NASF, então eu não sei como que era pertencer, não vivi essa parte. Mas a sensação de ficar sem lugar, às vezes é muito forte, assim... de sei lá, parece que eu tô dividida nesses dois lugares, e aí ao mesmo tempo que eu tô muito nos dois lugares e que eu me sinto muito parte, tem horas que eu falo... que sei lá, parece que eu não existo daqui nem de lá, e não dou conta nem daqui nem de lá, então acho que é uma sensação de tá meio sem lugar, sem ter uma... referência assim, um ponto de encontro onde eu sei que não é aqui! Um lugar que sei que é aqui que as coisas vão ser discutidas, é aqui que as coisas vão ser resolvidas. Acho que fica muito fragmentado mesmo. Eu vou ficando meio desorientada. (Magnólia)

[...] quando a gente tinha o NASF, não sei se você lembra... no NASF parece que a gente tinha uma... um pertencimento. A nossa equipe lá que na época, a gente tinha um espaço por exemplo, que era quinta-feira acho que de manhã, que tinha reunião de equipe, onde a gente trazia é... tipo assim pessoas pra falar, pra explicar, não sei o que, coisas mais próximas de nós, do nosso interesse das nossas necessidades. Tinha um lugar. (Violeta)

A narração de Magnólia sobre seu sentimento de inadequação e não pertencimento por ser referência em duas unidades de saúde, de sentir-se sem lugar e da sensação de não dar conta das duas unidades, caracteriza o trabalho na atualidade, marcado pela flexibilização e terceirização e sua consequente precarização das condições de trabalho. Antunes (2018) analisa que tanto a flexibilização quanto a terceirização do trabalho podem levar ao enfraquecimento da identidade profissional, diminuindo a capacidade do trabalhador de construir sentidos e significados para o exercício laboral, levando ao esgarçamento da subjetividade, que segundo Seligmann-Silva (2011), refere-se ao desgaste da subjetividade, desgaste mental no terceiro nível.

A análise do prazer e sofrimento no trabalho dos psicólogos da AB do setor sul da cidade de Uberlândia demonstrou que os profissionais possuem poucas experiências de prazer, e que são fruto do reconhecimento dos pacientes e de suas contribuições para a população, bem como dos aprendizados e da ligação afetiva com a profissão. Já as vivências de sofrimento, são marcadas pelos sentimentos de cansaço, sobrecarga, esgotamento, fadiga, não pertencimento, levando ao desgaste mental. Foi notório que as trabalhadoras sofrem por receber um salário abaixo do esperado pelas suas responsabilidades e capacitação, sentindo desvalorização e não reconhecimento da gestão pelo trabalho realizado. Podemos dizer que há sofrimento patogênico, marcado sobretudo pela exposição dos psicólogos a condições do trabalho

precarizado, incluindo os baixos salários e ausências de programas de carreira. Soma-se a isso, que na organização do trabalho as metas impostas levam a aceleração do ritmo de trabalho, aumentando as pressões e intensificando a jornada de trabalho, o que acaba por gerar uma perda afetiva em relação ao significado e sentido do trabalho, expressos nos sentimentos de inadequação e não pertencimento.

5.3.7 Estratégias Defensivas

As estratégias defensivas, segundo Dejours (2011), são definidas como um mecanismo por meio do qual o trabalhador procura modificar ou minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer. Atuam, portanto, na tentativa de adaptar o sujeito às pressões e cargas de trabalho, evitando o desprazer. Procura-se afastar o medo, ansiedade, angústia, sentimentos de desproteção, desamparo e ameaças, dentre outros, buscando transformar o trabalho em fonte de prazer, nesse sentido, em sofrimento criativo. O autor destaca que as estratégias de defesas coletivas no contexto de trabalho são fundamentais para a proteção da saúde mental e no enfrentamento do estresse, o que pode ser notado pela colaboração e apoio mútuo entre os trabalhadores, buscando soluções para os problemas de forma coletiva. No entanto, o sofrimento patogênico pode surgir quando o trabalho se torna mediador da desestabilização e fragilização da saúde do trabalhador. Neste tópico, serão elucidados alguns relatos dos participantes da pesquisa já apresentados nos tópicos anteriores, mas com foco nas estratégias defensivas utilizadas para lidar com o sofrimento relacionado ao trabalho que, como vimos, caracteriza-se como patogênico.

Observa-se nas entrevistas que os relatos de sofrimento giram em torno da alta demanda de produtividade (metas de trabalho), das cargas de trabalho intensificadas, das multitarefas e das burocracias. Nesse sentido, os psicólogos imaginam que se aumentassem sua carga horária, adicionando 10 horas semanais, resolveriam o problema. Há uma mobilização subjetiva grupal, a qual aparece como estratégia defensiva, em prol dessa pauta: *“Nós discutimos muito entre os psicólogos da equipe essa questão das 30 horas, já propomos para a gestão, parece que foi aprovado, não sei ao certo” (Rosa).*

Ao criar possíveis soluções para as tensões que enfrentam, os psicólogos sentem-se confortados com a esperança de que haja mudanças e com elas a tranquilidade para o trabalho. No primeiro momento, parece positiva a estratégia grupal criada, porém, tal uso pode ser de caráter negativo, pois provoca uma estabilidade psíquica artificial. Barros e Mendes (2003) discorrem que esta estabilidade aliena os sujeitos e não provoca mudanças no contexto de

trabalho. Nota-se que os profissionais de psicologia não se dão conta de que as exigências impostas deveriam ser revistas e tentam achar soluções para se encaixar na dinâmica existente. Ao rever o trecho da Violeta, percebe-se a condição alienante: “[...] eu acho que 10 horas a mais seria o mínimo pra eu conseguir me aproximar dessa meta sem tá gerando ansiedade de cobrança e de ter que bater isso”. O trabalhador deseja trabalhar mais tempo para conseguir cumprir o trabalho idealizado pela empresa e amenizar o sofrimento. Ele não questiona a organização do trabalho, que as metas são inalcançáveis e intensificam a jornada de trabalho, aumentam as cargas de trabalho e aceleram o ritmo do trabalho, aumentam a pressão no trabalho e isso causa efeitos, como o desgaste mental e a naturalização da sobrecarga de trabalho.

Alguns participantes relataram utilizar a estratégia de levar atividades para serem realizadas em casa, fora do horário do expediente, na tentativa de aproximar do trabalho ideal e minimizar os incômodos psíquicos:

Por causa dos atendimentos marcados fica muito corrido e eu vou fazendo essas coisas em casa. Porque é o que dá. (Magnólia)

[...] tem uma parte que eu comecei a fazer, e aí eu comecei a adoecer, ficar irritada, de levar muita coisa pra lançar em casa. (Orquídea)

Do mesmo modo, alguns psicólogos criam estratégias para suprir a falta de algumas condições de trabalho, a partir de recursos próprios, como é o caso de utilizar o carro pessoal para fazer as visitas domiciliares e levar ventilador de casa para amenizar o calor da sala sem ventilação:

Deveria ir a pé, quando é muito longe eu vou de carro com as meninas, com as ACS, quando eu sei que é mais distante até por conta do tempo mesmo né, porque se não perde muito tempo. (Magnólia)

Não tem transporte para nos levar, não tem. A gente tem que dar seu jeito mesmo. (Rosa)

As visitas, por exemplo, temos de ir a pé que demora muito, ou utilizamos nosso próprio carro. (Orquídea)

O ventilador eu que trago de casa. [...] É, esse ventilador é meu... (Rosa)

Tanto os profissionais que levam serviço para casa, quanto os que fazem uso de recursos próprios para desempenhar suas funções laborativas, utilizam-se da estratégia defensiva da adaptação, criando ferramentas para manter-se produtivos, atendendo as expectativas da gestão. E com “a estratégia de adaptação, o trabalhador nega o seu sofrimento, mantendo-se produtivo, ao mesmo tempo em que utiliza a estratégia de se deixar explorar pelo trabalho, a fim de trabalhar ainda mais” (MARIANO; CARREIRA, 2016, p. 05).

A naturalização da sobrecarga de trabalho e de elementos que geram desgaste, aparecem no discurso dos psicólogos demonstrando que estes, inconscientemente, negam o sofrimento vivenciado para continuar dando conta do trabalho, o que pode ser exemplificado neste trecho: “[...] *é muita sobrecarga de trabalho, então é muito trabalho. Assim... isso eu considero até que é o normal do SUS*” (Orquídea). Esse quadro pode ser compreendido como um dos efeitos do neoliberalismo na saúde dos trabalhadores, em especial, no modo que se pode extrair mais produção e mais gozo do próprio sofrimento, gerando o desgaste mental e a corrosão da subjetividade, uma dimensão de perdas relativas ao mal-estar no campo do trabalho (MENEZES, 2020). O neoliberalismo mais que um modelo socioeconômico é gestor do sofrimento psíquico, no sentido que gera e gerencia, “pois o sofrimento psíquico não é apenas produzido, mas também gerido pelo neoliberalismo” (SAFATLE; SILVA JÚNIOR; DUNKER, 2021, p. 10).

Percebeu-se também a estratégia defensiva de silenciamento da consciência e da ética quando os psicólogos atendem às diretrizes da gestão e realizam atividades que são descabidas ao seu exercício profissional como participação de grupo de receitas médicas e atendimentos em salas que não possuem privacidade para o paciente – fragilizando o sigilo. Em relação aos grupos de trocas de receita, alguns relatos dos psicólogos consideram que o fato de condicionar o recebimento de receitas médicas à participação do grupo, faz com que os pacientes não faltem, apostando que se não fosse isso, eles não iriam. Tal situação demonstra que mesmo não sendo atribuição do psicólogo organizar e manejar grupo de trocas de receitas médicas, ele acaba se sujeitando a esta atividade para atender às metas estipuladas quanto à realização de grupos. Mais uma vez, nota-se o desgaste da subjetividade do trabalhador fruto de um modelo de organização do trabalho que reflete a conjuntura neoliberal do novo discurso de gestão, do gerenciamento como tecnologia do poder entre o capital e o trabalho, de modo que a finalidade é conseguir a adesão dos trabalhadores às exigências da empresa. A seguir, um relato ilustrativo:

Não, eu acho assim, não é, não seria o trabalho do psicólogo porque é uma coisa uma questão de receita que tinha que ser o médico diretamente. Mas, eu entendo que é uma forma deles virem no grupo. Né? É um chamariz pra eles virem no grupo, às vezes eles não viriam de outro jeito [...]. (Violeta)

Como já explicado em tópicos anteriores, durante a pandemia da Covid-19, os profissionais de saúde demonstraram preocupação relacionada ao processo de trabalho, principalmente aos riscos de se exporem ao agente etiológico e/ou transmitir a doença aos seus familiares. Assim, frente a quantidade insuficientes de EPI's e ausência de capacitações, alguns

psicólogos utilizaram estratégias de defesa como a compra, com recursos próprios, de máscaras para proteção e adotaram rituais que lhes proporcionaram uma certa sensação de segurança:

