



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO INSTITUTO DE
HUMANIDADES E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM HUMANIDADES
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM HUMANIDADES - MIH**

ISABELLE MARQUES BARBOSA

**TRABALHO CONTEMPORÂNEO E ADOECIMENTO: UMA ANÁLISE DOS
CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACANAÚ-CE**

REDENÇÃO – CE – BRASIL

2019

ISABELLE MARQUES BARBOSA

**TRABALHO CONTEMPORÂNEO E ADOECIMENTO: UMA ANÁLISE DOS
CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACANAÚ-CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Humanidades da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito para obtenção do título de Mestre em Humanidades.

Linha de pesquisa: Trabalho, Desenvolvimento e Migrações.

Orientador: Prof. Dr. José Weyne de Freitas Souza

REDENÇÃO – CE - BRASIL

2019

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Barbosa, Isabelle Marques.

B195t

Trabalho contemporâneo e adoecimento: Uma análise dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú-CE / Isabelle Marques Barbosa. - Redenção, 2019.
232f: il.

Dissertação - Curso de Programa De Pós-graduação Interdisciplinar Em Humanidades, Coord. Do Curso De Mest. Interdisciplinar Em Humanidades, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2019.

Orientador: Prof. Dr. José Weyne de Freitas Souza.

1. Assistência social. 2. Centros de Referência de Assistência Social. 3. Gestão do trabalho. 4. Saúde do trabalhador. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 361.61

ISABELLE MARQUES BARBOSA

Trabalho Contemporâneo e Adoecimento: uma análise dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú-Ce.

Dissertação apresentada ao Mestrado Interdisciplinar em Humanidades (MIH) Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Humanidades.

Aprovada em: 22/04/2019

BANCA EXAMINADORA



José Weyne de Freitas Sousa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)
Presidente



Samia Nagib Maluf

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)
Examinadora Externa ao Programa



Paulo César de Almeida

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Examinador Externo à Instituição

Dedico esta pesquisa às (aos) trabalhadoras (es) da política de assistência social, em especial às (aos) do município de Maracanaú – CE que apesar das adversidades que o cotidiano coloca, possuem como horizonte a busca pela justiça social.

AGRADECIMENTOS

Agradecer às pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, na elaboração deste trabalho é essencial, pois a construção do conhecimento não se dá de forma individualizada.

A Deus, primeiramente, suporte espiritual em todos os momentos.

À minha mãe, Mônica Marques, pela motivação nos momentos mais difíceis. Exemplo de resiliência, fé e amor. Sem o seu suporte e orações, não teria conseguido.

Ao meu pai, Paulo Jorge, que apesar das dificuldades da vida, soube criar seus três filhos com os valores mais nobres.

À minha irmã, Isadora Marques, por ter sido luz no meu caminhar. Mesmo tendo que terminar seu doutorado, soube dedicar seu pouco tempo à leitura deste trabalho, sugerindo, modificando e incentivando quando necessário. A sua cooperação e inteligência foram extremamente relevantes. Obrigada, minha irmã!

Ao meu irmão, Dyego Marques, que deu à nossa família a alegria do sorriso de uma criança, neste caso, três, meus amados sobrinhos: Caio Flávio, Dara Paula e Letycia Éster. A eles, devo meus melhores momentos. Alegria que restaura a alma.

Ao meu querido orientador, Dr. José Weyne de Freitas Souza, que soube me conduzir com competência na construção deste trabalho e, acima de tudo, proporcionou-me a tranquilidade necessária, compartilhando seus saberes com sensibilidade e profissionalismo. Meu respeito e admiração serão eternos.

À secretária de assistência social e cidadania de Maracanaú, Glauciane Viana, às coordenadoras da Proteção Social Básica, Darliane e Elizângela, pela liberação necessária para que este estudo ocorresse.

À querida amiga Eliane Aguiar, minha companheira de coordenação e de profissão, pelos livros emprestados. Dialoguei inúmeras vezes com eles.

À minha equipe de trabalho do CRAS Piratininga que entenderam e apoiaram meus momentos de ausência no trabalho por causa dos estudos.

A todos os professores do Mestrado Interdisciplinar em Humanidades que tive o prazer de conhecer nesse percurso. Levarei para a vida todos os ensinamentos.

Aos amigos que o mestrado me apresentou. Em especial, ao Miqueias Miranda, ao Luiz Antônio de Souza e à Bruna Soraia. Os momentos de angústias e incertezas foram minorados com os diálogos descontraídos que tivemos. Quero vocês sempre na minha vida.

E por fim, agradeço a todos os trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú que dedicaram seu tempo para que esse trabalho pudesse se concretizar.

...a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas estão intimamente relacionadas com as características de cada sociedade (...) a doença é uma realidade construída e (...) o doente é um personagem social (Cecília Minayo - O Desafio do Conhecimento).

RESUMO

Introdução A Organização Mundial de Saúde destacou que os problemas de saúde ocupacional configuram-se como os maiores desafios da atualidade. O Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho registrou no município de Maracanaú-CE 1.126 auxílios-doença por acidente de trabalho no período de 2012 a 2016. A administração pública geral ocupa a sétima colocação geral com mais afastamentos. Em relação aos trabalhadores da política de assistência social a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos visa assegurar um processo contínuo de valorização e cuidado com a saúde dos trabalhadores desta política pública. **Objetivo** Analisar em que medida aspectos relacionados ao trabalho podem impactar na saúde física e mental dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú – CE. **Metodologia** Estudo qualitativo e de corte transversal analítico com os servidores de nível superior que compõe o Serviço de Proteção Integral à Família. Para o estudo transversal analítico foi utilizado um questionário com base na Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho com os trabalhadores que teve como objetivo obter informações relevantes de como é o contexto de trabalho nos CRAS. Para o estudo qualitativo realizamos entrevista individual que apreendeu aspectos relacionados à identidade, situações de trabalho, vivências e representações sobre o adoecimento. Os dados coletados foram categorizados através da análise temática, com auxílio da observação participante com registro em diário de campo. **Resultados** A amostra estudada apresentou como perfil: 90,24% do sexo feminino; 78,04% são pardos/negros; 51% são casados; 48,78% possuem formação em serviço social; 82,92% possuem algum tipo de pós-graduação; 71,17% são servidores efetivos, com cargas horárias que variam de 40h a 24h; 56,1% possuem uma média salarial de 4 a 5 salários mínimos e o maior percentual de tempo de serviço na prefeitura é de 6 anos, com 19,51%; 56,1% da amostra disseram ter adoecido por conta das condições de trabalho. As doenças identificadas com maior recorrência foram ansiedade (26,09%), alergia (26,09%) e fadiga/estresse/estafa (21,73%). A percepção dos trabalhadores sobre seu contexto de trabalho apresentou indicadores críticos para os itens relacionados às condições de trabalho e organização do trabalho. Os itens das condições de trabalho que apresentaram indicador grave são: precariedade das condições de trabalho e instrumentos/equipamentos de trabalho insuficientes. O item da organização do trabalho que apresentou indicador grave foi: a insuficiência de trabalhadores para realizar os serviços. A pesquisa identificou que os trabalhadores percebem o seu trabalho como fonte de adoecimento. Que o cotidiano é cheio de desafios, sem que sejam dadas as condições de realização do trabalho. As péssimas condições de trabalho desencadeiam insatisfação e intensificação do trabalho. **Conclusão** Diante desse cenário e de uma redução no orçamento para o funcionamento do Sistema Único de Assistência Social para o ano de 2019 em 50% acreditamos que a degradação do trabalho e a ofertas dos serviços tenderão a piorar nos próximos anos, aumentando assim a possibilidade do trabalhador das unidades de CRAS adoecerem com maior frequência, caso não haja a recomposição orçamentária necessária.

Palavras-chave: Assistência social. Centros de Referência de Assistência Social. Gestão do trabalho. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Introduction The World Health Organization emphasized that occupational health problems are the greatest challenges of our time. The Digital Observatory for Health and Safety at Work registered in the municipality of Maracanaú-CE 1,126 sickness benefits due to occupational accidents in the period 2012 to 2016. The general public administration occupies the seventh general place with more separations. In relation to workers in the social assistance policy, the Basic Operational Norm of Human Resources aims to ensure a continuous process of valuing and taking care of the health of workers in this public policy. **Goal** To analyze the extent to which aspects related to work can impact the physical and mental health of the workers of the Maracanaú Social Assistance Reference Centers – CE. **Methodology** Qualitative and cross-sectional study with the top-level servers that make up the Service of Integral Protection to the Family. For the cross-sectional analytical study, a questionnaire was used based on the Scale of Evaluation of the Work Context with the workers, whose objective was to obtain relevant information about how the work context in CRAS. For the qualitative study we conducted an individual interview that seized aspects related to identity, work situations, experiences and representations about illness. The data collected were categorized through the thematic analysis, with the aid of participant observation with record in field diary. **Results** The studied sample presented as profile: 90.24% female; 78.04% are brown / black; 51% are married; 48.78% have social service training; 82.92% have some type of postgraduate degree; 71.17% are actual servers, with hourly charges ranging from 40h to 24h; 56.1% have an average salary of 4 to 5 minimum wages and the highest percentage of service time in the city is 6 years, with 19.51%; 56.1% of the sample said they had fallen ill due to working conditions. The most frequently identified diseases were anxiety (26.09%), allergy (26.09%) and fatigue / stress / scam (21.73%). The perception of the workers about their work context presented critical indicators for the items related to working conditions and work organization. The items in the working conditions that presented a serious indicator are: precarious conditions of work and insufficient instruments / work equipment. The item of work organization that presented a serious indicator was: the insufficiency of workers to perform the services. The research identified that workers perceive their work as a source of illness. That the daily life is full of challenges, without giving the conditions to carry out the work. The poor working conditions trigger dissatisfaction and intensification of work. **Conclusion** Faced with this scenario and a reduction in the budget for the operation of the Single Social Assistance System for the year 2019 by 50%, we believe that the degradation of work and the offerings of services will tend to worsen in the coming years, thereby increasing the possibility of CRAS workers becoming more likely to become ill, if there is not the necessary budgetary recomposition.

