

DESAFIOS NO TRABALHO COM A VIOLÊNCIA FAMILIAR E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DO PROFISSIONAL

Fábio Sérgio do Amaral¹, Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão².

¹ Mestrando em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais – PRPPG - Universidade de Taubaté – Rua Visconde do Rio Branco, 210 - Centro - 12020-040 - Taubaté/SP, fabioseramaral@hotmail.com

² Docente do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais – PRPPG- Universidade de Taubaté, marluce@unitau.br

Resumo. O trabalho com famílias em situação de risco pessoal e social cujos direitos foram violados ou ameaçados (demanda da Proteção Social Especial) apresenta para o profissional uma série de desafios. Os aspectos de sofrimento e vulnerabilidade inerentes às essas famílias, somados a organização dos serviços e a gestão do trabalho, parecem exercer significativa influência sobre o profissional que se ocupa destas atividades. Deste modo, torna-se fundamental compreender os efeitos que este trabalho pode gerar nestes profissionais, além dos recursos que estes dispõem para o enfrentamento dos desafios apresentados. O presente trabalho procura discutir as relações entre saúde e trabalho e suas repercussões em profissionais que atuam no atendimento à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Apresenta-se neste artigo apenas um recorte da pesquisa que vem sendo conduzida junto a profissionais de uma equipe do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), de um município da região metropolitana do Vale do Paraíba. Por meio de questionário e entrevista os dados foram analisados a partir do método Fenomenológico de Amedeo Giorgi (1985). Os resultados sugerem que os desafios encontrados pelo profissional no desenvolvimento do seu trabalho, são percebidos como fatores de risco para a saúde do trabalhador. O contato com o sofrimento e vulnerabilidade da família atendida; ausência de metodologia e diretriz clara de trabalho; o número insuficiente de profissionais frente ao número de casos, além de espaços e equipamentos inadequados, interferem na segurança e satisfação do profissional com o resultado do seu trabalho, já que a qualidade da sua ação é sentida como ineficaz diante da complexidade dessa demanda. A compreensão das características do contexto e o processo de trabalho nessas condições, pode contribuir com a elaboração de estratégias mais eficientes na promoção de saúde do profissional ao lançar luz sobre a natureza especial dessa atividade, e destacar a importância de políticas de valorização e proteção à equipe, bem como a prevenção do adoecimento profissional.

Palavras-chave: Violência Familiar, Saúde do Trabalhador, Assistência Social.

INTRODUÇÃO

A violência¹, compreendida como um fenômeno multicausal, está presente na história da humanidade como uma construção social que perpassa as relações individuais e coletivas dos indivíduos e das instituições (escola, família e trabalho, entre outros contextos) sendo capaz de gerar danos e sofrimento a todos os envolvidos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física, poder, real ou sob forma de ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (KRUG, 2002).

No espaço familiar a denominada violência doméstica atinge crianças e adolescentes na forma de negligência, violência física e psicológica, além de abusos e exploração sexual, sendo caracterizada por Azevedo e Guerra (1988, p.) como:

[...] todo ato ou omissão, praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, por outro lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

A violência está presente em todo o ciclo de vida das pessoas, com destaque na fase da infância e adolescência (BRASIL, 2014). Segundo o Censo do Sistema Único da Assistência Social, no Brasil, dos 630 mil casos atendidos no ano de 2012 nos serviços socioassistenciais especializados, 34% deles correspondiam à situação de violência contra crianças e adolescentes. Os idosos aparecem em segundo lugar, com 13% dos casos atendidos.

Estas situações apresentam demandas de natureza complexa, que exigem do profissional que com elas trabalham, uma compreensão ampla dos processos envolvidos e uma disposição pessoal para o enfrentamento de questões relacionadas à exclusão, desamparo e violação dos direitos humanos.

O trabalho com famílias nesta situação apresenta para o profissional, portanto, uma série de desafios. Os aspectos de sofrimento e vulnerabilidade inerentes as essas famílias, somados à organização dos serviços e a gestão do trabalho, parecem exercer significativa influência sobre o profissional que se ocupa desta atividade.