[...] Eu ia por conta própria comprar, eu lembro de pedir pras enfermeiras e aí 'ai não pode ou a gente não pode fornecer... não tem... não pode'. (Magnólia)

[...] Em 2 anos, então, eu acabei comprando por fora. Eu comprei por fora. fiz um estoque da pff, eu só me tranquilizei quando eu comprei a pff, aí acabou porque essas de pano, essas de dupla tecido, isso me deixava ansiosa... a minha ansiedade baixou quando eu comprei a pff, falei 'vou investir'. (Rosa)

[...] eu borrifava álcool na sala, após cada atendimento e no meu cabelo que ficou duro [...]. (Magnólia)

[...] Não Teve treinamento exatamente de COVID-19, acho que não teve, não lembro... mas tipo assim a gente sabia né então álcool o tempo todo nas mãos, é... o espaçamento né o tempo que a gente ficou ali [...]. (Violeta)

[...] chegava em casa, tentava manter alguma distância, né, chegava e ia tomar banho direto, mas... (Magnólia)

Os relatos acima demonstram que a precarização do trabalho foi intensificada com a pandemia. Apesar disso, foi possível identificar que a motivação em ajudar os pacientes durante o momento pandêmico, resultou em fonte de prazer, um psicólogo compartilhou situações que gerava satisfação, transformando a dor e sofrimento em prazer (sofrimento criativo), por meio da sublimação:

Apesar da teleconsulta ter tido suas dificuldades, eu senti muito útil de poder acolher os idosos que estava isolados e também os familiares de pacientes que faleceram ou tiveram forma grave da doença, eu senti que fiz a diferença, que contribuí. (Magnólia)

O reconhecimento contribui para que o trabalhador transforme suas vivências de sofrimento em prazer, colaborando para que o sujeito estabeleça conexão afetiva com o trabalho. Observou-se que o vínculo com os pacientes e o reconhecimento por eles demonstrado, colaboram para esse processo, como também o aprendizado proporcionado pela experiência profissional:

[...] Que ela descobriu que eu gosto de pera, aí chegou com uma pera pra mim. Não pelo por esse coisa de... É, tem hora que eu falo assim, eu tô aceitando suborno. Eu até brinco assim. Mas a diferença que faz um atendimento bem feito, que eu não me prendi a bater o pino dos trinta minutos, e eu vou além naquilo que o paciente precisa [...]. (Orquídea)

Então isso me motiva, né? Das pessoas que você atende, dos pacientes... Eu acho que desenvolvi muito, aprendi muito na parte de saúde mental, De psicopatologia, essa parte assim clínica, isso também me motiva. (Margarida)

A análise das entrevistas, demonstrou que os psicólogos se utilizam de algumas estratégias defensivas para ocultar e/ou minimizar a percepção da realidade que os faz sofrer,

podendo chegar ao mecanismo inconsciente da negação. No entanto, não foram identificadas estratégias que alterassem a OT, demonstrando que estas cumprem o seu papel de amenizar o sofrimento, mas não são duradouras, já que podem ser rompidas em função dos desgastes e/ou por algum evento que possa impactar a vida do trabalhador, fazendo com que o trabalho se torne fonte de adoecimento, gerando o sofrimento patogênico, visível nos psicólogos da AB. Além disso, notou-se uma condição alienante nos trabalhadores, apontando para o desgaste subjetivo. Diante desse contexto, a forma em que o trabalho está organizado precisa ser revisto, pois os profissionais são contratados para assumir uma alta demanda, mas com o discurso de que irá fazer “*apenas matriciamento em saúde*” e na prática, a atuação abarca atendimentos individuais, apoio a duas ESF, ações intersetoriais, visita domiciliar, práticas grupais, dentre outros. Tal situação indica que a gestão municipal precisa criar espaços de fala e escuta aos psicólogos com discussões acerca da remodelação da forma com que o trabalho vem sendo organizado.

5.4 Análise do grupo focal

Como pontuado na metodologia, segundo Minayo (2009), o grupo focal é um procedimento que serve para aprofundar o significado de determinado tema, no nosso caso, em especial, o prazer e o sofrimento no trabalho. A análise do grupo focal foi organizada por categorias, criadas a partir das atividades desenvolvidas durante o grupo, sendo elas: significados do trabalho; prazer e sofrimento no trabalho; alterações na organização do trabalho durante a pandemia e desejo de mudança. Assim, na condução do texto de análise utilizou-se de nomes fictícios, de países, sendo utilizados apenas os de gênero feminino, independente do gênero declarado pelo psicólogo participante a fim de preservar a identidade dos participantes, assim como feito com a análise das entrevistas.

5.4.1 Significados do Trabalho

A primeira atividade promoveu aquecimento ao grupo, com a proposta de que cada psicólogo escrevesse em um papel a palavra que lhe viesse à cabeça quando escutasse o termo ‘*trabalho*’. A ideia baseia-se na regra fundamental da associação livre de Freud (1976), a qual parte do princípio de que por meio da dinâmica associativa, conteúdos inconscientes podem surgir, permitindo aos participantes que pudessem atingir com maior facilidade a liberação de seus afetos, lembranças e representações. Apareceram as seguintes expressões: *se sentir útil*;

saúde mental; dedicação; realização (duas vezes); necessidade; função social; compromisso; construção; reflexão; doação constante; sobrevivência (duas vezes); acolher dores emocionais e registrar e rotina/responsabilidade.

Em seguida da atividade de associação-livre, a Eslovênia iniciou o debate, compartilhando suas reflexões: “*Coloquei a frase: acolher dores emocionais e registrar. Faz parte do meu trabalho registrar, se eu não registrar, meu trabalho não é reconhecido. Falo do registro no sistema*”. Note-se que, assim como apareceu nas entrevistas, os registros no sistema aumentam a carga mental, pois a partir deles, verifica-se o cumprimento da meta mensal pelo trabalhador, representando uma fonte de preocupação constante, gerando expectativa ansiosa, angústia, sofrimento e desgaste mental:

[...] é bem angustiante. Está tendo falhas de sistema nas unidades em vários dias, e a gente não dá conta de lançar, não dá tempo de lançar, tô lançando fora do prazo. Fica registrado, mas não é contabilizado. Tem que fazer de forma segura, estruturada, mas não tem tempo, a gente vai deixar o paciente esperando 15 minutos? Ou 10 minutos? Eu compartilho dessa sensação de trabalhar e não se reconhecer. (Argélia)

Sinto a necessidade de às vezes ter, eu sei que tem, mas de ser pontuada também pelo que não é registrado. A equipe dentro da unidade de saúde vê o tanto que a gente trabalha. Não sei se tem alguma avaliação, talvez não como avaliação, mas um registro mesmo, do tanto que somos participativos e do tanto que fazemos coisas que não conseguimos colocar nos prontuários, que a gente não consegue registrar. Esse mês mesmo, estou com a sensação de que só registrei metade do que eu trabalhei e não dá pra voltar atrás, procurando onde estão as anotações e registrar, eu anoto muita coisa, mas não dá tempo de registrar, fica essa lacuna. Estou com a sensação de que vou ser chamada a atenção, de que não estou trabalhando, sendo que estou me desdobrando. (Eslovênia)

Observa-se que a forma como o trabalho está organizado, provoca angústia nos psicólogos por sentirem que suas atuações são reduzidas a números, tendo a necessidade de reconhecimento por parte da gestão para além do quantitativo. Ademais, a apreensão de não conseguir registrar todos os procedimentos realizados é constante, gerando sentimentos de exaustão, insegurança, menos-valia e desamparo.

Na sequência, surgiu o debate acerca do trabalho como meio de sobrevivência, reforçando a centralidade deste na vida das pessoas, assim como aponta Antunes (2009) ao discorrer que no capitalismo, o trabalho assume caráter de moeda de troca, o que pode ser ilustrado nas falas a seguir:

Coloquei um outro ponto que acho que vem antes desse, o trabalho para mim é sobrevivência, e isso sempre permeia as nossas relações, se eu não tenho trabalho, não tenho onde morar, onde comer, onde dormir. A ameaça à sobrevivência está sempre colocada nessas relações de trabalho. (Bélgica)

Eu pensei como ela, a minha palavra foi necessidade, eu acho necessário o trabalho. Sem o trabalho não tenho acesso a nada, sem trabalho, estamos inseguros. (Grécia)

Pela necessidade de trabalhar, às vezes nos submetemos a coisas que não gostaríamos, por medo de ficarmos sem emprego. (Bélgica)

Concordo, às vezes vem um sentimento de humilhação, estudamos tanto e nem valemos muita coisa. (Eslovênia)

Compartilho do mesmo sentimento, de vulnerabilidade, impotência e medo de perder o trabalho. (Ruanda)

*Essa questão da sobrevivência vai diretamente para mim para a questão do instinto e do medo e isso é muito angustiante, o medo de que aconteça algo, justamente por essa questão. Pois são os registros que são pontuados, qualquer um lê, é como se fosse a minha marca. O termo que eu usei é muito romantizado, foi doação constante, questão de doar, mas um doar relacionado a troca, a um somatório, **justamente por essa questão do medo de que aconteça alguma coisa, então sinto uma necessidade gigante de ver como o outro trabalha e incorporar no modo que eu trabalho, para que eu faça a diferença.** É necessário o trabalho para que eu sobreviva, vai diretamente à questão do instinto, e em alguns momentos a gente passa a questão do medo. Já passei por isso é muito angustiante, o medo de que aconteça algo. Porque são por meio dos registros que o trabalho é pontuado, o trabalho fica aí para todo mundo ver, é como se fosse sua marca. É minha marca. A questão da sobrevivência e necessidade. (Suécia)*

Os sentimentos de medo e insegurança frente a possibilidade do desemprego e de que algo aconteça, faz com que o trabalhador se ajuste ao sistema de exploração, caminhando para o trabalho precarizado. Revela-se que para os psicólogos um dos significados do trabalho, é meio de subsistência, o que muitas vezes os dispõe a cumprir as exigências impostas pela gestão, ficando submissos, por conta do medo de serem prejudicados, o que gera sentimentos de humilhação, vulnerabilidade, impotência e desamparo e configura desgaste mental, podendo levar ao sofrimento patogênico.