Key words: Social assistance. Reference Centers for Social Assistance. Work Management. Worker's health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Município de Maracanaú com a localização geográfica dos Centros de Referência de Assistência Social, 2018	72
Figura 2 – Organograma da Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) de Maracanaú-CE, 2018	75
Figura 3 – Frente do CRAS Acaracuzinho, Maracanaú-CE, 2018	121
Figura 4 – Sala de Atendimento técnico de nível superior, CRAS Acaracuzinho, Maracanaú-CE, 2018	121
Figura 5 – Usuários do CRAS Acaracuzinho aguardando atendimento, Maracanaú-CE, 2018	122
Figura 6 – Frente do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018	126
Figura 7 – Recepção do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018	126
Figura 8 – Sala de atendimento de nível superior CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018	126
Figura 9 – Sala de atendimento do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018	127
Figura 10 – Sala maior para grupos CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018	127
Figura 11 – Frente do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE, 2018	131
Figura 12 – Recepção do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE, 2018	131
Figura 13 – Salão para as atividades coletivas do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE, 2018	132
Figura 14 – Sala de atendimento técnico de nível superior do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE, 2018	132
Figura 15 – Rua de acesso ao CRAS Antônio Justa em dias de chuva, Maracanaú-CE, 2018	133
Figura 16 – Frente do CRAS Indígena, Maracanaú-CE, 2018	135
Figura 17 – Parte interna do CRAS Indígena, Maracanaú-CE, 2018	135
Figura 18 – Frente do CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE, 2018	139
Figura 19 – Entorno do CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE, 2018	140
Figura 20 – Rua de acesso ao CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE, 2018	140
Figura 21 – Espaço geral para as atividades coletivas do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018	144
Figura 22 – Espaço geral para as atividades particularizadas do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018	144

Figura 23 – Espaço aberto do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018	144
Figura 24 – Recepção do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018	145
Figura 25 – Uma das Salas de atendimento técnico de nível superior do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018	145
Figura 26 – Sala de atendimento de nível médio do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018	145
Figura 27 – Situação do CRAS Jereissati em dias de chuva, Maracanaú-CE, 2018	146
Figura 28 – Frente do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018	150
Figura 29 – Recepção do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018	150
Figura 30 – Sala de Atendimento técnico de nível superior CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018	150
Figura 31 – Espaço externo do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018	151
Figura 32 – Rua de acesso ao CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018	151
Figura 33 – Frente CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018	154
Figura 34 – Sala de atendimento técnico nível superior CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018	155
Figura 35 – Ambiente externo CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018	155
Figura 36 – Frente do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018	158
Figura 37 – Recepção do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018	159
Figura 38 – Sala da coordenação e administrativo do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018	159
Figura 39 – Espaço para atividades coletivas do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018	159
Figura 40 – Rua de acesso ao CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018	160
Figura 41 – Frente do CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018	163
Figura 42 – Rol de acesso às salas do CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018	164
Figura 43 – Parte interna do almoxarifado do CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018	164
Figura 44 – Parte interna do banheiro feminino do CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018 .	164
Figura 45 – Parte interna da sala de atendimento de nível médio CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018	165
Figura 46 – Sala para atividades coletivas CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018	165
Figura 47 – Sala de atendimento de nível superior CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018 .	165

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Afastamentos (Auxílios-doença por Acidente do Trabalho – B91). Ano 2012-2016, Maracanaú-CE	20
Gráfico 2 – População em extrema pobreza por faixa etária, Maracanaú-CE, 2018	77
Gráfico 3 – Divisão Gênero/sexo dos trabalhadores por CRAS, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	103
Gráfico 4 – Quantidade de trabalhadores por grupo étnico nos CRAS, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	104
Gráfico 5 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por estado civil, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	106
Gráfico 6 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por escolaridade e formação, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	106
Gráfico 7 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por vinculação de trabalho, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	107
Gráfico 8 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por função e vinculação de trabalho, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	107
Gráfico 9 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por vinculação e carga horária semanal de trabalho, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	108
Gráfico 10 – Função no CRAS e faixa salarial dos trabalhadores, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	109
Gráfico 11 - Tempo de serviço na prefeitura e faixa salarial dos trabalhadores, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)	110

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Desenvolvimento conceitual da Saúde do Trabalhador	25
Quadro 2 – Categorização das Doenças de acordo com sua relação com o trabalho	31
Quadro 3 – Síntese dos direitos e programas sociais vinculados ao campo da assistência social no Brasil – 1934-88	63
Quadro 4 – Ano de implantação dos Centros de Referência de Assistência Social em Maracanaú-CE	71
Quadro 5 – Bairros atendidos por cada CRAS de Maracanaú-CE, 2018	72
Quadro 6 – Diferenças entre planejamento tradicional e planejamento estratégico	83
Quadro 7 – Critérios para avaliação dos resultados da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho – EACT	95
Quadro 8 – Forma de interpretação dos resultados Satisfatório, Crítico e Grave da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho – EACT	95
Quadro 9 - Contagem de Gênero/Sexo dos trabalhadores nos CRAS de Maracanaú-CE, 2018	104
Quadro 10 - Censo SUAS 2013-2017: trabalhadores de nível superior efetivos dos Centros de Referência de Assistência Social, Maracanaú-CE	107
Tabela 1 – Índice de Desenvolvimento dos Centros de Referência de Assistência Social, Maracanaú-CE. Quadriênio (2014-2017)	85
Tabela 2 – Distribuição e percentual de adesão aos questionários EACT nos CRAS de Maracanaú-CE, 2018	101
Tabela 3 – Média e desvio padrão da amostra (n=41) relativa à Condição de Trabalho, Maracanaú-CE, 2018	111
Tabela 4 – Média e desvio padrão da amostra (n=41) relativa à Organização do Trabalho, Maracanaú-CE, 2018	113
Tabela 5 – Média e desvio padrão da amostra (n=41) relativa às Relações Socioprofissionais, Maracanaú-CE, 2018	114
Tabela 6 – Disposição das respostas individuais dos questionários da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, Maracanaú-CE, 2018	115
Tabela 7 – Classificação dos indicadores EACT dos Centros de Referência de Assistência Social, Maracanaú-CE, 2018	116
Tabela 8 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Acaracuzinho,	

Maracanaú-CE	120
Tabela 9 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Acaracuzinho, Maracanaú-CE ..	120
Tabela 10 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE	124
Tabela 11 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE	125
Tabela 12 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE	130
Tabela 13 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE .	130
Tabela 14 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades CRAS Indígena, Maracanaú-CE	136
Tabela 15 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Indígena, Maracanaú-CE	136
Tabela 16 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE	139
Tabela 17 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE	139
Tabela 18 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE	143
Tabela 19 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE	143
Tabela 20 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE	149
Tabela 21 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE	149
Tabela 22 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018	153
Tabela 23 – Quadriênio IDCRAS (2014-2017) do CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018	154
Tabela 24 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE	157
Tabela 25 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE	158
Tabela 26 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Timbó, Maracanaú-CE	162
Tabela 27 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Timbó, Maracanaú-CE	163

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADL	ÁREAS DE DESENVOLVIMENTO LOCAIS
BPC	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA
CADÚNICO	CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS DO GOVERNO FEDERAL
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CIT	COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
CFESS	CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL
CGSSF	COORDENAÇÃO GERAL DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS A FAMÍLIAS
CMAS	CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CMDCA	CONSELHO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
CMDPI	CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA
CMM	CONSELHO MUNICIPAL DA MULHER
CNAS	CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CONSEA	CONSELHO MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
CMPCD	CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
CPBS	CONTEXTO DE PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS
CRAS	CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CRESS	CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL
DGSUAS	DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO SUAS
DPSB	DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA
DOU	DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
DORT	DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO
EACT	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CONTEXTO DE TRABALHO
FMAS	FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
GEAS	GRATIFICAÇÃO POR EXERCÍCIO NA ASSISTÊNCIA SOCIAL
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IC	INTERVALOS DE CONFIANÇA
IDCRAS	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
IDMH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL
IPM	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL

JMM	JUNTA MÉDICA MUNICIPAL
LER	LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS
LOAS	LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
LOS	LEI ORGÂNICA DE SAÚDE
MDS	MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL
MOPS	MAPA DE OPORTUNIDADES E SERVIÇOS PÚBLICOS
NOB- RH/SUAS	NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
NOB-SUAS	NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
OT	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
PAIF	SERVIÇO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA
PBF	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
PEC	PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL
PIB	PRODUTO INTERNO BRUTO
PCCV	PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E VENCIMENTOS
PDT	PSICODINÂMICA DO TRABALHO
PL	PARTIDO LIBERAL
PLOA	PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL
PMCMV	PROGRAMA MINHA CASA MINHA VIDA
PNAS	POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
PNSST	POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR
PSB	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA
PT	PARTIDO DOS TRABALHADORES
RMA	RELATÓRIO MENSAL DE ATENDIMENTO
SASC	SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA
SCFV	SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS
SMRT	SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO
SUAS	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1 SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA CATEGORIA EM ANÁLISE	22
1.1 As relações sociais de trabalho e sua relação com o adoecimento	29
1.2 Política Nacional de Segurança e Saúde do trabalhador	36
1.3 O trabalho e os trabalhadores: marcos regulatórios para a execução da política de assistência social no Brasil	39
1.4 Saúde do trabalhador no Sistema Único de Assistência Social	44
2 POLÍTICAS SOCIAIS: DELINEANDO OS PERCURSOS DO SEU DESENVOLVIMENTO	46
2.1 Estado, orçamento público e política de assistência social no Brasil	54
2.2 Assistência social como direito: um percurso em constante construção	59
3 A POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NA TERRA DAS MARACANÃS	67
3.1 Estrutura organizacional da Secretaria de Assistência Social em Maracanaú	73
3.2 Conhecendo o público-alvo dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social e os recursos financeiros disponíveis para a execução dos serviços	76
4 GESTÃO PÚBLICA: ANALISANDO OS ÍNDICES DE DESENVOLVIMENTO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	81
5 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	87
6 OBJETIVOS	89
6.1 Objetivo Geral	89
6.2 Objetivos Específicos	89
7 METODOLOGIA	90
7.1 Caracterização dos trabalhadores e do contexto de trabalho: 1ª etapa	90
7.1.1 Tipo de estudo, local e período: 1ª etapa	90
7.1.2 População e amostra do estudo: 1ª etapa	90
7.1.3 Coleta dos dados: 1ª etapa	92
7.1.4 Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT): 1ª etapa	92
7.1.5 Análises dos dados da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT): 1ª etapa	94
7.2 Compreensão da percepção dos trabalhadores sobre condições de trabalho e adoecimento: 2ª etapa	95

7.2.1 Tipo de estudo, local e período: 2ª etapa	96
7.2.2 Sujeitos do estudo: 2ª etapa	96
7.2.3 Coleta de informações: 2ª etapa	97
7.2.4 Organização e interpretação dos resultados: 2ª etapa	97
7.3 Aspectos éticos	98
8 RESULTADOS	99
8.1 Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e os trabalhadores do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família: Caminhos percorridos	100
8.2 Preservação do sigilo – forma de identificação dos Centros de Referência de Assistência Social e dos participantes da pesquisa	102
8.3 Perfil da amostra dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social – Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho	103
8.4 Análise dos questionários da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho: relação com o adoecimento dos servidores dos Centros de Referência de Assistência Social	110
8.4.1 Condições de trabalho	111
8.4.2 Organização do trabalho	112
8.4.3 Relações Socioprofissionais	114
9 PERCEPÇÕES DA PESQUISADORA EM CAMPO: ANALISANDO OS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACANAÚ ..	118
9.1 Centro de Referência de Assistência Social Acaracuzinho: “ <i>Até quando esperar</i> ”	119
9.2 Centro de Referência de Assistência Social Alto Alegre: “ <i>Vou tirar você desse lugar</i> ”	124
9.3 Centro de Referência de Assistência Social Antônio Justa: “ <i>Vamos fugir</i> ”	129
9.4 Centro de Referência de Assistência Social Indígena: “ <i>Todo dia era dia de índio</i> ”	134
9.5 Centro de Referência de Assistência Social Jardim Bandeirantes: “ <i>Apesar de você</i> ” ..	138
9.6 Centro de Referência de Assistência Social Jereissati: “ <i>O plantador</i> ”	142
9.7 Centro de Referência de Assistência Social Mucunã: “ <i>O que será</i> ”	148
9.8 Centro de Referência de Assistência Social Pajuçara: “ <i>Simples desejo</i> ”	152
9.9 Centro de Referência de Assistência Social Parque São João: “ <i>Asa Branca</i> ”	156
9.10 Centro de Referência de Assistência Social Timbó: “ <i>Construção</i> ”	161
10 A REALIDADE DOS TRABALHADORES DOS CRAS DE MARACANAÚ-CE: RELAÇÕES DE TRABALHO SOB O PONTO DE VISTA DOS ENTREVISTADOS	168
10. 1 Identidade: a construção coletiva de uma política pública	169

10.2 A centralidade do trabalho no CRAS: dilemas para o alcance dos objetivos da política de assistência social	171
10.3 Trabalho: uma mistura de prazer e sofrimento	181
10.4 Adoecimento no trabalho: elementos para o debate	187
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	196
REFERÊNCIAS	200
APÊNDICE	211
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	212
APÊNDICE 2 – TERMO DE ANUÊNCIA	214
APÊNDICE 3 – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	215
APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE CAMPO	216
APÊNDICE 5 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE CAMPO	218
APÊNDICE 6 – DIÁRIO DE CAMPO	221
APÊNDICE 7 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE CAMPO	222
ANEXO	225
ANEXO 1 – CARTA DE INTENÇÃO DO FÓRUM MUNICIPAL DE TRABALHADORES DO SUAS DE MARACANAÚ	226
ANEXO 2 – CARTA DE ENCAMINHAMENTO	228
ANEXO 3 – OFÍCIO DE APRESENTAÇÃO UNILAB.....	229
ANEXO 4 – PARECER DO CEP	231

INTRODUÇÃO

Visando o estudo no campo da Saúde do Trabalhador, a presente dissertação buscará analisar em que medida elementos que compõe a gestão do trabalho nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS do município de Maracanaú-CE podem interferir na saúde de seus trabalhadores.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e Organização Mundial da Saúde – OMS (2018), cerca de 45% da população mundial e cerca de 58% da população acima de 10 anos de idade faz parte da força de trabalho. Desta forma, o trabalho desta população configura-se como a base de sustentação econômica e material das distintas sociedades, implicando por outro lado a dependência das sociedades da capacidade laboral de tais indivíduos. Assim, a importância na atenção à saúde do trabalhador e à saúde ocupacional é imprescindível para a produtividade das nações e conseqüentemente seu desenvolvimento econômico e sustentável¹.

A OMS (2018) destaca que os problemas de saúde ocupacional, principalmente aqueles ligados às novas tecnologias de informação e automação configuram-se como os maiores desafios da atualidade e também para o futuro no que diz respeito à saúde do trabalhador. Além disso, elencam-se como destaque a ocorrência crescente de novas doenças ocupacionais cujas origens configuram-se das mais variadas².

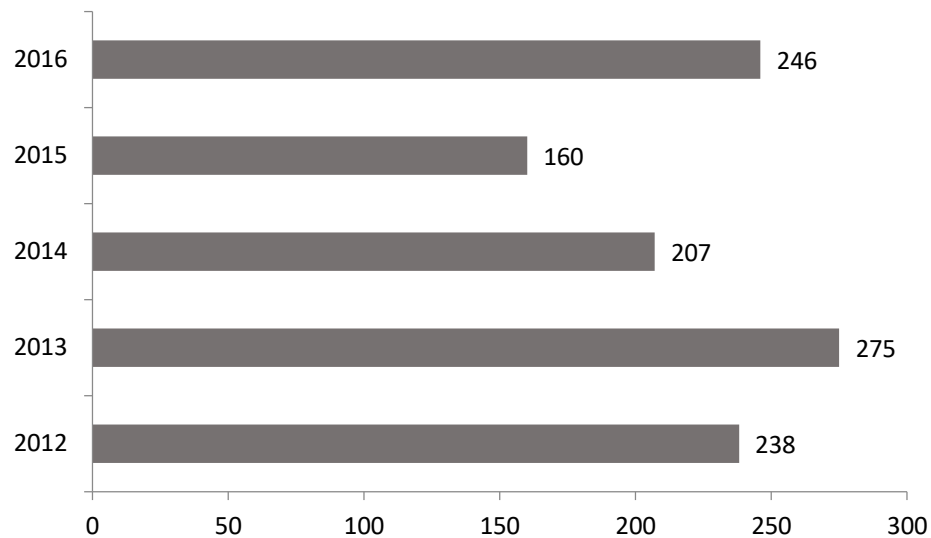
De acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (2018)³, no município de Maracanaú-CE, foram registrados 1.126 auxílios-doença por acidente de trabalho (B91) no período de 2012 a 2016, conforme detalhamento no Gráfico 1. O impacto previdenciário dos afastamentos nessa localidade foi de R\$ 5.936.550,46 com perda de 165.076 dias de trabalho.

¹ A OPAS é um organismo internacional de saúde pública que se dedica a melhorar as condições de saúde dos países da América Latina. Possui um século de experiência. Objetiva direcionar esforços para alcançar metas comuns traçadas pelos governos que fazem parte da OPAS/OMS, disponibilizando uma atenção especial aos grupos vulneráveis, tais como: mães e crianças, trabalhadores, idosos, pobres, refugiados e desabrigados, de acordo com site: < http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672 > Acesso em 03 jan. 2018.

² Disponível em < http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672 > Acesso em: 03 jan. 2018.

³ Disponível em:< <https://observatoriosst.mpt.mp.br/> > Acesso em: 10 jan. 2018.