No Brasil, as áreas da saúde pública e da assistência social se ocupam do tema com trabalhos que promovem a atenção e cuidado aos que sofrem a violência, defendendo a

¹ “[...] ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e saúde física, moral, mental ou espiritual”(BRASIL, 2001)

importância de um esforço conjunto e articulado dos diferentes setores da sociedade para o enfrentamento da situação.

No âmbito da Política Nacional da Assistência Social (PNAS) esta demanda é atendida por equipes de um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), uma unidade pública estatal que oferta serviços de proteção especial a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. (BRASIL, 2004)

Estas equipes são geralmente formadas por psicólogos, assistentes sociais e educadores, que devem considerar o conjunto de condições de vulnerabilidade que submetem os indivíduos à situação de risco pessoal e social, dirigindo o atendimento para a promoção de direitos, a preservação e fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e sociais. (BRASIL, 2004).

Entretanto, os profissionais neste contexto, além de lidarem com as variadas formas de violências que seus usuários sofrem, também estão expostos a situações de violência nos ambientes e comunidades em que trabalham. (NJAINÉ et al, 2009)

No campo social, por exemplo, os profissionais se deparam com situações que os mobilizam tanto pela gravidade dos casos quanto a impossibilidade de realizar uma intervenção eficaz, no sentido de ser resolutiva (MACEDO E DIMESNTEIN,2012).

Estas atividades, por si só, trazem no seu bojo características de risco e vulnerabilidade² que podem significar para o trabalhador um desgaste emocional significativo, capaz de acarretar prejuízos à sua saúde³ ao longo do tempo. Desse modo, o olhar de atenção e cuidado que o trato ao fenômeno da violência exige no acompanhamento ao usuário do sistema, deve ser estendido também para aqueles que se propõem a trabalhar com o tema.

As instituições de caráter público destinados ao trabalho com a infância se deparam cotidianamente com os subprodutos desta violência, quer seja na observação do sofrimento da criança e dos prejuízos ao seu processo de desenvolvimento, ou no pedido imediato de ajuda ao profissional de sua confiança na ocasião de sua revelação.

Embora se reconheça a necessidade de apoio e suporte para o desenvolvimento do trabalho nestas condições, pouco são os estudos que abordam o tema sob a perspectiva do profissional.

² A possibilidade de sofrimento a que todos os trabalhadores estão sujeitos, em razão da organização do trabalho e suas relações sociais (JOB, 2013)

³ Segundo Dejours (1986), uma busca de um estado de conforto e bem estar físico, mental e social não estável e marcado pela mudança constante.

1. Relações entre saúde e atividade profissional

O trabalho ocupa um lugar de destaque no desenvolvimento humano, e enquanto função psíquica apresenta-se como um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos de gratificação, reconhecimento e inteligência, estão relacionados à realização do trabalho e ligados à constituição da identidade e subjetividade humana. (LANCMAN; SZNELWAR, apud FLACH, 2004)

A discussão sobre a saúde do trabalhador pressupõe a compreensão das diferentes formas de abordar o conceito de saúde. Ao longo dos anos a ideia de saúde passou por diferentes definições, incorporando elementos que ampliaram sua análise e trouxeram à tona a discussão das características do contexto do indivíduo e sua interação com o ambiente.

A relação entre o trabalho e o processo de saúde sempre foi uma preocupação da sociedade, mas foi com o advento da revolução industrial, a partir do séc XIX que as atenções voltaram-se de forma mais enfática para o tema. A partir deste período as transformações no processo de trabalho resultaram em jornadas extensas da atividade profissional, em condições penosas desconfortáveis e insalubres; revelando um ambiente propício para proliferação de acidentes graves e fatais, além de envelhecimento precoce, alterações de comportamento e doenças, elevando as taxas de morbidade e mortalidade (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Neste contexto, a Medicina do Trabalho foi introduzida nas fábricas com a intenção de intervir na diminuição desses agravos, no entanto, com o advento da II Guerra Mundial e o aumento da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho resultante da exigência de maior produção, este modelo tornou-se incapaz de responder a este desafio. Surgiu, nesta época, o modelo da Saúde Ocupacional representando um avanço em relação à Medicina do Trabalho, por incorporar a teoria da multicausalidade⁴ e atuar por meio de equipes multi e interdisciplinares. Contudo, apesar do avanço, sua atenção mais voltada aos agentes de risco, sem contextualizar suas causas originais (BRAGA et. al. 2001).