Frente ao medo e à insegurança que geram sofrimento, alguns dos participantes revelaram as estratégias defensivas para aliviar tais sentimentos. Identificou-se que ocorre, por exemplo, a retribuição simbólica por meio do reconhecimento, o qual colabora para o processo de sublimação, transformando o sofrimento em prazer:

*Eu compartilho da questão do medo. Tem essa questão da doação, e tem esse sentimento de humilhação, e como eu saio disso? Eu saio disso romantizando, como diz a Suécia. **Eu ponho a questão da doação. Eu tenho uma frase que eu tenho pra me organizar, eu falo assim: são meus honorários de Cristo. Porque o salário em si, não dá. São meus honorários de Cristo e mais assim, tem o reconhecimento da equipe, e apesar de ter pacientes que não gostam, tem o olhar, o agradecimento, que faz parte desse pagamento.** Se não, não dava, nem emocionalmente, não daria para ficar. (Eslovênia)*

*Essa questão da gratidão é interessante. Esses dias, eu fui no banco e uma paciente me parou na fila do banco para agradecer um atendimento que eu fiz quando estava na outra unidade. **Foi gratificante, ela me reconhecer mesmo de máscara, com roupa diferente, é um sentimento gostoso que faz parte do trabalho.** (Malta)*

Mais adiante, a participante LÍbia reflete o quanto as pausas para o café amenizam a pressão gerada pelo trabalho, reforçando o que Dejours (2011) discorreu em relação a importância de a organização do trabalho propiciar certa autonomia para que o trabalhador consiga manejar os seus desejos e também as tarefas impostas pela instituição, tomando decisões que colaborem com sua saúde, bem como a importância do relacionamento interpessoal no trabalho, das relações afetivas. Apesar de reconhecer que as pausas são importantes para ela, afirma não conseguir fazê-las de forma continuada, justificando que possui uma rotina exaustiva de trabalho:

Quando eu entrei, isso de ser grato né, eu trabalhava só quatro horas, falei “eu não vou ali tomar um café, ficar na cantina 15 minutos, são só quatro horas”, daí minha colega virou pra mim e falou “se você não fizer isso, você vai adoecer”. E teve vários meses que não deu para fazer isso devido a rotina exaustiva, principalmente na pandemia. E quando dava para fazer, é aquela história tudo que tem fácil demais não tem valor, então quando dava para fazer, era uma maravilha. E ainda tem que cuidar do que fala no café, as pessoas têm visões diferentes, no momento do café. Às vezes a gente olhava no sistema, o paciente não chegou, tem 10 minutos, 10 minutos você toma um café, isso desafoga. Você se identifica com questões da vida, nada a ver com o trabalho, a gente se sente leve, tem uma leveza no ambiente, a gente se sente identificado, questões da vida de outra pessoa, agora sempre quando der, eu vou lá. (LÍbia)

Outro ponto destacado foi o da necessidade da cooperação no trabalho como fonte de alívio para sentimentos de sofrimento e desprazer no trabalho. Dejours (2011) aponta que o trabalho em equipe coopera para a construção de defesas coletivas contra o sofrimento. A seguir um trecho que exemplifica:

*[...] Mas pautado na questão do medo, eu gosto de observar e **incluir os outros profissionais na minha rotina de atividades**. Tive um caso difícil esses dias e chamei a enfermeira e falei “vem comigo”, eu não vou fazer o atendimento sozinha. Foi fantástico, senti alívio. (Suécia)*

A primeira atividade deste grupo, os significados do trabalho, revelou que o trabalho do psicólogo na AB aparece fortemente marcado como uma questão de sobrevivência, expressando uma sujeição à necessidade, em que o trabalhador vai perdendo a modalidade ‘bios’ (que se refere à vida política), ficando reduzido à modalidade ‘zoé’, à vida orgânica/biológica, a luta do homem contra a necessidade, ao processo do labor (MENEZES, 2012).

Embora cada psicólogo tenha um modo particular de sentir e pensar, houve o compartilhamento do sofrimento como significado do trabalho, de sentimentos em comum como medo, insegurança e angústia, principalmente em relação à disparidade entre a quantidade de trabalho realizado e o que se consegue registrar no sistema. A forma como o trabalho está organizado, exige do psicólogo atingir metas, com alta demanda, tarefas variadas, e em pouco

tempo, dificultando que este consiga lançar todo o trabalho feito nos sistemas informatizados, tendo a sensação de que o trabalho operacionalizado fica aquém do trabalho comprovado pelos números, o que gera sofrimento na direção do patogênico e ao desgaste mental, já no nível da fadiga, e na direção do desgaste simbólico, do desgaste da subjetividade (SELIGMANN-SILVA, 2011). Por outro, os trabalhadores relataram sentimentos de ser útil por meio do reconhecimento do trabalho pela equipe e pelos pacientes, em que o trabalho tem sentido como a função social de promover saúde mental, compromisso, reflexão, construção e acolher as dores emocionais, o que gera satisfação e transforma o sofrimento no trabalho em prazer. Tal aspecto, mostra que os psicólogos da AB estão afetivamente ligados a seu trabalho (FREUD, 1996), têm uma ligação erótica com o trabalho, e por isso o trabalho pode ser fonte de sublimação, de obtenção de prazer sexual de forma indireta.

Podemos dizer que a organização do trabalho do psicólogo da AB tende a criar condições para um impedimento da ação política. Menezes (2012) mostra que um dos aspectos das estratégias de poder na atualidade, é incidir sobre o sentido da vida, pois são formas de poder que atacam a vida, procurando reduzi-la a sua modalidade biológica, abalando a potência da experiência compartilhada que narra a história do sujeito e do coletivo. É uma estratégia política de controle e submissão que enreda o sujeito no seu campo libidinal, enredando-o no gozo.

5.4.2 Prazer e sofrimento no trabalho

Na segunda atividade, buscamos explorar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, solicitando aos participantes que escrevessem três pontos que consideravam sofrimento no trabalho e três pontos relativos ao prazer. Abaixo, segue o Quadro 5, com os pontos escolhidos pelos trabalhadores:

Quadro 5 – Uberlândia: sofrimento e prazer no trabalho dos psicólogos da AB do setor Sul da cidade de Uberlândia-MG, 2023

Sofrimento no trabalho	Prazer no trabalho
<ul style="list-style-type: none"> ● Internet, computador, sistema não funcionando adequadamente ● Falta de condições adequadas nas unidades de saúde para realizar o trabalho: sala sem privacidade acústica, sala de atendimento sem ventilação, falta de espaço para realização 	<ul style="list-style-type: none"> ● Interação com o paciente ● Interação com as equipes das unidades de saúde ● O sistema, internet e o computador funcionando adequadamente

<p>de grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cumprimento de metas 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Sensação de medo ● Alta demanda de pacientes, agenda muito cheia, quando o paciente falta ● Comentários e/ou fofocas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabalho em equipe ● escutar, entender a história de vida do paciente nos atendimentos ● observar e pontuar as trocas, o compartilhamento das experiências de vida entre os pacientes nos grupos
<ul style="list-style-type: none"> ● Excesso de trabalho ● Lidar com prazos e metas ● Lidar com a frustração do paciente quanto ao serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trocas com os pacientes ● Ações conjunta com outros profissionais ● Momentos que me vejo aprendendo e crescendo como profissional
<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de tempo ● Excesso de demandas/burocracias ● Falta de reconhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ouvir histórias de diferentes realidades ● Poder compartilhar entre pares ● Ver evoluções dos pacientes
<ul style="list-style-type: none"> ● Demandas desafiadoras ● Paciente não aderir ao tratamento ● Tempo de atendimento curto, retorno longo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajudar o próximo ● Carga horária ● Capacitações
<ul style="list-style-type: none"> ● Baixo salário ● Metas ● Quando não consigo fazer um bom trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> ● Troca entre colegas ● Estar com a população ● Quando consigo fazer um bom trabalho
<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de tempo no trabalho ● Número excessivo de pacientes ● Limitação na condução de alguns casos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fazer a diferença ● Interagir com a equipe ● Me pedirem ajuda
<ul style="list-style-type: none"> ● Má remuneração ● Cobrança de metas, muitas vezes inalcançáveis ● Quando alguma atividade planejada não sai como esperado 	<ul style="list-style-type: none"> ● Socializar com a equipe de trabalho ● Reconhecimento dos pacientes, ver a melhora dos pacientes ● Quando o planejamento dá certo, quando acontece as atividades planejadas
<ul style="list-style-type: none"> ● Pouco tempo para realizar todas as demandas cobradas ● Carga horária insuficiente diante das atividades a serem exercidas ● Falta de espaço físico, espaço próprio para o psicólogo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecimento na profissão ● Sensação de estar conseguindo auxiliar alguém num momento de fragilidade emocional ● Tempo de diálogo com a equipe multiprofissional.
<ul style="list-style-type: none"> ● Quando a equipe não realiza o que foi combinado ● A quantidade de alinhamentos necessários com todos os profissionais ● Quando as equipes das unidades de saúde reclamam dos psicólogos 	<ul style="list-style-type: none"> ● alinhamentos nas reuniões ● Ver que a equipe está indo junto, engajada e motivada ● Acolher e realizar um bom atendimento ao paciente
<ul style="list-style-type: none"> ● Recursos para realizar o trabalho ● Limitações mentais 	<ul style="list-style-type: none"> ● As relações de trabalho ● Aprendizados

<ul style="list-style-type: none"> ● Gestão/metapas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compartilhamentos
<ul style="list-style-type: none"> ● Questões administrativas ● Pressão ● Interesses verticais (ordens dos superiores diretos) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Conversas ● Convivência ● Desafios
<ul style="list-style-type: none"> ● Desvalorização profissional ● falta de tempo ● Realizar funções que são inerentes a profissionais de outras áreas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajudar o próximo ● Compartilhamento com a equipe ● Relações pessoais
<ul style="list-style-type: none"> ● Salário injusto ● Impotência diante de certas situações das histórias de vida das pessoas ● Falta de reconhecimento do serviço, medo, priorização das metas e protocolos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exercendo meus dons ● Relacionamento com a equipe ● Acolher o sofrimento do outro
<ul style="list-style-type: none"> ● Baixo salário ● Falta de tempo ● Alta demanda 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecimento dos pacientes ● Atendimento Individual ● Aprendizado constante
<ul style="list-style-type: none"> ● Desvalorização da profissão pelos colegas de outras áreas ● Salário menor do que de outras profissões de ensino superior ● Sensação de precisar mostrar resultados nos registros e em pouco tempo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Conviver e trabalhar com diferentes pessoas ● Conhecer e participar da vida dos pacientes ● Perceber a evolução dos pacientes

Fonte: As autoras.