Gráfico 1 – Afastamentos (Auxílios-doença por Acidente do Trabalho – B91). Ano 2012-2016, Maracanaú-CE



Fonte: Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (2018). Elaborado pela Pesquisadora (2018).

Dados disponibilizados por este observatório mostram ainda os dez setores econômicos com mais afastamentos. Dentre esses dez setores, a administração pública geral encontra-se na sétima colocação geral.

Deste modo, o cuidado com a saúde do trabalhador, bem como, a garantia de um ambiente saudável e livre de instabilidades, são fundamentais para a sociedade como um todo. A saúde ocupacional configura-se como estratégia razoável a ser adotada pela iniciativa privada, assim como, pela pública, pois possibilita o cuidado com a saúde do trabalhador e contribui diretamente para a qualidade dos produtos, sejam eles materiais ou imateriais frutos do trabalho, para a motivação e satisfação na execução das atividades de trabalho, e o mais basilar, favorece a economia nacional e local de cada sociedade.

Este trabalho estará disposto da seguinte forma. Primeiro, escolhemos situar o leitor em relação à problemática saúde do trabalhador, fornecendo elementos necessários para compreensão desta categoria no Brasil com um resgate histórico, político e social, correlacionando com a especificidade dos trabalhadores da política de assistência social. No segundo tópico, realizamos a contextualização do surgimento das políticas sociais, especificando a relação entre Estado e orçamento público. Adentramos no percurso construtivo da política de assistência social no Brasil já que se trata do âmbito de trabalho dos sujeitos desta pesquisa. Em seguida, a pesquisa buscou entender como ocorre a operacionalização da política de assistência social no município de Maracanaú-CE, conhecendo a estrutura organizacional, o perfil populacional daqueles que são atendidos pela

assistência social e o recurso financeiro para a operacionalização dos serviços. Isto nos dará base para dimensionar onde os trabalhadores estão inseridos e como esses elementos somam-se para a construção das relações de trabalho nesta política. No tópico quatro, mostramos o desenvolvimento da gestão pública no Brasil e como a configuração desses modelos rebate na prática dos gestores municipais. Analisamos os indicadores criados para o monitoramento da oferta dos serviços na política de assistência social. Nos próximos tópicos, apresentamos os objetivos da pesquisa, bem como, a metodologia utilizada para o seu alcance. A partir do tópico oito, os resultados coletados pela pesquisa serão apresentados, finalizando com as considerações finais do percurso traçado até então.

1 SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA CATEGORIA EM ANÁLISE

Os estudos que buscam relacionar trabalho, doença e saúde não são recentes. De acordo com Waissmann (2000), a preocupação em entender as possíveis relações estabelecidas entre as três categorias: trabalho, doença e saúde, datam desde a antiguidade. Pode-se constatar que a busca de conhecer os processos que permeiam trabalho e doença ficaram registrados historicamente em textos judaicos e em papiros egípcios, transcorrendo toda a antiguidade através de Hipócrates, Platão, Plínio, Plautus, dentre outros.

Ao longo da história da humanidade, vários estudos tiveram a intenção de investigar os diversos tipos de atividades laborais e sua relação com o adoecimento. Mas, somente a partir de 1700 é que se tem uma proposta de sistematização dos diversos tipos de adoecimentos decorrentes do tipo de trabalho exercido pelas pessoas. A sistematização deu-se no livro do médico italiano Bernardino Ramazzini (2016) intitulado de “*As doenças dos trabalhadores*” em que o autor relacionou saúde-trabalho-doença entre dezenas de trabalhadores de distintas categorias, cujo método evidenciou-se na perspectiva da integralidade, sendo esta literatura importante ainda hoje para a medicina ocupacional (MENDES; WAISMANN, 2003).

Ramazzini (2016) em seu debate teórico, na tentativa de caracterizar as inúmeras doenças possíveis que poderiam acometer distintos trabalhadores, inaugurou um campo antes desconhecido pela medicina da época, o da sistematização para o cuidado com o trabalhador. Previa, como essencial na abordagem da compreensão das relações entre saúde e trabalho, a apreensão dos elementos que circunscrevem a esfera da vida do trabalhador. Assim, Ramazzini (2016, p. 209) acrescenta que é preciso conhecer os trabalhadores “[...] Não somente pela maneira como se encontram, como também pelas condições de vida e do ofício, serão consideradas as doenças e estabelecidas suas curas”. Assim, introduziu um novo olhar para a medicina do trabalho.

Após mais de 300 anos, segundo Mendes (2016), a obra de Bernardino Ramazzini ainda é considerada atual pela inovação trazida apontando elementos relevantes para a compreensão da temática. Primeiro elemento elencado reforça a preocupação e o compromisso em conhecer a realidade de vida e de trabalho de um universo de pessoas, quase sempre esquecida pela medicina; outro elemento é a visão sobre a determinação social da doença. Inaugurando assim componentes valorosos à medicina social; outro ponto é a própria contribuição metodológica, pois para o professor titular, Ramazzini descreveu o passo a passo de como deveria ser a abordagem com tais trabalhadores no conhecimento do processo

doença e trabalho; por fim, outra inegável contribuição à medicina do trabalho que Ramazzini fez foi o da sistematização e da classificação das doenças de acordo com a natureza laboral, estabelecendo um nexos causal com o trabalho desenvolvido. Em relação a este último elemento, vemos que:

[...] De fato, deste critério de classificação empírica utilizado por Ramazzini, é possível pinçar as bases para uma sistematização da Patologia do Trabalho, na qual, no primeiro grupo, estariam as “doenças profissionais” ou “tecnopatias” e, no segundo, as “doenças adquiridas pelas condições especiais em que o trabalho é realizado” ou as “mesopatias” – classificação até hoje utilizada para fins medicolegais e previdenciários em muitos países, inclusive no Brasil (MENDES, 2016, p. 297).

Entendendo o longo percurso que se processava no campo da medicina, percebe-se, para este estudo, a necessidade de compreender como a saúde do trabalhador foi ganhando *status* e proposições próprias fora da medicina do trabalho.

Nessa perspectiva, ao partir para a compreensão do campo relacionado à saúde do trabalhador tem-se de ter em mente que essa arena de conhecimentos é especialmente nova. No Brasil, tal discussão teórica data do final dos anos 1970 quando o país passava por uma renovação democrática, especialmente relacionada às reformas com a nova proposta de saúde sanitária, abrindo-se espaço, naquela década, para a inclusão política, social e econômica do tema saúde do trabalhador na pauta das políticas em saúde coletiva (VASCONCELOS, 2007).

Vasconcelos (2007) explica que a reforma sanitária brasileira teve vasta contribuição das propostas da reforma sanitária italiana (Modelo Operário). A reforma sanitária italiana deu-se no cunho de forte inspiração operária, pois foi realizada pelo movimento dos trabalhadores e de intelectuais ligados à causa sanitária, tendo sido construída sobre as bases da medicina social latino-americana. Assim, o termo saúde do trabalhador foi gestado numa relação imbricada dos fatores relacionados aos determinantes de saúde-doença com estreita relação com os processos produtivos e as implicações diretas ou indiretas que tais processos têm na vida do trabalhador e na de sua família.

Ainda sobre as bases da reforma sanitária brasileira, Machado (1997, p. 35) também nos indica que as ações em vigilância da saúde do trabalhador possui entrelaçamento com as práticas da medicina social latino-americana e com o movimento de reforma sanitária italiano. A saber, as bases do pensamento desta medicina social dão-se pelo seguinte:

- 1) a determinação social da saúde;

- 2) a relativização de métodos quantitativos na análise da associação entre causa e efeito;
- 3) a integração de diferentes disciplinas em torno da discussão da saúde;
- 4) o desenvolvimento de práticas e gestões participativas em saúde;
- 5) a compreensão da dinâmica entre sujeito individual e coletivo.

Já a reforma sanitária italiana, de acordo com Machado (1997, p. 35), agrega conceitos do chamado modelo operário italiano que traz os seguintes pontos “não delegar, não monetarizar os riscos e buscar a validação consensual em grupos homogêneos”. Por que saber disso? O autor coloca que tais princípios foram reinterpretados e agregados ao sistema de saúde do Brasil, isso na década de 1980, e trouxeram conceitos que serviram de base para ações de vigilância da saúde do trabalhador⁴, este, inicialmente, com uma marcante presença do movimento sindical e do mundo acadêmico. Assim, a medicina social latino-americana e a reforma sanitária italiana serviram de vetor norteador para o processo posterior da reforma sanitária brasileira, que, mais tarde, na década de 1980 criaria o Sistema Único de Saúde (SUS) e logo em seguida, na década de 1990, a Lei Orgânica de Saúde – LOS.

Para se consolidar, o processo inicial em que se gesta o campo de vigilância da saúde do trabalhador foi necessário alguns elementos. Machado (1997, p. 35) destaca alguns deles: “consolidação institucional, de reconhecimento social mesmo entre os setores diretamente envolvidos (saúde, trabalho e previdência social), de aprofundamento conceitual e da devida abrangência territorial de atuação”. Sem tais elementos fica inviável a operacionalização das ações a que se propõe a vigilância da saúde do trabalhador.

⁴ De acordo com a Lei Orgânica da Saúde de nº 8080 de 1990, que traz em seus dispositivos legais o ordenamento sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, a saúde do trabalhador compõe o campo de atuação do Sistema Único de Saúde. De acordo com essa lei no art. 6º, § 3º entende-se por saúde do trabalhador o seguinte: “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: 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, 1990).