Na década de 60, a partir dos movimentos sociais e políticos nos países industrializados, uma nova proposta denominada Saúde do Trabalhador propôs o abandono do conceito de doença causada pelo risco ou fatores de risco, passando a considerar o processo saúde/doença à luz dos determinantes sociais como algo dinâmico e condicionado por um momento social, político e histórico, marcado principalmente pela participação dos trabalhadores nas questões de saúde. (MARTINEZ, 2002)

⁴ “[...] onde a doença é resultado da interação entre agente, hospedeiro e ambiente.” (MARTINEZ, 2002, p.45)

No Brasil esta compreensão sobre a Saúde do Trabalhador chegou na década de 80 traduzindo-se em prática interdisciplinar e multiprofissional, com especial atenção ao contexto geral do trabalho e sua organização. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Na ocasião, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante para esta concepção no país, ao tratar a saúde como sendo o resultado de condições concretas de um dado momento histórico.

Assim, observa-se que a dimensão biológica perdeu seu lugar de hegemonia na explicação do indivíduo e seu processo de adoecimento, passando a saúde a ser considerada como “resultado de interações dinâmicas e complexas determinadas pelos domínios sociais, mentais, históricos e políticos, onde o trabalho tem caráter central.” (MARTINEZ, 2002, p. 46)

É importante salientar, que a definição então vigente da Organização Mundial da Saúde (OMS), era saúde como o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade. Esta definição, embora amplie o conceito para além da doença, traz uma concepção idealizada do tema diante dos desafios cotidianos nesta área. (MARTINEZ,2002)

Nesta direção, Dejours (1986) e Caponi (1997), discutem a dificuldade de se definir o “estado de bem-estar” em razão do seu caráter subjetivo e de significado bastante impreciso e vago.

Sobre isso Lunardi (1999,p.28) afirma que:

Mesmo numa visão de saúde que se restrinja apenas ao âmbito do biológico, a expressão dos sintomas pelo indivíduo, do que sente, do que percebe como manifestação em si, estará, sempre, carregada da sua subjetividade, da sua forma de perceber e sentir que é ou pode ser diferente do que é sentido e percebido por outro indivíduo.

Segundo Dejours (1986) o trabalho tem um caráter central na saúde do trabalhador, que por sua vez, depende de meios para se traçar um caminho livre e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. Deste modo, parece importante ressaltar que o trabalho, apesar do sofrimento, também “pode levar a uma vivência de prazer, ao representar a possibilidade de o trabalhador afirmar-se como sujeito do trabalho e construir novas formas de ser.” (FLACH, et al. 2009)

Neste sentido, Dejours (1986) considera que para atingir o bem-estar físico, psíquico e social, a pessoa depende de liberdade para regular as variações que acontecem no organismo (dormir, repousar, comer, entre outras necessidades básicas); liberdade para organizar a própria vida segundo o desejo de cada um; liberdade para agir de forma individual e coletiva

sobre a organização do trabalho (conteúdo do trabalho, divisão de tarefas, divisão dos homens e relações entre si).

É possível fazer um paralelismo entre a área da Psicopatologia do Trabalho e as pesquisas sobre resiliência no trabalho humano na medida em que apresentam pontos em comum: ambas propõem um referencial de compreensão dos fatores de risco a que estão sujeitos os trabalhadores e investigam, cada uma com seu arcabouço teórico, os elementos que presentes ou que podem ser desenvolvidos para lidar com o sofrimento.

A ideia de saúde, tanto na perspectiva da Psicopatologia do Trabalho, quanto do estudos de resiliência, não consiste em ausência de patologias. No nível psíquico, saúde não é sinônimo, por exemplo, de ausência de angústia, pois, “há pessoas que, embora angustiadas, encontram-se em perfeita saúde” (Dejours, 1986, p. 7-11).

Ao procurar ampliar a compreensão da relação entre as questões atuais do trabalho humano, suas rupturas e a resiliência, Dejours e Abdoucheli (1994), apresentam duas formas distintas de sofrimento geradas pelo trabalho humano: o patogênico e o criativo.

Segundo estes autores o sofrimento patogênico se manifesta quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas pelo indivíduo, sendo que a etiologia dessa psicopatologia tem sua origem nas pressões do trabalho que comprometem o equilíbrio psíquico e a saúde mental, na organização do trabalho (RODRIGUES, et al 2010).