A partir do quadro acima, em relação ao que consideram como prazer no trabalho, podemos observar que, à exceção de dois participantes, todos fazem referência aos pacientes seja pelo reconhecimento do trabalho prestado seja pela interação, acolhimento do sofrimento ou evolução do caso, bem como todos fazem referência às relações com a equipe, além do aprendizado e crescimento profissional. O diálogo em torno das vivências de prazer, foi breve. Seguem algumas falas abaixo:

A energia do prazer é mais gostosa, eu considero que poder exercitar meus dons, acolher sofrimento do outro, e o relacionamento com a equipe, eu considero prazeroso. (Argélia)

*Eu coloquei como prazer o fazer a diferença, porque realmente alguns pacientes chegam na gente e agradecem e até reproduzem algumas falas. **Interagir com a equipe, dá uma sensação de prazer** e quando reconhecem algum ponto meu e me pedem ajuda em algum caso, em relação a equipe também, sinto que são pontos positivos. (Indonésia)*

Como prazer, eu coloquei uma coisa diferente, quando planejamos algo e dá certo, sinto prazer. (Albânia)

De prazer, eu coloquei o desafio, por exemplo de casos complexos, eu gosto, me instiga, me estimula, a gente pesquisa, mas ao mesmo tempo, cansa, pois estamos sobrecarregados. (Georgia)

Então, eu julgo como prazer no trabalho a interação com o paciente, com as equipes e quando o sistema, a internet e o computador estão funcionando adequadamente. (Eslovênia)

Silva (2019) discorre em sua pesquisa que os psicólogos apontaram as relações interpessoais e suas nuances como critério para avaliar a presença e ausência de sofrimento, indicando suas relações interpessoais como conturbadas, sem cooperação, integração e parceria. No entanto, os profissionais de psicologia deste estudo, indicaram suas relações interpessoais com a equipe como motivo para satisfação no trabalho. Além disso, demonstraram ligação afetiva com seu trabalho, em especial, por seu desempenho profissional, pelo sentimento de ser útil, podendo ajudar pacientes e fazendo a diferença na vida deles, como foi visto nas falas anteriores.

Já em relação ao sofrimento no trabalho, o grupo compartilhou suas vivências, sendo alguns pontos em maior frequência, como: o excesso de demandas, o tempo curto, as burocracias, o baixo salário, o cumprimento de metas e a falta de reconhecimento e desvalorização do trabalho do psicólogo, enfatizando que há uma distância grande entre a organização do trabalho prescrita, aquela idealizada pela instituição, e a organização do trabalho real, aquela operacionalizada pelos psicólogos, causando sofrimento patogênico nos trabalhadores. Os profissionais expõem que a alta demanda é potencializada pelo fato de serem referência para duas unidades de saúde, o que aumenta as cargas de trabalho, acelera o ritmo de trabalho, o que gera sobrecarga e desgaste mental, como pode ser ilustrado pelos relatos abaixo:

Tem uma questão, a de trabalhar em duas unidades, se trabalhássemos em uma só, conseguiríamos fazer o que é pedido com mais tranquilidade. O tempo é curto, mas se fosse uma unidade só, daria para respirar. Trabalhar em duas unidades por 4 horas, é fazer milagre. (Albânia)

Eu sinto que a demanda é muito grande, são muitos pacientes, alguém fala sabe aquela família? Não, não sei. É muito público, as unidades estão reclamando que o público aumentou, imagina para a gente que isso é dobrado, é pesado. (Eslovênia)

A falta de tempo, isso sempre me incomodou, é um sofrimento para mim, é um tempo muito pouco, [...] não tem como a gente trabalhar 4 horas, devido ao número grande de pacientes. As limitações na condução de alguns casos. Por exemplo, um autismo de baixo risco, às vezes sabemos que ele precisava de um acompanhamento mais frequente, mas não conseguimos, não temos tempo. (Indonésia)

Em relação a essa questão de não conseguir cumprir a demanda. Num dia de sexta-feira, ou terça-feira, você vê lá: 5 acolhimentos e 3 retornos, você pensa como que vou conseguir, mas em alguns momentos não dá, você não tem tempo para respirar, e é assim, literalmente. (Suécia)

Os sentimentos de insegurança, medo, angústia e apreensão são demonstrados nos relatos abaixo em que apontam que o lidar com as metas, lançamentos e protocolos geram insatisfação e sofrimento:

O próprio medo, a priorização de metas, dos protocolos, de você não lançar, dessas falhas, dá uma angústia, você faz, mas não prova, dá muita angústia e o medo constante. (Argélia)

Por outro lado, me causa sofrimento quando a internet e computador não estão funcionando adequadamente, é tenebroso, pois não tem como lançar a produtividade. (Eslovênia)

De sofrimento, eu coloquei as metas, os lançamentos, é muito chato, a gente não quer fazer, gera pressão pela quantidade de casos que você atende e às vezes uma incapacidade de lidar com todos eles. Interesses verticais, demandas rasgadas que vem em cima de você e você tem que parar o que você está fazendo para resolver aquilo na hora, eu não gosto, mas não tem o que fazer. (Georgia)

Assim como nas entrevistas, a questão salarial aparece como fonte de sofrimento, evidenciando a alta produtividade e baixa remuneração, que se revela como desmerecimento e não reconhecimento do trabalho, levando o sujeito o sentimento de desamparo e solidão, expressões do mal-estar contemporâneo no campo do trabalho como o desgaste da subjetividade (MENEZES, 2020), o que pode ser ilustrado pelo textual a seguir:

Em termos de sofrimento, me fica ecoando a fala de uma colega dizendo que valemos meia manicure, não desfazendo do serviço da profissional, mas se formos pensar, uma unha dura uma semana, e às vezes você acolhe uma pessoa, mantendo um padrão de atendimento, a pessoa pode levar uma fala nossa para o resto da vida. [...] Então, essa questão do salário, incomoda muito. Essa semana, conversando com um amigo meu, uma trainee de psicologia numa multinacional estava ganhando R\$ 5.000,00 e a gente aí com longo trajeto, eu sinto até vergonha de falar, eu não falo para ser sincera, me incomoda bastante, um salário que você sabe que não paga um aluguel. (Argélia)

Note a marca de sobrevivência no significado do trabalho, expressa na fala de Argélia, o aspecto da subjetividade do trabalho, em que o psicólogo vai perdendo a modalidade ‘bios’, a ação política, ficando reduzido à modalidade ‘zoé’, o trabalho reduzido a luta do homem contra a necessidade. “Incomoda bastante”, mas “para ser sincera” “eu não falo”. Não há espaço de escuta. Lembremos que, a partir da regra técnica da associação-livre, na primeira atividade do grupo, o sofrimento surgiu espontaneamente como significado do trabalho.

5.4.3 Alterações da Organização do Trabalho na pandemia da Covid-19

Ramos (2020) explica que o contexto da pandemia fez com que os profissionais de saúde remodelassem as suas habilidades e competências a fim de atender às demandas do momento,

sendo que as condições e a alta carga de trabalho e responsabilidade culminaram no aumento do estresse e risco para a saúde destes profissionais. Assim, buscando compreender as alterações na organização do trabalho em decorrência da pandemia da Covid-19, a terceira atividade se baseou em discussões realizadas no grupo, em que a pergunta norteadora foi: *O que a pandemia alterou no seu trabalho?* Observou-se que devido ao momento pandêmico, as atividades até então realizadas foram suspensas ou adaptadas, como pode ser notado no relato abaixo:

Tiveram alguns psicólogos que entraram em 2021 e não passaram pelo primeiro impacto em 2020 quando teve as alterações. A realidade foi muito desafiadora, desfalques em todos os lugares. Tinham decretos municipais que determinavam qual alteração nos atendimentos: primeiro foram suspensos os grupos e atendimentos individuais, todas as atividades que a gente realizava. Como vamos cuidar dos pacientes, se o que a gente faz não pode ser realizado? Dava angústia. Daí surgiu a possibilidade da teleconsulta e atendimento breve. Agora imagina, a quantidade de pessoas, por exemplo: imagina os pacientes que vinham em grupo, passaram a vir individualmente. Foi um período bem desafiador, profissional afastando, entrando e saindo, o espaço, mudança de estrutura, ter que sair do local. Vários atravessamentos. Agarramos nas teleconsultas e atendimentos breves para tentar manter mais ou menos estável. Não podia contar com CAPS, questão de equipe, não podia grupos. Hoje em dia acho que deu certo. Tinha a sensação de estar tentando lutar com touro bravo que estava muito acelerado. (Botswana)

Foi compulsório aos psicólogos o uso de novos instrumentos ou técnicas de trabalho para dar conta de enfrentar a demanda de atendimento. Uma das ferramentas era a de teleconsulta, na qual o profissional utilizava o telefone da própria unidade de saúde para fazer acolhimentos e acompanhamentos de pacientes. Não houve aquisição de sistemas de teleconsulta e/ou aparelhos que permitissem videochamadas, limitando o profissional aos recursos já existentes. Além disso, alguns profissionais apontaram que a teleconsulta era insuficiente para sua atuação, sentindo-se limitados, atacando o vínculo afetivo com o trabalho, como desnudam as falas a seguir:

A gente passou a trabalhar por teleconsulta, e eu odeio teleconsulta. Parece que não consegue desenvolver o caso, não entende, às vezes é ligação ruim, dicção complicada. Às vezes você ficava 20 minutos tentando falar com a pessoa, eu comparo com o telemarketing. (Georgia)

Também odeio teleconsulta, mas foi o que a gente fez. (Ruanda)

É mais difícil puxar a pessoa pelo telefone, sem ser cara a cara, muito difícil, mas não tinha outra escolha, era angustiante. (Malta)

Não tem como observar as reações e feições do paciente pelo telefone, ao menos se tivesse chamada de vídeo. Foi tempos difíceis, em que a gente não acreditava no trabalho. (Líbia)

Tinha adolescentes monossilábicos, não aderiu a teleconsulta. (Eslovênia)

As teleconsultas, eu achei importante para os pacientes, por eles saberem que foram lembrados, que tem uma equipe ali. Contudo, não desenvolvia os atendimentos, pois não tinha recursos tecnológicos, era só o telefone da unidade, não tinha videochamadas. Os jovens não aderiram. (Suécia)

Mesmo não gostando e/ou não concordando com a eficácia da teleconsulta, o psicólogo se viu diante de um contexto que o limitava nas tomadas de decisões, sentindo descrença e angústia. O trabalho ficava sem sentido. Isso afeta a subjetividade (SELIGMANN-SILVA, 2011; ANTUNES, 2007) Além disso, houve alterações no espaço físico das unidades, já que estas precisaram se adaptar para dar assistência à população, havendo mais compartilhamento de espaços, o que potencializou o sentimento de medo, angústia, impotência e desamparo frente a possibilidade de contaminação:

O primeiro ano foi muito difícil, lá na minha unidade, a sala que usava era a mesma sala da equipe multi e ACS, é uma sala 2x2, bem pequena. Agosto e setembro, aquele bafo, aquele calor. Todo mundo com medo, pior vírus, aquela variante pulmonar, quatro pessoas juntas. Tem gente que não tem tanto receio, usa máscara no queixo, colega de trabalho. E receber as famílias, eu ficava ansiosa, com medo. Eu saí dali e fui fazer um teste. Eu pensava, o que que eu faço? Era um medo da contaminação. Chegava segunda-feira e você ouve “a fulano tá com Covid”, nossa e eu tava com ele sexta-feira. Paciente com Covid que conseguia furar o esquema do atendimento, e você via no prontuário que ele estava com Covid. Isso não foi só comigo, todas as áreas, paciente portando vírus e buscando atendimento. E o relacionamento entre a equipe, pessoas tirando as máscaras, a gente tendo notícias de pacientes jovens internados. Para mim foi bem complicado. (Argélia)