Até então, o liame que se estabelecia entre os processos saúde-trabalho eram abordados exclusivamente no campo da medicina do trabalho e no campo da saúde ocupacional, todas as referências técnico-científicas e político-institucionais vinculavam-se a um ou a outro campo. Notadamente para Vasconcelos (2007), a originalidade que o campo da saúde do trabalhador trazia era o fato de agregar inovações ao campo da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, trazendo à baila novos elementos de análise e adensando os estudos formando então uma nova categoria de análise. Segundo o autor, destaca-se dentre as inovações:

A ampliação do objeto de intervenção sobre a produção *stricto sensu* (processos e ambientes de trabalho), incorporando outras variáveis sociais, econômicas, etc.; a sujeição dos determinantes à capacidade de intervenção da saúde pública; a incorporação do trabalhador, enquanto sujeito e protagonista, ao desenvolvimento do campo de produção de conhecimentos e de intervenção; e, entre outras diferenças conceituais, a superação do limite contratual do trabalho como enfoque normativo de garantia da saúde no exercício cotidiano de trabalhar (VASCONCELOS, 2007, p. 145-146).

Ao realizar a leitura dessas variáveis, vê-se que ainda há um entendimento modesto do que de fato o campo saúde do trabalhador se propõe, enquanto campo sanitarista de vanguarda e revolucionário de suas propostas em políticas públicas de saúde.

Para um melhor entendimento sobre os determinantes dos processos no campo da saúde, a Quadro 1, elaborada por Mendes e Oliveira (1995), sintetizam as principais diferenciações entre medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador. Segue:

Quadro 1 – Desenvolvimento conceitual da Saúde do Trabalhador

Determinantes do processo	Ação principal	Caráter principal	Ator principal	Cenário	Papel do usuário	Campo da Saúde
Biológico	Tratamento da doença	Técnico	Médico	Hospital	Usuário é objeto da ação	Medicina do trabalho
Ambiental	Prevenção da doença	Técnico	Equipe	Ambulatório	Usuário e ambiente são objetos	Saúde Ocupacional

Social	Promoção da saúde	Técnico e político	Cidadão	Sociedade	Sujeito	Saúde do Trabalhador
--------	-------------------	--------------------	---------	-----------	---------	----------------------

Fonte: Mendes e Oliveira (1995). Adaptado pela pesquisadora.

Dentro dessa linha de análise, discorreremos sobre o surgimento da saúde do trabalhador e usaremos o termo usado por Vasconcelos (2007) para esse percurso, intitulado de paradigma da saúde do trabalhador, buscando encontrar as bases referenciais relacionadas a variáveis técnicas, científicas, sociais, políticas, culturais e até ideológicas que transitam em torno de tal questão, centrando nossas concepções em torno dos determinantes do processo de saúde do trabalhador na perspectiva social de promoção da saúde.

O surgimento da sistematização do conceito concernente à saúde do trabalhador data, no Brasil, da segunda metade dos anos 1980 quando estudos voltam-se à inclusão da temática no centro do debate das políticas públicas de saúde, mais precisamente inserindo o debate no âmbito do SUS. As iniciativas ainda eram pontuais e muito incipientes. As primeiras práticas de cuidado com a saúde do trabalhador ocorreram na cidade de São Paulo e em outras grandes cidades brasileiras – centros urbanos, cujos programas voltados para o cuidado com esse público ainda davam os primeiros passos para uma possível consolidação. Mudanças de comportamento e práticas de cuidado em saúde do trabalhador vão se tornando cada vez mais constantes, agregando modificações nas ações e maiores iniciativas nesse âmbito por parte do Estado. A timidez de tais programas dava-se basicamente por conta da pouca produção teórica e metodológica da época sobre o assunto, fazendo com que a base de estudo para a saúde do trabalhador se desse através do que já se tinha no campo da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. O que leva a outro problema, a corriqueira e equivocada associação evolutiva da saúde do trabalhador à medicina do trabalho e à saúde ocupacional, fato contestado por estudiosos da área como afirma Vasconcelos (2007, p. 147):

[...] estaríamos seguindo um percurso histórico em que a medicina do trabalho e a saúde ocupacional, campos de atuação técnica, política e institucional já bem constituídos e reconhecidos internacionalmente, pouco a pouco seriam substituídos pela saúde do trabalhador. Não é esse o nosso entendimento. A saúde do trabalhador, enquanto área própria e singular no campo de atuação da saúde pública, foi se consolidando como escoadouro de ideias reformistas na saúde, na década de 1980, em que a vertente saúde-trabalho ganhou relevo após décadas de esquecimento no debate sobre as políticas públicas brasileiras de saúde, ou melhor dizendo, sobre as políticas brasileiras de saúde pública. Estas, no seu trajeto histórico por dentro do aparelho de Estado brasileiro, identificadas com um chamado sanitarismo ou movimento sanitaria, por sua vez, sempre representou uma espécie de corrente política defensora de um tipo de saúde contra-hegemônica ao imaginário da saúde como "aparelho de tratamento de doenças".

Voltemos um pouco para a primeira república brasileira. Ao estudar o movimento sanitário brasileiro na primeira república, por volta de 1915, Santos (1985) nos traz contribuições para entender como foi tratada a reforma sanitária brasileira no início do século. Discorre como as relações entre Estado e sociedade desencadeou a busca pelo desenvolvimento do país e de uma identidade nacional através do sanitário urbano. Naquele período, havia uma preocupação de relacionar o adoecimento da população, quase que exclusivamente, à miséria de vida das pessoas, onde pobreza, muitas vezes era sinônimo de doença, além do que também estava muito associada ao fenótipo negro do povo brasileiro. Desconsiderava as condições precárias de trabalho em que milhares de brasileiros e imigrantes estavam obrigatoriamente expostos.

Desta forma, já naquele início de século no Brasil, as proposições e o tom discursivo do movimento reformista sanitário pelo Estado não levou em consideração pensar a relação entre doença e trabalho. O direcionamento dado pelo Estado na construção de políticas públicas de saúde não vislumbravam tal perspectiva de análise. Deste modo, tem-se um longo período histórico das políticas de saúde pública afastado dessa linha de cuidado.

Vê-se nos estudos realizados por Santos (1985) que o trato da doença relacionada ao exercício do trabalho sempre foi vista pelo viés da reparação do dano e não da prevenção. O Estado brasileiro, desde seus primórdios, buscou engendrar procedimentos legais que dessem conta de regular o cotidiano laboral das pessoas, mas sem incluir no centro das discussões a causa, a raiz dos problemas em saúde, ou seja, não incluindo a relação entre saúde e trabalho na pauta da agenda da saúde pública. Isto é observado nas leis, como bem mostra o autor. No ano de 1888, a Lei nº 3397, que fixava as despesas gerais do império para o exercício de 1889, discorria da criação de uma caixa de socorro para os trabalhadores das estradas de ferro. Tal caixa (um auxílio mínimo) seria destinada à família ou ao trabalhador que, por razão de acidentes ou adoecimentos decorrentes do exercício no trabalho, fosse acometido de incapacidade para o mesmo. Posteriormente, no ano de 1919, criou-se o decreto nº 3724 que regulamentava as obrigações dos empregadores em relação aos acidentes no trabalho. Dando a possibilidade de assistência ao trabalhador e à sua família.

No decorrer dos anos que seguem, apenas foi legislado sobre a compensação para os trabalhadores em razão de acidentes ou doenças, mas nunca em razão de promoção, de entendimento que a saúde do trabalhador deveria estar incluída no âmbito das discussões de saúde coletiva, evitando-se assim, em tese, o adoecimento do trabalhador em decorrência de suas atividades laborais. Assim,

[...] como em outros países, se a questão da saúde no trabalho no Brasil foi paradigmática para a constituição de acervos legais, jurídicos e administrativos na conformação de políticas sociais, é instigante pensar o porquê da sua marginalidade ou exclusão do mundo da saúde pública, sendo o problema tão grave como determinante de indicadores de morbidade, mortalidade e problemas sociais diversos. Causa estranheza, ainda hoje, que os impactos sociais, econômicos e políticos resultantes das relações saúde-trabalho, historicamente bem estabelecidos e claramente extrapolando o limite da responsabilidade vinculada às instâncias trabalhistas, previdenciárias e privadas das relações contratuais de trabalho, não sejam alvo do mundo da saúde pública (VASCONCELOS, 2007, p. 148-149).

Somente após décadas de modificações e a busca por quebra de paradigmas é que a questão do risco de acidente e de adoecimento decorrente do exercício no trabalho passou de um *status* apenas legislativo de risco profissional para ter um *status* de risco social com a Lei nº 5319, de 1967. Esta dispõe sobre a integração do seguro de acidente do trabalho na previdência social. Mas ainda assim, tal *status* não foi capaz de inserir no centro das discussões o adoecimento dos trabalhadores em caráter mais ampliado. Quando o Brasil não inclui, ao longo de sua história, a saúde do trabalhador na discussão sanitária, ao que parece, pode ter relação como veio se desenrolando o olhar sobre o adoecimento do trabalhador que é explicitamente de cunho “contratual-trabalhista-previdenciário” (VASCONCELOS, 2007).