Por outro lado, o sofrimento criativo pode trazer benefícios à identidade, na medida em que aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática; neste último caso, o trabalho funciona como mediador para a saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

De acordo com o pensamento dejouriano, o sofrimento humano se relaciona ao desenvolvimento industrial do século XIX, caracterizado pelo crescimento da produção, êxodo rural e concentração de novas populações urbanas. A maioria dos trabalhadores não consegue preservar um equilíbrio psíquico e manter-se saudável, de modo que a exceção passou a ser a regra, ou seja, o que antes era sofrimento hoje passou a ser uma condição “habitual” do cotidiano profissional. A partir dessa constatação, as investigações na área da Psicopatologia do Trabalho centram-se, não mais na direção das doenças mentais, mas, nas estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentarem, psicologicamente, a situação de trabalho.

Assim, como a relação entre saúde e trabalho estão diretamente relacionadas e influenciam-se mutuamente, a apreensão do sentido e significado dessa relação para o

profissional depende de uma análise contextualizada que considere as várias instâncias de influência sobre o indivíduo e o local onde desenvolve o seu trabalho.

Na perspectiva do profissional que atende famílias em situação de violência doméstica o estudo de Alto (2010) traça um paralelo entre o desgaste do profissional e a leitura que ele passa a fazer da família que atende. Sugere que a exposição contínua a essas demandas provoca no profissional, ao longo do tempo, o abandono de uma prática pautada na resiliência familiar, capaz de reconhecer nos membros da família recursos a serem considerados no tratamento. As experiências negativas acumuladas no decorrer do processo de trabalho se sobressaem e o profissional parece não ser capaz de identificar os recursos próprios da família que poderiam ser acionados para a superação do problema. Este autor ressalta a importância de o profissional reconhecer o seu envolvimento emocional neste tipo de trabalho.

Torna-se, assim, fundamental atender às vivências emocionais dos profissionais, assim como a possível acumulação de experiências negativas, como um elemento presente ao longo de todo o processo de intervenção, podendo o reconhecimento destes factores possibilitar uma procura mais eficaz de respostas adequadas às situações. (ALTO, 2010, p. 54)

Por esse motivo, defende a supervisão e discussão de casos como ferramentas importantes de apoio profissional, além da atenção psicológica personalizada a alguns técnicos (ALTO, 2010).

2.OBJETIVO

Identificar as relações entre saúde/doença e trabalho e suas repercussões em profissionais que atuam no atendimento à violência doméstica contra crianças e adolescentes.

3.MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa caracterizada pela busca do universo de significados, crenças, valores e atitudes enquanto realidade vivida pelo indivíduo (MINAYO, 2010). Apresenta-se neste artigo apenas um recorte da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Taubaté, sob o nº 913383, junto a profissionais de uma equipe que atende famílias em situação de violência doméstica contra crianças e adolescentes em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social, de um município da região metropolitana do Vale do Paraíba.

Os dados foram colhidos junto a equipe técnica composta de 24 profissionais (assistentes sociais e psicólogos), por meio de dois instrumentos: questionário sócio-ocupacional e entrevista aberta. Num primeiro momento todos os profissionais responderam ao questionário e posteriormente, 6 (seis) destes profissionais participaram da entrevista aberta, enquanto espaço de diálogo e reflexão a fim de que os entrevistados compartilhassem suas experiências e significados no desenvolvimento de suas atividades.

A seleção de entrevistados contemplou algumas características significativas para o contexto do estudo proposto, conforme recomendado por Gil (1999): Área de formação: pelo menos um profissional de cada área de atuação no serviço (psicologia e serviço social); Tempo de atuação no serviço: profissionais com maior e menor tempo de experiência na área; Gênero: a garantia de pelo menos um representante masculino de uma das áreas, já que a maioria dos profissionais é do sexo feminino.

Os dados obtidos por meio do questionário procuraram caracterizar o perfil dos participantes quanto à idade, gênero, estado civil, escolaridade, jornada de trabalho, função ou cargo, área de formação e tempo de atuação com o tema. As questões abertas estavam relacionadas à descrição das atividades na função; principais desafios; recursos utilizados para o seu enfrentamento; recursos de apoio disponibilizados pela instituição e o impacto do trabalho na saúde do profissional.