Cheguei em 2021 e assumi um risco junto com a equipe e fiz muitos atendimentos presenciais. Assumi o risco. Meu cabelo virou uma bucha, pegava o álcool líquido e fazia assim no ar, tomava banho... chegava em casa, minha filha já tinha um álcool e jogava em mim e falava “banho”. Teve toda essa tensão e medo. Principalmente a sala multi era usada para isolamento e testagem. A sala que a gente tava usando e tinha que sair. Ficava sem lugar. Indicava pra gente ir para outro lugar. Tudo bem atender na praça, até muito mais prazeroso, mas ficava em aberto essa questão de lançamento e de acesso ao prontuário de paciente. (Eslovênia)

O medo e a responsabilidade no desempenho profissional andaram juntos, causando sentimentos ambivalentes entre os profissionais de saúde, assim como discorrem Ribeiro, Vieira e Naka (2020), ao pontuarem que apesar do protagonismo vivenciado pelos profissionais de saúde durante a pandemia, a pressão para manejar as demandas profissionais e familiares, o medo, e até os sentimentos de dúvida sobre sua atuação profissional, resultou em uma maior pressão de trabalho. Também foram relatados o sentimento de solidão frente algumas demandas, por não terem espaço de compartilhamento do sofrimento, de escuta:

Uma questão que é um desafio pra mim continua sendo da psicofarmacologia, quando chegava paciente com sintoma agudo de ansiedade e a gente ia fazer discussão de caso com médico sobre medicalização. A gente precisa. É angustiante. O meu trabalho sozinho não vai oferecer uma melhora. Eu sentia essa necessidade do compartilhamento de cuidados, vivenciamos momentos de solidão. (Suécia)

Uma participante do grupo, discorreu que apesar das dificuldades ocasionadas pela pandemia, as restrições necessárias para a contenção da doença, permitiu que ela tivesse mais tempo para lidar com suas atividades com mais tranquilidade:

Eu compartilho dessas dificuldades da pandemia, mas por outro lado, devido as restrições, fui sentindo também que tinha mais tempo de fazer as coisas, conseguia respirar um pouco mais, fazer uma visita mais demorada, uma teleconsulta com mais tempo de fazer. Foi um tempo que deu pra respirar. Agora que voltou, essa questão do tempo e de ser um trabalho de muita responsabilidade, de um trabalho que fica marcado pra pessoa. Tem caso muito sério e você pensa “tem 30 min pra atender essa pessoa porque tem 5 esperando”. Acho que na pandemia, dava para respirar, dava pra ter um pouco mais de tempo com os casos que chegavam. (Malta)

As alterações das atividades dos psicólogos durante a pandemia, colaboraram para que os profissionais sentissem solidão, medo, angústia, sentimento de desamparo (FREUD, 1996), e despreparo frente a nova organização do trabalho. Tais sentimentos culminaram em sofrimento patogênico e desgaste mental dos trabalhadores. Apenas um psicólogo evidenciou sentimento de alívio e situações de prazer, que minimizaram as cargas mentais.

5.4.4 Desejo de mudança

A quarta e última atividade propôs que o grupo escolhesse algo para mudar em relação ao trabalho. Primeiramente, utilizou-se um boneco, o qual foi passando de mão em mão, a fim de que cada participante refletisse o que desejava mudar em seu trabalho. Posteriormente, foi aberta a discussão de modo que os participantes chegassem a um único desejo que representasse o grupo de forma coletiva. Unanimemente, as pessoas falavam ao mesmo tempo dizendo que o desejo era de que aumentasse o salário:

Precisamos de equidade com o salário da assistente social. (Suécia)

Todas as categorias ganham mais. (Bélgica)

Eles não acreditam quando falamos o que a gente ganha. (Argélia)

A equidade e valorização financeira, sempre quando fala da empresa, eu acho que é contraditório, fala da equidade e da saúde financeira. Não vejo isso na equipe multi. Essa é minha denúncia, agora pode me mandar embora. (Eslovênia)

A moderadora do grupo indagou se alguém havia pensado algo diferente e todos responderam que “não”. Fica claro que a retribuição financeira, embora não seja a única fonte de reconhecimento, faz com que os psicólogos deste grupo se sintam desvalorizados, mal remunerados, comparando-se, constantemente, a outros profissionais das equipes de saúde,

trazendo sentimentos de menos-valia, o que causa sofrimento. Além disso, o baixo salário e a alta demanda evidenciam a precarização no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta geral desta pesquisa em SMRT, foi analisar a OT dos psicólogos da Atenção Básica (AB) em saúde de Uberlândia, em meio à pandemia da Covid-19, buscando caracterizar as percepções subjetivas dos psicólogos sobre suas vivências no trabalho, bem como investigar as relações de prazer e sofrimento no trabalho. Para tanto, dialogamos na interface com a saúde do trabalhador, a sociologia, a psicologia e a psicanálise, tendo como pano de fundo o neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. Procuramos responder como o trabalho do psicólogo da AB está organizado? E quais são os efeitos da organização do trabalho na sua saúde mental?

A análise da organização do trabalho dos psicólogos da AB do setor sul de Uberlândia revelou que os psicólogos estão expostos a riscos para saúde mental que levam ao desgaste mental e ao sofrimento patogênico. As metas de produtividade desempenham um papel central na maneira como o trabalho do psicólogo está organizado, de modo que a OT informal, o trabalho realizado, está muito aquém da OT formal, o trabalho prescrito. A forma de gestão do trabalho por metas, expressão do neoliberalismo, tende a retirar o controle do trabalhador sobre seu trabalho, procurando assim, controlar suas identidades e seus corpos, naturalizando a sobrecarga de trabalho.

A multiplicidade de tarefas, a alta demanda e metas impostas pela gestão, interferem significativamente nas cargas e ritmo de trabalho, o que resulta em sobrecarga de trabalho e pressões. O tempo insuficiente para realizar o trabalho foi apontado como motivo de sofrimento dos psicólogos por gerar conflitos entre o trabalho que realizam e o trabalho que conseguem registrar no sistema, os números, ou seja, a meta que exigem deles. A carga horária estipulada não é compatível para o trabalho prescrito, bem como o número de trabalhadores é insuficiente para as demandas existentes. Soma-se a isso, as condições precarizadas de trabalho, como a falta de viaturas para visitas e de salas adequadas para atendimento psicológico; iluminação e ventilação inadequadas e a ausência de recursos materiais, inclusive de EPI's em momentos críticos da pandemia da Covid-19. Esse quadro gerou irritabilidade, expectativa ansiosa, ansiedade, medo, angústia, sentimento de humilhação, impotência e desamparo, cansaço, estresse, fadiga, desgaste da subjetividade e sofrimento patogênico.

Os profissionais de psicologia relataram que sentiram medo de contrair a doença e também de serem um agente transmissor para seus familiares, o que intensificou sobremaneira o sofrimento dos trabalhadores. No momento de pico da pandemia, a OT dos psicólogos foi alterada: os atendimentos presenciais foram direcionados para teleconsulta, sem suporte

adequado de telefone e outros equipamentos necessários; alguns atendimentos presenciais continuaram, mas sem treinamento específico em relação a melhor forma de executá-los; realizaram tarefas de outras categorias profissionais, como o controle de entrega de receitas médicas; algumas salas que eram utilizadas pelos psicólogos foram compartilhadas para fazer exame de Covid-19, gerando muita insegurança, medo, angústia e sentimento de desamparo. Este estudo mostrou que a pandemia potencializou os riscos para a saúde mental dos psicólogos.

No que diz respeito às vivências de prazer e sofrimento no trabalho, foi possível demonstrar que os psicólogos têm prazer na relação com os pacientes, sentindo-se úteis por meio do reconhecimento do trabalho pelos pacientes e pela equipe, obtendo satisfação nessas relações, além do aprendizado e crescimento profissional. Aqui está um dos significados do trabalho para o psicólogo da AB: *função social*. O trabalho tem sentido para eles. Existe ligação afetiva com o trabalho, portanto, ele pode ser fonte de sublimação, de saúde. Entretanto, há outro significado do trabalho que toma acentuado relevo: *sofrimento*, fruto do excesso de demandas, do tempo curto, do ritmo acelerado, das burocracias, do cumprimento de metas, da sobrecarga de trabalho, da falta de reconhecimento, instabilidade do vínculo empregatício, do baixo salário e desvalorização do trabalho do psicólogo. O salário é compreendido como forma de retribuição para os trabalhadores. A remuneração proposta para o desempenho das funções esperadas pela gestão, tem gerado material e simbolicamente sentimento de insegurança, vergonha e não reconhecimento pela sua profissão. Esse quadro reflete pressões fixas, rígidas que levam a repetição, frustração, aborrecimento, cansaço, sentimento de humilhação, impotência e desamparo e desgaste mental.

Em relação à alta demanda, há que se considerar que é potencializada pelo fato de cada psicólogo ser referência para duas unidades de saúde. O lugar do psicólogo na AB ainda se mostra instável e obscuro, pois na teoria é visto como um profissional de apoio que contribuiria para o suporte técnico-pedagógico das equipes das unidades de saúde, mas no cotidiano, a instituição exige que o profissional atue como membro das equipes.

O trabalho aparece fortemente marcado como meio de sobrevivência, reforçando a centralidade deste na vida dos psicólogos. Porém, os sentimentos de medo e insegurança frente a possibilidade do desemprego e de que algo aconteça, faz com que o trabalhador se ajuste ao sistema de exploração, caminhando para o trabalho precarizado. Assim, o psicólogo vai expressando uma sujeição à necessidade, em que vai perdendo a modalidade '*bios*', ficando reduzido à modalidade '*zoé*', à vida biológica, a luta do ser humano contra a necessidade. Esta pesquisa revelou que a organização do trabalho do psicólogo da AB tende a criar condições para um impedimento da ação política, em que o modo de gestão se refere a uma forma de poder

que ataca a vida, incidindo sobre o sentido da vida, o que abala a potência da experiência compartilhada que narra a história do sujeito e do coletivo. Trata-se de uma estratégia política de controle e submissão que enreda o sujeito no seu campo libidinal.