O não reconhecimento ou a insipiente relação entre trabalho e processo de saúde e doença é algo a ser encarado como um problema nos tempos de hoje. Fato é que empresas, órgãos públicos ou privados e as diversas instituições tendem a distanciar os distintos agravos relacionados à saúde do trabalhador das relações de trabalho estabelecidas em um processo histórico e dual para os trabalhadores. Lourenço (2016, p. 28), informa-nos que, antes de qualquer coisa, a saúde do trabalhador deve ser entendida:

[...] a partir de um conjunto de medidas que colocam limites à ânsia do capital por mais trabalho e que envolvem a proteção e regulação do trabalho e a proteção social, portanto, somente pode ser garantida por meio da luta de classes, ou seja, apenas pela força coletiva dos trabalhadores e trabalhadoras pode impulsionar os movimentos necessários para o reconhecimento dos danos no trabalho, para a luta pela preservação da vida e da saúde e pelas mudanças sociais de cariz emancipatórios.

A compreensão dos elementos que compõe a saúde do trabalhador perpassa pelo entendimento de como o processo de trabalho se estabelece dentro das relações e das formas que se esquamatizam no modo de produção capitalista.

Desta forma, a depender de como o trabalho é realizado, o corpo e a mente tendem a apresentar as características do fazer profissional. Evidenciando adoecimentos

físicos e mentais, bem como incapacidades permanentes ou temporárias (LOURENÇO, 2016).

Nessa conjuntura, a saúde do trabalhador deve ser pensada dentro de um contexto de proteção e regulação do trabalho que vai além do processo laboral, onde,

[...] ainda que os processos de trabalho devam ser compreendidos, fiscalizados e normatizados, é preciso pensar para além do ambiente e processo laboral. É preciso ratificar o compromisso com as políticas de proteção do trabalho (legislação trabalhista) e a efetividade da previdência social, saúde, educação, habitação e assistência social; sem tudo isso é muito difícil falar em saúde do trabalhador – para não dizer que é inócuo (LOURENÇO, 2016, p. 30).

Todos esses elementos, quanto analisados de forma conjunta, compõem como potencializadores da degradação da vida e da saúde pelo trabalho.

A seguir, analisaremos as mudanças organizacionais que impactam diretamente nesse campo.

1.1 As relações sociais de trabalho e sua relação com o adoecimento

Inúmeras modificações são percebidas nas últimas décadas no que diz respeito ao padrão mundial de produção e comércio. Isto decorre do processo de expansão e consolidação da globalização da economia, em escala cada vez mais mundializada, assim como, da reestruturação produtiva⁵ que instaura alterações significativas nas relações entre pessoas e países, impactando de forma decisiva sobre o mundo do trabalho, especificamente no que diz

⁵ A complexidade que gira em torno do movimento de reestruturação produtiva é tratada por alguns autores, dentre eles, Alves (2011). Segundo este autor, a reestruturação produtiva trata-se de um movimento que propõe mudanças nos modelos de produção econômicas vigentes dentro do modo de produção capitalista, a fim de retomar a valorização do capital. Antunes (2009) indica-nos que a reestruturação produtiva foi nada menos que um movimento de reorganização do capital, a fim de dar respostas à própria crise estrutural do capital iniciada nos anos 1970, quando ocorrera um esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, reduzindo-se os ganhos do capital por conta de uma hipertrofia da esfera financeira frente aos capitais produtivos. Assim, de acordo com Alves (2011, p. 34) “A reestruturação produtiva do capital no século XX foi marcada pelas inovações fordistas-tayloristas que alteraram a morfologia da produção de mercadorias em vários setores da indústria e dos serviços. No campo organizacional da grande indústria, fordismo e taylorismo tornaram-se “mitos mobilizadores” do processo de racionalização do trabalho capitalista. A introdução dos novos “modelos produtivos” foi lenta, desigual e combinada, percorrendo a maior parte do século XX. A produção em massa (ou o fordismo) altera de modo significativo a vida social, transfigurando as condições de produção (e de reprodução) social da civilização humana, atingindo de forma diferenciada países e regiões, setores e empresas da indústria ou de serviços. O que surge, hoje, com o novo complexo da reestruturação produtiva, cujo movimento predominante é o toyotismo, é mais um elemento compositivo do longo processo de racionalização do trabalho vivo que teve origem com o fordismo-taylorismo”.

respeito aos determinantes da saúde-doença, na organização das práticas em saúde, assim como, na própria segurança no trabalho (SILVA; BARRETO JUNIOR; SANT'ANA, 2003).

Relacionar como e o porquê dos trabalhadores adoecerem perpassa pelo entendimento de como as sociedades são organizadas em determinado tempo e lugar, podendo o processo saúde-doença ser considerado uma construção social mutável (DIAS, 2000).

Importante distinguir, de acordo com Wüncch Filho (1995), que os agravos à saúde dos trabalhadores englobam dois grandes campos, sendo eles, aqueles trabalhadores que adoecem em detrimento às doenças profissionais (acidentes de trabalho) e aqueles que adoecem em detrimento às doenças relacionadas ao trabalho. Para esse autor, o primeiro diz respeito ao agravamento da saúde por conta da relação inequívoca do trabalho com o aparecimento de determinada doença; já o segundo, diz respeito a um campo onde não há um pressuposto da inerência de relação direta entre o agravo e o trabalho, mas que o trabalho assume, dentre dessa perspectiva, um cofator relacional na etiologia da doença no indivíduo.

Sobre o adoecimento dos trabalhadores e sua relação com aspectos do trabalho desempenhado, Mendes e Dias (1999) colocam que os trabalhadores não estão apartados de perfis de adoecimento e morte iguais aos da população em geral, tais como idade, grupo social, gênero, etc. Mas é fato que, além desses perfis afetos a toda à população, os trabalhadores possuem especificidades decorrentes do tipo e de condições de trabalho que estão submetidos. Os autores sintetizam que o perfil de adoecimento e até mesmo morte dos trabalhadores estão relacionados com a combinação de fatores sintetizados a seguir: as doenças comuns, sem relação aparente com o trabalho exercido; doenças comuns (crônico-degenerativas, traumáticas, etc.) que são alteradas em sua frequência ou precocidade por conta da exposição dos trabalhadores a determinadas condições de trabalho; doenças comuns que são intensificadas ou complexificadas no espectro de sua etiologia em decorrência do trabalho; e por fim, problemas de saúde decorrentes especificamente por conta de acidentes e doenças profissionais.

A diferenciação entre esses quatro grupos de causas proposto por Mendes e Dias (1999) é sutil. Mas, os três últimos grupos formam mais especificamente as doenças relacionadas ao trabalho. Recorreremos à classificação feita por Schilling (1984) para explicar esses fatores, exposto no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorização das Doenças de acordo com sua relação com o trabalho

CATEGORIA	EXEMPLOS
I – Trabalho com causa necessária	Intoxicação por chumbo; Silicose; Doenças profissionais legalmente reconhecidas.
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doença coronariana; Doenças do aparelho locomotor; Câncer; Varizes dos membros inferiores.
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica; Dermatite de contato alérgica; Asma; Doenças Mentais.

Fonte: Schilling (1984). Adaptado pela pesquisadora.

Deste modo, Last (1995) considera, de acordo com a classificação de Schilling, que a categoria I propõe uma conceituação legal da doença já prevista no âmbito da previdência social e a ocorrência da doença, nesta categoria, deve ser notificada. Os grupos II e III, nessas doenças comuns, o trabalho entra como fator de risco, em que o agravamento da doença tende a ser aumentada pelos fatores em que o trabalhador esteja inserido, ou seja, não necessariamente tem uma natureza causal. Assim, a caracterização etiológica e apreciação de determinada doença nesses grupos II e III, será basicamente de natureza epidemiológica, onde a observação quantitativa e qualitativa da frequência de certas doenças, em determinadas profissões, será desvelada e melhor conhecida a partir do estudo do ambiente e das condições de e no trabalho em que os trabalhadores estejam inseridos.

O Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde (BRASIL, 2001) indica que classicamente os fatores de risco que estão presentes ou relacionados ao trabalho para a saúde e segurança dos trabalhadores são classificados em cinco grandes grupos, dispostos a seguir:

FÍSICOS: ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros; **QUÍMICOS:** agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho (ver a coluna de agentes etiológicos ou fatores de risco na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho); **BIOLÓGICOS:** vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária (ver a coluna de agentes etiológicos ou fatores de risco na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho); **ERGONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS:** decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e

noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros; MECÂNICOS E DE ACIDENTES: ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho (BRASIL, 2001, p. 28-29).

Deste modo, alguns elementos inter-relacionados impactam sobre os acidentes e adoecimentos no trabalho, inclusive nos estilos de vida de uma população em geral. A dinâmica social do trabalho, que se transforma em cada tempo, revela sua inequívoca relação com os processos de saúde-doença das sociedades contemporâneas. Incluem-se nesses elementos a automação, a modernização dos processos de trabalho, a informatização, as novas técnicas de gestão do trabalho, dentre outros, que subsidiam novas relações entre saúde e política econômica (WÜNCH FILHO, 1995).

Desta forma, é evidente que está cada vez mais difícil separar, com a máxima clareza, os exatos fatores que levam os trabalhadores a adoecerem. O perfil epidemiológico dos trabalhadores é bastante heterogêneo, pois além dos padrões distintos de adoecimento e de morte, surgem novos problemas de saúde que se acrescentam aos já existentes. Além do que, realizar uma clara separação do mundo do trabalho e do mundo fora do trabalho, em que identifiquemos com exatidão elementos adoecedores, de um ou de outro espaço, torna-se desafiador, uma vez que um pode influenciar no outro. Surge um agrupamento de elementos que se interseccionam e interferem na saúde do trabalhador sendo eles fatores ocupacionais e não ocupacionais (DIAS, 2000).