A questão disparadora da entrevista foi: “Como é trabalhar com o fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente?”

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos participantes em ambiente tranquilo, sem interferências externas, para a garantia da confidencialidade das informações, bem como o seu anonimato.

Os relatos dos participantes foram gravados em mídia digital e transcritos posteriormente. Cada profissional foi identificado com a letra “P” que corresponde à palavra “Participante”, acompanhada de um número ordinal que caracteriza o seu relato.

A duração das entrevistas variou em torno de 50 (cinquenta) minutos, respeitando o tempo que o entrevistado julgou necessário para abordar de forma livre suas experiências e opiniões a respeito do tema.

De início foi realizada a leitura do conteúdo de cada questionário e entrevista de forma a adquirir uma visão de conjunto de todo material, buscando conectar-se com seu sentido global, conforme sugerido por Amatuzzi (2009). O passo seguinte da análise procurou buscar os eixos de significado do material coletado por meio de aspectos ou conexões significativas que pudessem se constituir em respostas parciais ao problema de pesquisa.

Para análise dos dados, o método utilizado foi a análise fenomenológica proposta por Amedeo Giorgi (ANDRADE; HOLANDA, 2010), compreendido como “a descrição das experiências vividas pelos sujeitos pesquisados sobre um determinado fenômeno com o objetivo de buscar sua estrutura essencial.” (CRESWELL, 1988 apud ANDRADE; HOLANDA, 2010). Este método é organizado a partir de quatro etapas: O Sentido do Todo, a Discriminação das Unidades Significativas, a Transformação da Linguagem do Sujeito em Linguagem Científica e a Síntese das Unidades Significativas.

O Sentido do Todo refere-se à leitura de todo depoimento do sujeito com o objetivo de adquirir um sentido geral do texto para a compreensão da linguagem própria desse. A discriminação das “Unidades Significativas” é a segunda etapa de análise, correspondendo à identificação das unidades significativas com foco no fenômeno pesquisado. Na terceira etapa, “Unidades Significativas Transformadas”, o pesquisador transforma linguagens comuns dos sujeitos em uma linguagem psicológica, enfatizando o fenômeno investigado, ou seja, expressando o sentido psicológico contido nessas linguagens. A última etapa é a fase em que o pesquisador sintetiza todas as unidades significativas transformadas em uma declaração que consiste de significados psicológicos em relação aos fenômenos observados, a partir das experiências dos sujeitos. Essa fase refere-se à estrutura da experiência e denomina-se “Síntese das Unidades Significativas Transformadas”.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos relatos sobre o cotidiano dos profissionais no exercício do trabalho com a demanda da violência doméstica, o sentido das vivências foi organizado em várias Unidades Significativas, apresentando-se aqui a que se refere à **presença dos desafios**.

Os principais desafios apontados pelos profissionais no exercício deste trabalho estão relacionados aos Atributos da Demanda; Gestão; Recursos Humanos; Estrutura física/equipamentos; Intersetorialidade e Estratégias de Intervenção, conforme detalhamento no quadro 1.

Quadro 1. Principais Desafios apontados pelos profissionais no Exercício do Trabalho com a Violência Doméstica, na Área da Assistência Social.

Indicadores	Descrição
--------------------	------------------

Atributos da Demanda	Complexidade da demanda marcada pela vulnerabilidade
Gestão	Ausência de diretriz e metodologia de trabalho adequados à complexidade das situações atendidas
Recursos Humanos	Número insuficiente de profissionais mediante a demanda
Estrutura Física e Equipamentos	Local inadequado para a garantia do sigilo e equipamentos desatualizados para a inclusão nos programas informatizados
Intersetorialidade	Dificuldade no estabelecimento de uma articulação eficaz com a rede de serviços - Saúde/Educação/Justiça
Estratégias de Intervenção	Desafio no rompimento com paradigmas de uma prática assistencialista e estigmatizante

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador.