Frente às vivências de sofrimento, os psicólogos se utilizam de algumas estratégias defensivas, como a da adaptação e do silenciamento da consciência e da ética, na tentativa de se ajustarem às pressões e cargas de trabalho, procurando evitar o desprazer e assim, aliviar o sofrimento e minimizar a percepção da realidade que lhes faz sofrer, utilizando inclusive a negação. Observou-se uma tentativa de mobilização coletiva, como uma estratégia defensiva frente a alta carga de trabalho, a partir da proposta do aumento da carga horária para que pudessem cumprir as metas de trabalho, mas foi sem resultados, situação que ilustra uma estabilidade psíquica artificial, já que é alienante do sujeito e não provoca mudanças no contexto de trabalho. Não foram identificadas estratégias de defesa que alterassem a OT, revelando que tais estratégias amenizam o sofrimento, mas não são duradouras e são rompidas em função dos desgastes do psicólogo, o que impede a transformação do trabalho em fonte de prazer e, nesse sentido, em sofrimento criativo.

Foi possível demonstrar a hipótese inicial desta pesquisa de que as condições e a organização do trabalho dos psicólogos da AB, do Distrito Sul da cidade de Uberlândia, em meio à pandemia, levariam ao sofrimento patogênico e ao desgaste mental, bem como intensificariam as cargas de trabalho, em especial, a carga psíquica nos momentos de pico pandêmico da Covid-19.

Note-se que a pesquisa de Silva, finalizada em 2019, que investigou a organização do trabalho dos psicólogos da AB de Uberlândia, revelou que o sofrimento vivenciado pelos psicólogos já se tornara patogênico. Neste estudo, a maioria dos participantes eram concursados da rede municipal de saúde, apontando esta característica como ponto de satisfação, já que possuem um plano de carreira, estabilidade no emprego, dentre outros benefícios. Contudo, tais trabalhadores foram remanejados para outros serviços municipais, sendo que atualmente todos os psicólogos da AB deste município são vinculados a organizações sociais. Assim, o que na pesquisa de 2019 era considerado como ponto de satisfação e prazer no trabalho, neste estudo, revela-se como ponto de insatisfação e desprazer, em especial, pelo baixo salário, insegurança e medo do desemprego, o que nos remete à precarização estrutural do trabalho na contemporaneidade que flexibilizou os vínculos trabalhistas, fazendo com que os trabalhadores fiquem desprotegidos e expostos ao aumento da exploração de sua força produtiva.

Os resultados desta pesquisa serão compartilhados com os psicólogos da AB, bem como serão disponibilizados para a gestão municipal e para o CRP-04. Sugerimos que a Organização

do Trabalho do psicólogo da AB seja revista e que a gestão municipal crie espaços de escuta para que os psicólogos falem sobre como o trabalho está organizado e as mudanças que podem ser alinhadas para o replanejamento do trabalho e ações preventivas para a saúde dos trabalhadores, procurando extinguir ou diminuir os riscos para saúde mental, de modo que o trabalho, que tem sentido para eles, possa ser mais fonte de saúde, sublimação e transformação do sofrimento que um trabalho adoecedor. A Saúde do Trabalhador nos alerta de que o que deve ser mudado é o trabalho e não o trabalhador.

REFERÊNCIAS

- AGUILERA, S. L. V. U.; FRANÇA, B. H. S.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, jul. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000400010>. Acesso em: mar. 2023.
- ALVIM, M. B. A relação do homem com o trabalho na contemporaneidade: uma visão crítica fundamentada na gestalt-terapia. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 122-130, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: fev. 2023.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; FONSECA, C. D. da. A estratégia de saúde da família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-101.
- ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Bomtempo, 2005.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Bomtempo, 2007.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ARAÚJO, M. R. M. de; DE MORAIS, K. R. S. Precarização do trabalho e o processo de derrocada do trabalhador. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v20n1/a01v20n1.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2022.
- ARAÚJO, R. R.; SACHUK, M. I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão**, v. 14, n. 1, p. 53-66, 2007.
- ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R.; KOERICH, M. H. A. L.; WINCK, D. R.; MEIRELLES, B. H. S.; MELLO, A. L. S. F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 169-173, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RGjRnvjbyMstF7VF6wtr7LD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2022.

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.

BAPTISTA, P. C. P.; LOURENÇÃO, D. C. A., SILVA-JÚNIOR, J. S.; CUNHA, A. A.; GALLASCH, A. H. Indicadores de sofrimento e prazer em trabalhadores de saúde na linha de frente da Covid-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, e3555, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5707.3519>. Acesso em: jan. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico USF**, v. 8, n. 1, p. 63-70, jun. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000100009>. Acesso em: nov. 2022.

BATISTA, A. Processos de trabalho da manufatura à maquinaria moderna. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 118, p. 209-238, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000200002>. Acesso em: 7 ago. 2022.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2022.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: P. F. BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 03-21.

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, 2006. p. 17- 40.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 mar. 2022.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

BOCK, A. M. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologia**. 2. ed, São Paulo: Saraiva, 2019.

BOCK, A. **Psicologia e compromisso social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. 1ª **Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: MS, 1986b. Disponível em: <https://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts1.pdf>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. Brasília: MS, 1986a.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

. Acesso em: 27 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012**.

Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Brasília: CNS, 2012c. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 jan. 2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 4.119, de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília: Presidência da República, 1962. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14119.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%204.119%2C%20DE%2027%20DE%20AGO%20DE%201962.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20os%20cursos%20de,regulamenta%20a%20profiss%C3%A3o%20de%20psic%C3%B3logo.&text=Art.,de%20bacharelado%2C%20licenciado%20e%20Psic%C3%B3logo. Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Acesso em: 22 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 22 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Previdência Social. **Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016**. Brasília: MF, 2017a. Disponível em:

<http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>. Acesso em: 04 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social**. Brasília: MF, 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/outros/imagens/2017/11/beps17.09.pdf>. Acesso em: jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Brasília: MS, 2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. 1. ed. Brasília: MS, 2013. 173 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.

Acesso em: 18 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: MS; 2014. (Caderno de Atenção Básica, nº 39). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria2437.pdf>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: MS, 2012b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20e%20da%20Trabalhadora.&text=Considerando%20a%20necessidade%20da%20defini%C3%A7%C3%A3o,Art. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: MS, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: MS, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017c. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília: MS, 2020b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: MS, 2012a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/@download/file>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.679, de 18 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: MS, 2002. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_1679.pdf. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.516, de 21 de setembro de 2020**. Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da COVID-19. Brasília: MS, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.516-de-21-de-setembro-de-2020-278695720>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 4 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas [...]. Brasília: MS, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41). Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/caderno-atencao-basica-41-saude-trabalhador-trabalhadora>. Acesso em: 7 dez. 2018.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona: O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?** Brasília: MS, 24 nov. 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: MS, 2011a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASÍLIA. **Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores**, 1. 1 a 5 de dezembro de 1989, Brasília. Relatório Final. Relator geral: Austregésio Barbosa. Relatores: Amélia Cohn, Antonio Alves de Souza, Cristina Albuquerque Possas, Everardo Duarte Nunes, Paulo Roberto Gutierrez e Vicente de Paula Faleiros. Brasília: CNST, 1989. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-1a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 19 fev. 2022.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: a aplicação e perspectivas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 259-264, 2009 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19. Acesso em: fev. 2023.

CAMPOS, E. B. V. Considerações sobre as implicações das diretrizes curriculares na formação do estagiário em Psicologia. **Psicol. Ensino & Form.**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 100-118, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612013000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2022.

CAMPOS, G. W. de S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, p. 148-168, abr. 2012. Disponível em: https://www.gastaowagner.com.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=20&id=8&Itemid=1000000000000. Acesso em: 28 out. 2022.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: mar. 2022.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARDOSO, M. de C. B.; ARAÚJO, T. M. de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, e7, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8Bs9cytR3gzdHcrGMb98Nyt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2022.

CECÍLIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 8, e00056917, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWCKDqZhrJN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2022.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **CensoPsi 2022: CFP divulga os resultados da maior pesquisa sobre o exercício profissional da Psicologia brasileira**. Brasília: CFP, 2022.

Disponível em: <https://site.cfp.org.br/censopsi-2022-cfp-divulga-os-resultados-da-maior-pesquisa-sobre-o-exercicio-profissional-da-psicologia-brasileira/>. Acesso em: jan. 2023.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: dez. 2022.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde**. 1. ed. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2019/11/RT-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-2019.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP Nº 003/2007**. Institui a Consolidação das Resoluções do Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/02/resolucao2007_3.pdf. Acesso em: 28 fev. 2022.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022**. Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde. Brasília: CFP, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-17-de-19-de-julho-de-2022-418333366>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº 4, de 26 de março de 2020**. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Brasília: CFP, 2020. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020>. Acesso em: 28 fev. 2022.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVI, R. S.; DOMÍNGUEZ, A. R.; ARAÚJO, M. V.; FRANCO, E. M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: relatos distantes do SUS. *Act.Psi*, José, San Pedro Montes de Oca, v. 30, n. 120, p. 71-83, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i120.19836>. Acesso em: 29 fev. 2022.

DE LUCCA, S. R. Saúde, saúde mental, trabalho e subjetividade. *R. Laborativa*, v. 6, n. 1 (esp), p. 147-159, abr. 2017. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>. Acesso em: 04 set. 2022.

DECLARAÇÃO de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Alma Ata, 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Addendum. *In*: LANCMAN, S.; SNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours**: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3. ed. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 57-123.

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. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do manager? *In*: MACÊDO, K. B.; LIMA, J. G. L.; FLEURY, A. R. D.; CARNEIRO, C. M. S. (Orgs.). **Organização do trabalho e adoecimento**: uma visão interdisciplinar. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2016. p. 317-331.

DEJOURS, C. **Por um novo conceito de saúde**. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, 1986. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5751578/mod_resource/content/0/Por%20um%20novo%20conceito%20de%20saude%20DEJOURS.pdf. Acesso em: 8 set. 2022.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/V76xtc8NmkqdWHd6sh7Jsmq/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2022.

DEJOURS, C. Sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.). **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 119-145.

DEJOURS, C.; DERANTY, J-P. **The Centrality of Work**. *A Journal of Philosophy and Social Theory*, [s. l.], v. 11, p. 167-180, 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1558/crit.v11i2.167>. Acesso em: 8 set. 2022.

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>. Acesso em: fev. 2023.

DRUCK, M. G. **Terceirização**: (Des)Fordizando a Fábrica: um estudo do complexo petroquímico da Bahia. São Paulo: Boitempo, 1999.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

FERMINO, J. M.; PATRÍCIO, 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, dez. 2009.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2022.

FERREIRA, A. A. As visitas domiciliares são uma importante ferramenta para nós Médicos de Família na formação de vínculo com os pacientes. **Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES)**, 20 out. 2022. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/35/browse?type=classification&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=3&value=Aten%C3%A7%C3%A3o+Domiciliar&offset=74. Acesso em: 7 out. 2022.

FIOCRUZ. Brasil celebra um ano da vacina contra a Covid-19. **Portal Fiocruz**, 18 jan. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/brasil-celebra-um-ano-da-vacina-contracovid-19#:~:text=Em%20um%20ano%2C%20o%20Brasil,pode%20ser%20considerada%20um%20sucesso>. Acesso em: 15 de ago. 2023.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: jan. 2023.