Embora as inovações tecnológicas sejam sentidas pelos distintos trabalhadores de forma não homogênea, é inegável que a combinação entre essas inovações com a pluralidade de métodos gerenciais causou uma intensificação dos processos de trabalho. Esta intensificação do trabalho passa a ser percebida no aumento das responsabilidades por parte do trabalhador, a complexificação das atividades, redução de trabalhadores para a execução das atividades, aumento do ritmo e fiscalização na realização das tarefas, que se traduzem em potenciais agravos à saúde dos trabalhadores, causando, dentre outras, as seguintes consequências: aumento dos afastamentos por motivo de doença no trabalho; doenças crônico-degenerativas, especialmente as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) relacionadas aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e um conjunto de adoecimentos de esfera psíquica relacionados ao desgaste mental (DIAS, 2000).

Sobre o adoecimento mental provocado pelo trabalho, a autora Seligmann-Silva (2011), em sua pesquisa, constatou que o trabalho é um causador de sofrimento mental.

Indicando que para que esse fenômeno seja entendido em sua essência é necessária uma abordagem interdisciplinar. Para essa autora, a dominação no trabalho foi:

[...] identificada como aspecto nuclear na constituição do desgaste, pois a dominação que ataca a dignidade e fere a autonomia da individualidade é a mesma que produz rupturas no mundo mental e psicossocial, atingindo a estabilidade psicossomática. Foi possível verificar que os fios que tecem a dominação fabricam, ao mesmo tempo, o sofrimento, na medida em que a dominação esmaga a identidade e aprisiona a alma no medo (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 23).

A autora nos faz refletir que o trabalho pode ser tanto fonte geradora de prazer como de sofrimento mental.

Gorz (1980) indica-nos que não podemos perder de vista a relação específica com o que ocorre no contexto local de trabalho com o contexto macro das relações sociais, onde se desenvolvem a divisão internacional do trabalho, mediadas diretamente pelo movimento político e econômico da sociedade.

Deste modo, empregaremos neste trabalho os conceitos relacionados à saúde e ao adoecimento estabelecido por Seligmann-Silva (2011, p. 36), que considera:

- a) *Saúde* como um estado ideal em que as forças vitais predominem na harmonização da variabilidade biopsicossocial – própria dos processos psico-orgânicos humanos, imersos no percurso existencial e na vida social.
- b) Adoecimento como um *processo* que se desenvolve em um *continuum* que é percebido como um eixo temporal ao longo do qual se estabelecem os confrontos entre forças vitais e forças desestabilizadoras. Como já mencionado acima, trata-se do processo de interação continuada, que é o *processo saúde-doença*.
- c) *Saúde mental* é uma *dimensão indissociável* desse processo, necessariamente visto seu todo. Não existe *adoecimento mental* que se constitua isoladamente do corpo e das inter-relações humanas.
- d) *Saúde mental* não pode ser confundida com *adaptação*.

Nesta medida, convém agregar o que Sampaio; Guimarães; Sampaio (2013, p. 428) exemplifica dos conceitos trazidos por José Jackson Coelho Sampaio em sua obra *Epidemiologia da Imprecisão: processos saúde/doença como objeto da epidemiologia de 1998*, em que:

Processo saúde/doença: processo particular de expressão das condições de vida de uma sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para

enfrentar desafios, agressões, conflitos e mudanças. Tem a tríplice e contraditória natureza: biológica, psicológica e social.

Sofrimento psíquico: conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriunda do antagonismo subjetividade/objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir sentido para a vida, aliada a sentimento de impotência e vazio, o eu experimentado como coisa alheia.

Doença mental: modo de reapropriação que revela o fracasso das tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportáveis os sofrimentos psíquicos, radicalizando o processo de alienação, fazendo o sujeito viver tensões sem expectativa de solução ou abolindo um dos polos de profundas contradições.

É notadamente sabido que o estudo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) é um campo multidisciplinar, sendo por isso influenciado por numerosas disciplinas. O fato de ser um campo multidisciplinar traz inúmeros desafios, visto os distintos pontos de vista de cada área de conhecimento. O desafio maior, segundo Seligmann-Silva (2011), está na integração da vastidão do campo teórico-metodológico que se circunscreve no âmbito multidisciplinar da SMRT. A interconecção entre as ciências biológicas, ciências humanas e ciências exatas é uma tarefa ainda a ser alcançada a fim de se obter uma compreensão mais vasta sobre o tema.

Dentro das possibilidades de investigação e de contribuições teórico-metodológicas para se relacionar trabalho e adoecimento mental, temos a disciplina denominada Psicodinâmica do Trabalho (PDT) criada em 1992 pelo psicanalista Francês Christophe Dejours em suas investigações sobre Psicopatologia do Trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Sobre a PDT, Seligmann-Silva (2011, p. 64) nos informa que a abordagem primordial dessa disciplina está no estudo dos mecanismos psicológicos de defesa socialmente articulados. Em que,

[...] Tais mecanismos, acionados em reação aos constrangimentos (pressões) do trabalho, configuram estratégias defensivas, e Dejours considerou que em muitas situações chegavam a constituir uma verdadeira *ideologia defensiva*. A exploração dessas defesas e do próprio sofrimento pelos que determinam a organização do trabalho é uma das vertentes mais fecundas das colocações de Dejours para a SMRT.

Acreditamos que outro ponto relevante trazido por Dejours (1992) é sobre o papel que a organização do trabalho estabelece na determinação do sofrimento psíquico. Para esse autor, o trabalho assume duplo sentido na vida das pessoas. O primeiro sentido é o caráter

favorecedor de saúde mental, ou seja, propenso à satisfação do homem, tornando-o mais criativo e entusiasta na realização das atividades. O segundo sentido é o da insatisfação, em que as diversas imposições do ambiente de trabalho e a forma em que o mesmo se organiza, causaria inibições de criatividade, favorecendo o sofrimento mental e uma possível crise de identidade do indivíduo.

Seligmann-Silva (2011, p. 65) elenca os principais pontos trazidos por Dejours sobre o papel da organização do trabalho no sofrimento psíquico. Sendo eles:

[...] por diferentes vias, a organização do trabalho ocasiona insatisfação, quer pelo esvaziamento de sentido, quer pela violentação de uma “economia psicossomática” que seria singular para cada trabalhador. Pois a *organização do trabalho*, associada ou não às condições do ambiente físico, químico e biológico do trabalho, muitas vezes desrespeita as necessidades do corpo – em sua fisiologia e em sua integração psicossomática. As imposições organizacionais que ferem o amor-próprio também degradam a autoestima e, dentro da visão psicanalítica, acarretam uma ferida narcísica. Essas seriam, segundo Dejours, as diferentes vias que levam ao sofrimento mental e também, pela via psicossomática, ao adoecimento do corpo.

Deste modo, analisar as diversas vertentes da intensificação e da organização do trabalho, entendendo os determinantes contextuais de cada *lócus* laboral, nos favorecerá melhor compreensão dos processos de trabalho que podem conduzir a distintas formas de alienação e subjetivação dos indivíduos, podendo assim, assumir formas de sofrimento e de adoecimento mental, como também, formas fragmentadas de integração de uma coletividade no trabalho, mais especificamente como estão postos tais determinantes para os sujeitos desta pesquisa, os trabalhadores dos CRAS de Maracanaú-CE.

Na perspectiva de se entender a subjetivação do trabalhador dentro dos processos de trabalho, Alves (2011) traz em seus estudos a captura da subjetividade do trabalhador frente à precarização do trabalho no capitalismo global⁶. O autor coloca que o horizonte norteador dos dispositivos organizacionais, e aí se incluem também os institucionais, é fazer com que os trabalhadores estejam cada vez mais envolvidos a atender as novas formas de

⁶ Sobre a precarização no trabalho, existe um vasto referencial teórico trazido por alguns autores como Antunes (2009) e Alves (2011) que nos fazem refletir sobre os impactos que as transformações no mundo do trabalho trouxeram para uma gama de trabalhadores assalariados. Este termo é comumente utilizado para indicar perdas de direitos sofridas pelos trabalhadores na esfera das relações de trabalho. Mattoso (1995) explica que o acirramento das ideias liberais, adensadas pela defesa de um Estado mínimo, colocam o trabalhador no centro da flexibilização das relações de trabalho. Assim, precarização refere-se a um conjunto interconectado, variado e amplo de mudanças nas condições de trabalho, nos direitos do e ao trabalho digno, na qualificação dos trabalhadores e na flexibilização das relações trabalhistas, que juntos afetam de modo particular cada trabalhador. Assim, pode-se, por conta da flexibilização das relações de trabalho, ter dois trabalhadores submetido às mesmas condições de trabalho e desenvolvendo as mesmas atribuições, mas com salários diferenciados. A precarização no trabalho deixa o trabalhador mais vulnerável e fragilizado nas relações de trabalho.

organização do trabalho, tornando-os mais racionais, eficientes e eficazes para o atingimento das metas propostas. Dentro dessa perspectiva, tem-se o que o autor chama de novo nexo psicofísico que age para moldar o trabalhador em suas ações e pensamentos em conformidade com essa nova organização do trabalho.