Quanto aos **atributos da demanda**, a violência doméstica apresenta-se como um quadro social de natureza complexa, caracterizado por relações familiares marcadas pela desigualdade e desrespeito às fronteiras de cada membro nesta organização. Tudo isso em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica que requerem políticas públicas que atendam às necessidades desta população. Nesse lugar o profissional se afeta com o sofrimento humano e se sente co-responsável pela busca de alternativas para a superação desta situação:

Deparar-se com as desigualdades sociais e violação de direitos gera angústias; o profissional tem que estar atento para o autocuidado.(P7)

Este trabalho afeta a saúde do profissional... por nos sentirmos responsáveis pela vida de crianças/adolescentes em risco; pela atenção constante aos problemas e necessidades dos usuários. (P9)
[...]acredito que o contato com esta demanda com direitos violados com várias privações principalmente envolvidos com a violência doméstica pode afetar/influenciar o emocional e conseqüentemente o estado de saúde.(P11)

No cotidiano deste trabalho, é comum o profissional/técnico se deparar com situações de vida dos usuários que os deixam profundamente mobilizados e muitas vezes impossibilitados de realizarem intervenções eficazes.

Os casos são em grande maioria emergenciais e graves, demandando intervenção imediata. Nem sempre sabemos ou mesmo temos o que fazer frente a atual política social. (P6)

[...]pode abalar...por ser uma demanda muito complexa, muitas vezes nos deparamos com crianças de 2 ou 3 anos vítimas de violência sexual (P7)

A experiência inicial com o tema da violência provoca impactos de ordem física e emocional, além do aspecto motivacional, como descrita por um dos entrevistados:

[...] impactava muito fisicamente, inclusive, de perder o sono, de ter distúrbio... eu perdia o apetite, lembrava de alguma coisa não conseguia comer, [...] a sensação que eu tinha é que era anterior ao pensar. Vinha no corpo e eu tinha que pensar aquilo. [...] Você vai perdendo assim...aquela energia de criar, de vamos tentar de novo... porque é muito pesado. (P2).

Por isso, conforme apontam Macedo e Dimenstein (2012) a atuação no campo social com este tipo de demanda, requer uma implicação permanente do trabalhador.

Essa experiência incide, sem dúvida, de imediato em nossos territórios subjetivos (inclusive como pesquisador) produzindo efeitos que desalinham nossas fronteiras identitárias, visto que a intensidade do encontro com essas realidades distintas, com uma pluralidade de forças que geram inúmeras sensações, imagens, pensamentos e ações, indica que não há como sair ileso de tais experiências. (MACEDO;DIMENSTEIN, 2012, p. 188)

O sentimento de responsabilidade sobre a vida de crianças e adolescentes aparece implícito nas entrevistas, sobretudo, das profissionais mulheres que na prática correspondem à grande maioria do público desta pesquisa.

A questão do gênero, neste caso, parece ter uma relação com as profissões voltadas ao cuidado e que pelo fato de demandarem sutileza, dedicação e atenção rigorosa, segundo Pitta (1999 apud Penso, 2010), são automaticamente legitimadas como atributos do mundo feminino. Não por acaso, “as profissões no campo da saúde e da assistência social se constituem como profissões em que há uma evidente aproximação entre o mundo público e o mundo doméstico” (PENSO, 2010, p.140).

Isso posto, a proximidade entre o mundo público e o privado podem trazer consequências para as trabalhadoras no que diz respeito ao risco de não conseguir separar os aspectos subjetivos inerentes a esta atividade, fato que merece ser aprofundado em outro estudo.

Outro desafio que a experiência mostra, é que o rompimento com a situação de violência não é uma tarefa fácil, tampouco resolvida de forma imediata, e apesar do esforço do profissional, não há garantias de que o ciclo da violência seja interrompido já que o fenômeno em questão é resultado de múltiplas determinações e o seu enfrentamento depende

de ações que extrapolam a área da assistência com repercussões também para a saúde, educação e sistema de garantia de direitos, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1999).

[...]pela própria complexidade das questões/situações que permeiam o fenômeno da violência... [] as demandas não encontram acesso às políticas públicas e a responsabilidade acaba por se concentrar apenas no técnico de referência.(P4)

Este desafio chama a atenção para a necessidade de um olhar mais ampliado sobre este fenômeno, de modo a incluir outras instâncias no desenvolvimento de ações marcadas pela **Intersetorialidade**, ou seja, um trabalho em conjunto e articulado com os demais setores da sociedade que também se ocupam da atenção à criança, adolescente e sua família em condição de vulnerabilidade.