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**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>. Acesso em: fev. 2023.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose. *In*: FREUD, S. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1924. v. 16. p. 214-221.

FREUD, S. Análise da fobia de um garoto de cinco anos ('O pequeno Hans'). *In*: FREUD, S. **Obras completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. v. 8. p. 123-284.

FREUD, S. **Dois Verbetes de Enciclopédia**. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 18.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zBttqHf9LpWdX8CHytGJG4x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2022.

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: Idéias & Letras, 2007.

GOMEZ, A. V. **A dialética da natureza de Marx: os antagonismos entre capital e natureza.** 2004. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

GONÇALVES, M. A. **Especialização em gestão da saúde: organização e funcionamento do SUS.** Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401228/1/Organizacao_FuncSUS%20GS%20ed%20GRAFICA.pdf. Acesso em: 23 jan. 2022.

GRAND, C. de M. Desregulamentação do trabalho no Brasil. **Conselho Regional de Psicologia SP**, 24 nov. 2019. Disponível em: <https://www.crpsp.org/uploads/impreso/2704/qkzsi3xrRsHg5rKbqtpk0Y2ImZaImkYA.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

GUARINELLO, N. L. Escravos sem senhores: escravidão, trabalho e poder no mundo romano. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 26, n. 52, p. 227-246, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/FMVNCKVT9x6SBw59gqYvdhj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2022.

GUI, R. T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 135-159, jun. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572003000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: jun. 2023.

GUIMARÃES JÚNIOR, S. D.; OLIVEIRA, V. R.; MATOS, A. A. Precarização do trabalho e efeitos subjetivos: interlocuções entre práticas de pesquisa. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 17, n. 39, p. 304-317, ago. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2023.

GUIMARÃES, C. Produção operária italiana e movimento sanitário brasileiro: contribuições para pensar a noção de coletivo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 113-125, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GpbktMWHDGJkktGJ3ZgKjFy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 8 set. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Homens ganharam quase 30% a mais que as mulheres em 2019.** Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27598-homens-ganharam-quase-30-a-mais-que-as-mulheres-em-2019>. Acesso em: fev. 2023.

LACAZ, F. A. C. L. O campo da 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, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Dbjb9TcStGxFcbdZ3Fh3Mbg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2022.

- LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. **Relatório Final do Projeto.** Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. OPAS/Abrasco, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/arquivos/Sala187.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.
- LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 25-36.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- 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. Para o Estudo da Saúde na sua relação com o processo de trabalho. *In*: **Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989. p. 61-98.
- LEÃO, L. H. C.; BRANT, L. C. Manifestações de sofrimento: dilemas e desafios para a vigilância em saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1271-1292, 2015.
- LIMA, J. O. R.; OLIVEIRA, M. D. S.; PAGOTTO, V. (Orgs.). **Saneamento e saúde ambiental em comunidades rurais e tradicionais: promoção da saúde em comunidades rurais.** 1. ed. Goiânia: CEGRAF UFG, 2020. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/688/o/Promocao_saude.pdf. Acesso em: 17 ago. 2022.
- LIMA, L.; PIRES, D. E. P.; FORTE, E. C. N.; MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9sffL8bsx9HJyz5r87ZWZ5g/?lang=pt#>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUARÉZ, J. M. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=E1RtAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- LUCENA, M. S. R.; MÁXIMO, T. A. C. O. O psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: organização e condições de trabalho. **Estud. psicol.**, Natal, v. 24, n. 4, p. 359-369, dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2022.
- MARIANO, P. P.; CARREIRA, L.. Prazer e sofrimento no cuidado ao idoso em instituição de longa permanência: percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, p. e20160088, 2016.
- MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos.** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2004. 176 p.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2013. 841 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2022.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VZp6G9RZWNnhN3gYfKbMjvd/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2022.

MENEZES, L. S. **Psicanálise e saúde do trabalhador**: nos rastros da precarização do trabalho. São Paulo: Primavera, 2012.

MENEZES, L. S. Psicanálise nas fronteiras com o trabalho: “Uberização”, desamparo e montagem perversa. *In*: II Simpósio Biental da SBPSP, 2020. **Anais [...]**. São Paulo: Blucher, 2020. p. 284-290.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan. /mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jan. 2022.

MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 83-91, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: abr. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador**: percurso e dilemas. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KMCTJfMmd6cRC7XTv6WLn4B/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2022.

MINAYO-GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/DCSW6mPX5gXnV3TRjfZM7ks/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 31 ago. 2022.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela Covid-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020. Disponível em:

[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532). Acesso em: jan. 2023.

NEVES, D. R.; NASCIMENTO, R. P.; SILVA, F. A.; ANDRADE, R. O. B. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cad. EBAPE.BR**, v. 16, n. 2, p. 318-330, nov. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cebape/a/ncWvqK58zG8PqZC5ZQCGz9x/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 13 set. 2022.

NOAL, D. da S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 342 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44264>. Acesso em: 19 mar. 2022.

OLIVEIRA, I. T.; SOLIGO, A.; OLIVEIRA, S. F.; ANGELUCCI, B. Formação em Psicologia no Brasil: Aspectos Históricos e Desafios Contemporâneos. **Psicol. Ensino & Form.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 3-15, jun. 2017. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612017000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2022.

OLIVEIRA, O. A persistência da noção de ato inseguro e a construção da culpa: os discursos sobre os acidentes de trabalho em uma indústria metalúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 19-27, 2007.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. "Pandemic fear" and Covid-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>. Acesso em: 12 out. 2022.

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.

PAPARELLI, R. B., NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 64-79, mar. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932007000100006>. Acesso em: 28 fev. 2022.

PAPARELLI, 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100011>. Acesso em: 31 ago. 2022.

- PAVANI, F. M.; SILVA, A. B.; OSLCHOWSKY, A.; NUNES, C. K.; SOUZA, L. B. Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. esp., e20200188, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/YD6WWBggJmkcBY8jNsFypSd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.
- PEREIRA, M.; MACHADO, I. P.; MIRANDA, R. N.; OLIVEIRA, A. F. F.; VIEIRA, N. R. S.; CUNHA, S. S. N.; FLOR, T. C. Estágio Profissionalizante e Formação em Psicologia: o trabalho com grupos como dispositivo formativo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 218-232, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/vsCPv7zHYWDjntHWgXdXnTD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.
- PINHEIRO, S. S. M.; SOUZA, M. de P.; GUIMARÃES, K. C. Uberização: a precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Serviço Social em Debate**, v. 1, n. 2, 2020. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/3923>. Acesso em: 21 ago. 2022.
- QUEIROZ, F. A.; SOUZA, L. N. de. A evolução do conceito de trabalho e sua relação com o desenvolvimento econômico. **Cadernos De Ciências Sociais Aplicadas**, v. 17, n. 29, p. 146-160, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/ccsa/article/view/6647>. Acesso em: 2 set. 2022.
- RAMOS, R. S. A enfermagem oncológica no enfrentamento da pandemia de Covid-19: reflexões e recomendações para a prática de cuidado em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, p. e-1007, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1007>. Acesso em: 29 jan. 2023.
- RASERA, E. F.; ROCHA, R. M. G. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 35-44, jan. 2010.
- RECHTMAN, R. O futuro da psicologia brasileira: uma questão de projeto político. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 69-77, 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/578>. Acesso em: 1 mar. 2022.
- RIBEIRO L. M.; VIEIRA T. de A.; NAKA K. S. Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e5021, 27 nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5021.2020>. Acesso em: fev. 2023.
- RIBEIRO, A. F. Taylorismo, fordismo e toyotismo. **Lutas Sociais**, v. 19, n. 35, p. 65-79, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/l/article/view/26678>. Acesso em: 21 set. 2022.
- RIBEIRO, F. S. N. Vigilância em saúde do trabalhador: a tentação de engendrar respostas às perguntas caladas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 268-278, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/HXLTTWfwmKPFf88x39DKQHd/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 26 fev. 2022.

ROSA, M. D. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Editora Escuta, 2016. v. 1.

SAFATLE, V.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C. (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400011>. Acesso em: fev. 2023.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L. E.; DEMENECH, L. M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, n. e200063, p. 1-13, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar 2022.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Cortez-UFRJ; 1994.

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

SELIGMANN-SILVA, E.; BERNARDO, M. H.; MAENO, M.; KATO, M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200002>. Acesso em: fev. 2023.

SESMG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução nº 7.303, de 18 de novembro de 2020**. Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à contratação de Equipe Complementar em Saúde Mental [...]. Belo Horizonte: SESMG, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207303%20-%20CIB.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SILVA, E. R. **Sobre o processo e a organização do trabalho de psicólogos da atenção básica: entre o prazer e o sofrimento**. 2019. 220 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2275>. Acesso em: fev. 2023.

SILVA, F. L.; LORENZI, L. J.; BISETTO, L. A.; BELO, L. F.; GOMES, G. A. O.; MINEL, V. A. Satisfação no trabalho de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: um estudo

exploratório. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 26, n. e-1471, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remec/article/view/37894/32078>. Acesso em: 25 maio 2023.

SILVA, J. M.; BRANDÃO, J. Os sentidos do trabalho: uma análise circunscrita ao trabalho dos docentes de duas instituições de ensino superior em Salvador. **Revista Formadores: Vivências e Estudos**, Cachoeira, v. 7 n. 1, p. 46-59, jun. 2014. Disponível em: <https://adventista.emnuvens.com.br/formadores/article/view/446>. Acesso em: 14 out. 2022.

SOUSA, C. C.; ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; FREITAS, A. M. C. Insatisfação com o trabalho em saúde: fatores associados e diferenciais de gênero. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1005/100562956036/html/>. Acesso em: 19 maio 2023.

SOUZA, L. E. P. F. de. **Saúde Pública ou Saúde Coletiva?**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 15, n. 4, p. 07-21, 2014. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf. Acesso em: 24 fev. 2022.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social**, v. 23, n. 1, p. 11-30, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/12650>. Acesso em: 7 set. 2022.

TEIXEIRA, C. F. de S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; MATOS, I. C.; ANDRADE, L. R.; ESPIRIDIÃO, M. A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

UBERLÂNDIA (MG). **Decreto nº 10.782, de 27 de julho de 2007**. Qualifica como organização social a entidade Missão Sal da Terra e dá outras providências. Uberlândia: Diário Oficial do Município de Uberlândia, 2007.

UBERLÂNDIA (MG). **Prefeitura de Uberlândia inicia vacinação contra a Covid-19**, 2021. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/2022/01/19/vacinacao-contr-a-covid-19-em-uberlandia-completa-um-ano/>. Acesso em: 15 ago 2023.

UBERLÂNDIA (MG). SAL DA TERRA. 2019. **Edital Da Organização Social Sal Da Terra**. Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/15KX1b8pIgzg6T1OszAgFZR1R1IAQHaEn/view?usp=sharing>. Acesso em: 10 out. 2022.

UBERLÂNDIA (MG). Secretaria de Saúde. Vigilância em saúde do trabalhador: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. *In: Vigilância em saúde do trabalhador*. Uberlândia, 21 set. 2022. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/vigilancia-em-saude/vigilancia-em-saude-do-trabalhador/>. Acesso em: 13 fev. 2022.

UBERLÂNDIA (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de serviços da Atenção Primária**. Uberlândia, 2018. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretariapagina/65/3136/carteira_de_servicos_da_atencao_primaria.html. Acesso em: 13 set. 2022.

UBERLÂNDIA (MG). **Vacinação contra a Covid-19 em Uberlândia completa um ano**. Uberlândia, 2022. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/2022/01/19/vacinacao-contr-a-covid-19-em-uberlandia-completa-um-ano/>. Acesso em: 15 ago. 2023.

UBERLÂNDIA (MG). **Vigilância em saúde do trabalhador**. Uberlândia, s./d. <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/vigilancia-em-saude/vigilancia-em-saude-do-trabalhador/>. Acesso em: jan. 2023.

VASCONCELLOS, L. C. F.; CORRÊA-FILHO, H. R.; GARRIDO, P. H. S.; PONTE, C. F.; SILVA, C. A. (Orgs.). **Saúde do trabalhador em tempos de desconstrução**: caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: Cebes, 2021. 314 p. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/almanaque-saude-trabalhador-tempos-desconstrucao-caminhos-luta-resistencia>. Acesso em: 21 ago. 2022.

YAMAMOTO, O. H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político?. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n., p. 6-17, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6xPYZztkbk8XknXr8QWhdQH/?lang=pt>. Acesso em: mar. 2022.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Psicólogos da atenção básica em saúde do Setor Sul da cidade de Uberlândia-MG: organização do trabalho e seus efeitos em meio à pandemia de Covid-19*”, sob a responsabilidade das pesquisadoras *Prof^{as} Lucianne Sant’Anna de Menezes e Taciana Alves de Sousa*.

Nesta pesquisa nós buscamos analisar a organização do trabalho dos psicólogos da atenção básica em saúde do Distrito Sul da cidade de Uberlândia em meio à pandemia da Covid-19, de modo a identificar as percepções dos trabalhadores sobre suas vivências no trabalho e se há sofrimento psíquico relacionado ao trabalho; almeja-se também conhecer o perfil dos profissionais deste campo; com isso, poder contribuir com a reflexão e planejamento de ações que visem colaborar para a promoção e preservação da saúde da classe estudada.

O Termo/registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pela pesquisadora *Taciana Alves de Sousa*, antes da coleta de dados e na Secretaria Municipal de Saúde, preservando o seu direito de pensar e decidir sobre a participação no estudo.

Na sua participação, você será submetido(a) a aplicação de questionário sociodemográfico e profissional, o qual será composto por 12 perguntas, levando cerca de 15 minutos para respondê-lo. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os riscos consistem na possível identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto de suas identidades. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Os benefícios serão a promoção e a prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores de psicologia da Atenção Básica do setor sul de Uberlândia e à semelhança para os profissionais desta área em geral no Brasil. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Taciana Alves de Sousa – (34) 3212-3992 – Av. Rondon Pacheco, nº 2222 – CREAS/IPCD e com a Prof^a Dr^a Lucianne Sant’Anna de Menezes na sala 21 Bloco 2C (Campus UMUARAMA - Instituto de Psicologia). Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br.

O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia,..... de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Psicólogos da atenção básica em saúde do Setor Sul da cidade de Uberlândia-MG: organização do trabalho e seus efeitos em meio à pandemia de Covid-19*”, sob a responsabilidade das pesquisadoras *Prof^{as} Lucianne Sant’Anna de Menezes e Taciana Alves de Sousa*.

Nesta pesquisa nós buscamos analisar a organização do trabalho dos psicólogos da atenção básica em saúde do Distrito Sul da cidade de Uberlândia em meio à pandemia da Covid-19, de modo a identificar as percepções dos trabalhadores sobre suas vivências no trabalho e se há sofrimento psíquico relacionado ao trabalho; almeja-se também conhecer o perfil dos profissionais deste campo; com isso, poder contribuir com a reflexão e planejamento de ações que visem colaborar para a promoção e preservação da saúde da classe estudada.

O Termo/registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pela pesquisadora *Taciana Alves de Sousa*, antes da coleta de dados e na Secretaria Municipal de Saúde, preservando o seu direito de pensar e decidir sobre a participação no estudo.

Na sua participação, você será submetido(a) a uma entrevista individual sobre o seu trabalho, com a duração de 60 minutos. As entrevistas serão feitas de modo online, utilizando-se plataforma virtual de reuniões no dia e horário combinado com os participantes. A entrevista será gravada, posteriormente transcrita na íntegra e em seguida destruída a gravação.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os riscos consistem na possível identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto de suas identidades. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Os benefícios serão a promoção e a prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores de psicologia da Atenção Básica do setor sul de Uberlândia e à semelhança para os profissionais desta área em geral no Brasil. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Taciana Alves de Sousa – (34) 3212-3992 – Av. Rondon Pacheco, nº 2222 – CREAS/IPCD e com a Prof^a Dr^a Lucianne Sant’Anna de Menezes na sala 21 Bloco 2C (Campus UMUARAMA - Instituto de Psicologia). Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br.

O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Psicólogos da atenção básica em saúde do Setor Sul da cidade de Uberlândia-MG: organização do trabalho e seus efeitos em meio à pandemia de Covid-19*”, sob a responsabilidade das pesquisadoras *Prof^{as} Lucianne Sant’Anna de Menezes e Taciana Alves de Sousa*.

Nesta pesquisa nós buscamos analisar a organização do trabalho dos psicólogos da atenção básica em saúde do Distrito Sul da cidade de Uberlândia em meio à pandemia da Covid-19, de modo a identificar as percepções dos trabalhadores sobre suas vivências no trabalho e se há sofrimento psíquico relacionado ao trabalho; almeja-se também conhecer o perfil dos profissionais deste campo; com isso, poder contribuir com a reflexão e planejamento de ações que visem colaborar para a promoção e preservação da saúde da classe estudada.

O Termo/registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pela pesquisadora *Taciana Alves de Sousa*, antes da coleta de dados e na Secretaria Municipal de Saúde, preservando o seu direito de pensar e decidir sobre a participação no estudo.

Na sua participação, você será submetido(a) a um grupo focal em torno do tema “as vivências dos psicólogos frente a operacionalização do trabalho e como a pandemia da Covid-19 afetou esse contexto”, com duração de 60 minutos. A realização do grupo ocorrerá de forma online, utilizando plataforma virtual de reuniões no dia e horário combinado com os participantes. O encontro será gravado, posteriormente transcrito na íntegra e em seguida destruída a gravação.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os riscos consistem na possível identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto de suas identidades. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Os benefícios serão a promoção e a prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores de psicologia da Atenção Básica do setor sul de Uberlândia e à semelhança para os profissionais desta área em geral no Brasil. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Taciana Alves de Sousa – (34) 3212-3992 – Av. Rondon Pacheco, nº 2222 – CREAS/IPCD e com a Prof^a Dr^a Lucianne Sant’Anna de Menezes na sala 21 Bloco 2C (Campus UMUARAMA - Instituto de Psicologia). Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br.

O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

**APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL:
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Código: _____

Idade: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Sem religião () Outra: _____

Estado Civil: () Solteiro () Em união estável/casado () Separado/Divorciado () Viúvo

Número de filhos: _____

Quantas pessoas moram na casa? _____

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: Especialização () finalizada () em andamento

Mestrado () finalizado () em andamento

Doutorado () finalizado () em andamento

1. Tempo de formação como psicólogo?

() menos que 01 (um) ano

() de 01 a 02 anos

() de 02 a 04 anos

() de 05 a 08 anos

() acima de 08 anos - Quantos? _____

Tipo de vínculo trabalhista: () Estatutário () Celetista

Se for celetista, qual o empregador? _____

Há quanto tempo atua na área da Saúde Pública?

() menos que 01 (um) ano

() de 01 a 02 anos

() de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos – Quantos? _____

2. Há quanto tempo atua na Atenção Básica?

() menos que 01 (um) ano

() de 01 a 02 anos

() de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos – Quantos? _____

3. 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 04 anos

() acima de 05 anos– Quantos? _____

4. Há quanto tempo está atuando na Atenção Básica durante a pandemia?

() desde o começo

() de 03 a 06 meses

() de 06 a 12 meses

5. Tipo de Unidade de atendimento na Atenção Básica em que trabalha atualmente:

UBS UBSF UAI

6. Você é referência para quantas unidades de saúde?

01

02

03

04

7. Há quanto tempo trabalha neste tipo de Unidade? _____**8. Já trabalhou em outro tipo de Unidade de atendimento na Atenção Básica?**

Sim. Qual? UBS UBSF UAI Quanto tempo? _____

Não

9. Qual sua jornada de trabalho semanal na Atenção Básica? () 20 horas () Até 30 horas (

) Até 40 horas () + de 40 horas

10. Atua em outras instituições ou serviços?

Sim. Qual? _____ Jornada de Trabalho: _____

Não

11. O que você fazia antes da pandemia 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? _____

12. Durante a pandemia continua fazendo as mesmas atividades de lazer?

Sim Não

Se não, quais as atividades que você tem realizado?

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? _____

13. Praticava algum esporte e/ou atividade física antes da pandemia?

Sim Qual(is)? _____ Com que frequência? _____

Não

14. Pratica algum esporte e/ou atividade física durante a pandemia?

Sim Qual(is)? _____ Com que frequência? _____

Não

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

1. Apresentar o projeto de pesquisa e seus desdobramentos.
2. Conte como é o seu cotidiano de trabalho.
 - a) Investigação da organização do processo produtivo e condições de trabalho antes e durante a pandemia
 - b) Atividades desenvolvidas
 - c) Divisão de tarefas.
 - d) Jornada de trabalho
 - e) Ritmo de trabalho
 - f) Ambiente de trabalho: estrutura física disponível
 - g) Relacionamento interpessoal: colegas, chefia e pacientes.
 - h) Cargas de trabalho envolvidas
 - i) Afastamentos, atestados, licenças e outros.
3. Fale sobre os sentimentos que o seu trabalho desperta em você
 - a) Explorar a relação com o trabalho
 - b) Explorar os significados do trabalho
 - c) Explorar motivações e realizações no trabalho
 - d) Explorar autonomia no trabalho
4. Fale sobre a segurança e saúde no trabalho nesse contexto da pandemia
 - a. Explorar disponibilização de equipamentos individuais de proteção
 - b. Explorar capacitação e orientação para manejo com pacientes
5. Você gostaria de acrescentar alguma informação à entrevista?