Os profissionais também apontam a **gestão** do serviço como um elemento que interfere diretamente no exercício profissional, reconhecendo que as diretrizes de trabalho não são claras, ou que está a serviço de um projeto político pontual, insensível às reais necessidades da população. Tudo isso resulta em maior dificuldade da equipe de trabalho executar suas tarefas, uma sensação de desorganização, que acaba afetando o profissional.

Falta..., diretriz de trabalho, foco; a metodologia muda com os ventos políticos; isso gera insegurança, desmotivação. (P2)

Neste sentido, os próprios órgãos de classe da Psicologia e Serviço Social (Conselho Federal de Psicologia e Conselho Federal do Serviço Social) defendem uma política de reconhecimento e valorização do trabalhador, ao considerar que a gestão do trabalho deve contemplar ao menos três dimensões indissociáveis: “as atividades exercidas pelas trabalhadoras e trabalhadores, as condições materiais, institucionais, físicas e financeiras, e os meios e instrumentos necessários ao seu exercício.” (CFP/CEFESS, 2007, p.44).

Os participantes da pesquisa são unânimes em apontar que tanto os **recursos humanos** quanto a **Estrutura Física e Equipamentos** como atualmente estão estruturados, comprometem a qualidade do serviço e as condições de trabalho da equipe.

Nossos direitos vêm sendo desrespeitados tanto em relação ao número de casos atendidos quanto às precárias condições do espaço físico oferecido (P3)

Esta realidade se contrapõe aos critérios propostos por autores que se dedicam a estudar metodologias de trabalho com essa demanda. Schreiner (2013), neste caso, aponta

para a necessidade da composição de equipes multidisciplinares com experiência e qualificação, além de ambiente adequado, com equipamentos e infraestrutura mínima, capacitação continuada, supervisão técnica e apoio psicológico.

Por último, as **estratégias de intervenção** exigem um profissional atento às transformações da sociedade, com uma disposição para a construção de novas metodologias que atendam os desafios do presente. Para tanto, é necessário que além do conhecimento específico de sua área, o profissional seja capaz de desenvolver competências também para o trabalho com colegas de outras áreas numa perspectiva interdisciplinar.

No caso da Psicologia que tradicionalmente sempre esteve voltada ao trabalho clínico, individualizado, o atendimento da violência na perspectiva de violação de direitos na área da assistência, se apresenta como um desafio a mais no seu cotidiano. Por se encontrar em contexto adverso do modo tradicional de atuação, muitos psicólogos experimentam estranhamento e mal-estar, como resultado da vivência de situações limites e de difícil manejo (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012). Neste caso, as políticas de Assistência Social são sentidas como um território sem fronteiras claras que não ajuda a delimitar o papel e a intervenção da Psicologia.

[...] o desafio é achar o lugar da Psicologia, porque os documentos, os trabalhos de outras cidades são específicos e não entendo que seja um norteador. [...] Aqui não tem, você não sabe pra onde você tem que ir, fica muito na análise individual. (P2)

A inserção da Psicologia na Assistência Social encontra-se em processo de construção o que gera no profissional certa angústia diante da incerteza sobre o seu lugar e limite de atuação.

Assim como a relação entre saúde e trabalho estão diretamente relacionadas e influenciam-se mutuamente, a apreensão do sentido e significado dessa relação para o profissional depende de uma análise contextualizada que considere as várias instâncias destas influências sobre o indivíduo e do local onde desenvolve o seu trabalho.

Para que o trabalhador, de fato tenha seu papel reconhecido como preponderante nesta atividade, é necessário que as autoridades municipais considerem a complexidade das situações nas quais estes profissionais devem atuar, de modo que o espaço destinado à efetivação do serviço (CREAS), se converta para o trabalhador num “ ponto de apoio para conter ou neutralizar os efeitos psicofísicos decorrentes da atuação nestes temas.” (SCHREINER, 2013, p.16).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As múltiplas formas de apresentação da violência doméstica, as variáveis individuais de cada situação, bem como a necessidade de integração com outras áreas de conhecimento, além das limitações institucionais, são fatores que ilustram o grau de complexidade envolvido neste tipo de atendimento.

Nesta investigação, constatou-se, que os desafios encontrados pelo profissional no desenvolvimento do seu trabalho, são percebidos como fatores de risco para a saúde do trabalhador. O contato com o sofrimento e vulnerabilidade da família atendida; ausência de metodologia e diretriz clara de trabalho; o número insuficiente de profissionais frente ao número de casos, além de espaços e equipamentos inadequados, interferem na segurança e satisfação do profissional com o resultado do seu trabalho, já que a qualidade da sua ação é sentida como ineficaz diante da complexidade dessa demanda.

Assim, parece fundamental que a estrutura organizada para o atendimento desta situação considere o elemento humano como parte fundamental desse processo, por sua condição óbvia de se afetar com o sofrimento do outro - humano como ele -, além da possibilidade de revisitar suas próprias experiências de violência como um elemento a mais nesta complexa tarefa.

O cuidado dispensado ao profissional, nesse contexto, é requisito fundamental para a prestação de um serviço de qualidade à população usuária do Sistema Único de Assistência Social. Neste sentido a própria Política Nacional da Assistência reconhece que o modo como são tratados os recursos humanos no campo das políticas públicas interferem diretamente na produtividade e qualidade dos serviços oferecidos à sociedade.

Desse modo, estudos que procurem dar visibilidade às características do contexto e processo de trabalho nessas condições, podem contribuir com a elaboração de estratégias mais eficientes na promoção de saúde do trabalhador ao lançar luz sobre a natureza especial dessa atividade, e destacar a importância de políticas de valorização e proteção à equipe, que se traduzem em estratégias de promoção de saúde, bem como a prevenção do adoecimento profissional.

REFERÊNCIAS

ALTO, S. **Estudo Exploratório de Alguns Factores Influenciadores do Trabalho com Famílias Multidesafiadas**. 2010. 101f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Lisboa, Portugal, 2010.

AMATUZZI, M. M. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 26(1) 93-100, janeiro - março 2009

ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 2, jun. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200013&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 31 jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200013>.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família**. São Paulo: Roca, 1988.

BRAGA, V; BATISTIN, C; CABIANCA, A.M.R.; BERTOLANI, A; OLIVEIRA, F. A problemática da saúde do trabalhador. 2001. **Brasil: estudmed.com**. Disponível em: URL: <http://www.estudmed.com/trabalhos/index.htm>. Acessado em 15 març 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 737, de 16 de maio de 2001: **política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n96. Seção 1e.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Lei Orgânica de Assistência Social. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no Diário Oficial da União, Brasília, 8 dez. 1993. _____. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

_____. **Norma Operacional Básica do Suas** (NOB/Suas). Brasília, 2005.

_____. **Censo SUAS 2014**. Brasília, secretaria Nacional de Assistência Social. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snass/vigilancia/index2.php>. Acesso em: 13 de jun 2015.

_____. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS – Brasília, 2011.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994

FLACH, L.; GRISCI, C. L. I.; SILVA, F. M.; MANFREDINI, V. Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. **Psicologia & Sociedade**; 21 (2): 193-202, 2009

JOB, F. P. (2003). **Os sentidos do trabalho e a importância da resiliência nas organizações**. Tese Doutorado Inédita. Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

KRUG, EG, DAHLBERG L, MERCY, J., ZWI, A., AB, R, editores. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.

LUNARDI, V. L. Problematizando Conceitos de Saúde, A partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999

MACEDO, J.P., DIMENSTEIN, M. (2012). O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Avances en Psicología Latinoamericana**, 30 (1), 182-192.

MARTINEZ, M.C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. São Paulo; 2002. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP.

MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, A. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública** 1997;13(Supl. 2):21-31.

MINAYO, M. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NJAINÉ, K. et al. (org). **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PENSO, Maria Aparecida et al . O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 1, 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 jun. 2015.

RODRIGUES, P. F. V. ; BELLINI, M. I. B. Trabalhador adoecido e relações familiares Educação.2010. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 345 - 357, ago./dez. 2010.

SCHREINER, O. G. **Caminhos para a cidadania: a experiência do Centro de Referência Especializado de Assistência Social, CREAS, do município de Rio Claro, SP, na garantia dos Direitos Humanos**. Rio Claro: Prefeitura Municipal de Rio Claro, 2013.