O trabalhador é instigado a pensar e a produzir muito mais, colocando todas as suas capacidades, atitudes, conhecimentos e valores em favor de um propósito organizacional maior, mesmo que as condições de trabalho não o favoreçam para tal finalidade e numa tentativa de atingir o inatingível, o trabalhador poderá ser levado ao esgotamento físico e mental no desenvolvimento de suas atribuições.

1.2 Política Nacional de Segurança e Saúde do trabalhador

Ao longo dos anos, como vimos, a saúde do trabalhador se construiu pelo viés de um modelo hegemônico centrado no biológico e no indivíduo. Estudiosos buscam desconstruir tal centralidade, criando novos paradigmas para a atenção à saúde do trabalhador.

Mendes e Wunsch (2007) evidenciam que a construção de novas práticas exige um tratamento interdisciplinar e com novos referenciais de saúde e de trabalho, sempre numa perspectiva dinâmica e processual.

Exige-se, para a apreensão das nuances deste processo, a compreensão de que as transformações em curso, no que se refere ao mundo do trabalho, impactam sobremaneira sobre os trabalhadores (MENDES; WUNSCH, 2007). Assim, a prevenção do adoecimento perpassa pelo reconhecimento de que os processos e a gestão do trabalho, resultantes das diversas contradições contemporâneas, impactam na saúde dos sujeitos desta pesquisa, os trabalhadores dos CRAS.

O reconhecimento de que os trabalhadores estão inseridos em ambientes que podem ser favorecedores de agravos à saúde é um importante ponto de partida a ser considerado neste estudo. Torna-se indispensável conhecer o ambiente em que tal sujeito está inserido. Para Dias (1996, p. 28),

Os trabalhadores apresentam um viver, adoecer e morrer compartilhado com o conjunto da população, em um dado tempo, lugar e inserção social, mas que é também específico, resultante de sua inserção em um processo de trabalho particular.

Neste sentido, a prevenção ao adoecimento perpassaria inegavelmente a apreensão multifatorial dos elementos que circunscrevem a vida cotidiana e laboral dos trabalhadores. O desafio é o de pensar a saúde do trabalhador desde sua organização e desenvolvimento na sociedade e no trabalho, numa perspectiva de sujeitos coletivos que estão inseridos e implicados historicamente.

Mendes e Wunsch (2007) reconhecem através de uma análise transversal das mudanças que ocorreram nos últimos trinta anos no Brasil, a tomada de sujeito ativo do trabalhador no que diz respeito à questão da atenção à saúde. Assim,

[...] No Brasil, os marcos fundamentais referentes a tais mudanças foram a realização da VIII e da IX Conferências Nacionais de Saúde (1986 e 1992, respectivamente) e a inserção do conceito de saúde na Constituição Federal, eventos esses que evidenciaram uma nova relação do homem com seu meio social. A saúde passou a ser percebida não mais apenas por sua ausência, mas como “[...] resultante das condições de alimentação, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade, acesso à propriedade privada da terra e acesso aos serviços de Saúde” (BRASIL, 1988). Os conceitos que definiam a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional, utilizados até então, não contemplavam essa complexidade e também as necessidades da área naquele momento; daí a importância de se apreender esse processo em sua totalidade, buscando-se somar esforços e conhecimentos para se intervir nessa realidade (MENDES, WUNSCH, 2007, p. 155).

A importância de se conceituar e diferir o enfoque individual e biologicista que o processo saúde-doença possuía para a medicina do trabalho, possui hoje uma amplitude maior, pois os determinantes de saúde do trabalhador entendem atualmente o social como determinante fundamental nas ações de prevenção de novas doenças.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) criada através do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, cujo objetivo materializa-se no seguinte: “a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2011). Tal política tem a finalidade de tentar garantir que o trabalho seja desenvolvido dentro de condições que contribuam para uma qualidade de vida, assim como, para a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem que isso afete sua saúde (física ou mental). Esta política deverá ocorrer de forma integrada, por meio de políticas e de ações de governo, que consigam dar conta da complexidade que permeia as relações entre produção, consumo, ambiente e saúde.

Oliveira e Vasconcellos (1992) reconhecem que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador desenvolve-se na relação imbricada das forças econômicas, sociais e políticas da sociedade civil brasileira e do Estado sendo, portanto, necessária à análise dos contextos sociais em que se realizam. Esses autores indicam que as mudanças impetradas no campo da saúde do trabalhador ainda não foram suficientes para dar conta das inúmeras transformações ocorridas na sociedade brasileira nos últimos tempos no que diz respeito à internacionalização da economia. Atrelado a isto, de acordo com os autores, tem-se outra questão a ser considerada a incipiente notificação dos agravos relacionados às doenças profissionais.

Estudos realizados por Mendes (1986) tratam exatamente da questão acima. Este autor traz o indicativo de que é baixa no Brasil, assim como em outros países com mesmo estágio de desenvolvimento, a notificação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador. Para Mendes (1986) o que ocorre é tanto falta de diagnósticos das doenças como também o sub-registro dos casos.

Outra característica relevante à Política de Saúde do Trabalhador é a fragmentação das responsabilidades como fala Oliveira e Vasconcellos (1992). Para o autor, o fato está relacionado às diversas instituições implicadas no processo de cuidado à saúde do trabalhador, o que acaba por criar duas possibilidades, a de multiplicidades de ações nesse campo ou da quase total ausência delas. Destacado na seguinte passagem:

A persistência desta lógica parcializada faz com que tanto a política de execução das ações como o próprio indivíduo permaneçam fragmentados. O trabalhador, já comprometido pelo dano à sua saúde imposto pelas condições inadequadas dos processos de produção, é jogado de um lado para o outro, numa peregrinação institucional irracional e perversa. [...] Enfim, existe uma organização, na área de Saúde do Trabalhador, que se caracteriza pela lógica da “compartimentalização”. As ações são estanques, não-integradas e executadas por órgãos distintos e distanciados institucionalmente (OLIVEIRA E VASCONCELLOS, 1992, p. 153).

Os autores reforçam o caráter marginal que se desenrola no trato com a saúde do trabalhador no Brasil. Tal marginalidade causa um distanciamento e ineficiências das ações aos trabalhadores tanto em nível estadual, como municipal, quando não, tais ações são inexistentes em âmbito municipal, visto a ausência de programas específicos de promoção à saúde do trabalhador.

Em resumo, Oliveira e Vasconcellos (1992, p. 154) lançam pontos para serem refletidos sobre o trato com a Política de Saúde do Trabalhador, onde:

O modelo atual de atenção à Saúde do Trabalhador, no atendimento a interesses hegemônicos, encerra uma lógica perversa que vem penalizando os trabalhadores

com a perda de sua saúde. É um modelo fracassado, do ponto de vista dos interesses da classe trabalhadora, que, por isso, deve ser substituído por outro que tenha na preservação da saúde dos trabalhadores o seu real objetivo; A classe trabalhadora brasileira, por questões conjunturais historicamente determinadas, não tem dado à questão da Saúde do Trabalhador a importância necessária, capaz de dar conta de sua magnitude; As tentativas de intervenção na área da Saúde do Trabalhador, buscando superar suas dificuldades, têm levado à criação de novos espaços institucionais, que, de certa forma, contribuem para aumentar a fragmentação já existente; A intervenção do aparelho de Estado nos ambientes de trabalho tem servido para a legitimação do risco, na medida em que, por um lado, é estritamente tecnicista, considerando o trabalhador como apêndice da máquina e, por outro, legaliza o risco, através da indenização pelo trabalho insalubre e perigoso.

Deste modo, quando se fala em Política de Saúde do Trabalhador é fundamental considerar os diferentes determinantes que perpassam o processo saúde-doença. Tais elementos possuem interfaces diretas com a determinação tanto conjuntural quanto estrutural da sociedade. A proposta deve estar para além das mudanças em âmbito institucional, mas sim com mudanças paradigmáticas, em que o compromisso seja com a vida e com a saúde do trabalhador, no horizonte ético para superação da lógica fragmentada que possuímos atualmente, onde a participação do trabalhador, como sujeito ativo, é primordial nesse contexto.

1.3 O trabalho e os trabalhadores: marcos regulatórios para a execução da política de assistência social no Brasil

De modo a situar o público-alvo desta pesquisa, veremos abaixo os marcos regulatórios que estabeleceram o desenvolvimento da política de assistência social no Brasil. Assim, teremos a dimensão e o pano de fundo sobre o contexto de trabalho em que os trabalhadores dos CRAS de Maracanaú-CE encontram-se inseridos.

A proteção social brasileira constitui-se ainda como um objetivo a ser alcançado. Ter acesso à proteção social vai além de ser protegido contra os infortúnios da falta de renda. O sentido de proteção social cunhado nas últimas décadas se dá na transição da responsabilização do indivíduo, esfera particular, para o entendimento de que sentir-se seguro é estar amparado coletivamente em suas demandas sociais, ou seja, a proteção social passou a ser da esfera coletiva, mais amplamente social (SPOSATI, 2012).

É sabido que a proteção social brasileira, cuja operacionalização dá-se através de políticas públicas, é algo relativamente novo. Por isto, é comum encontrar estranhamento por parte da sociedade mais reacionária e conservadora em relação à oferta de serviços para a

população mais vulnerável⁷. Estudiosos como Couto (2010), Sposati (2009), Silva (2014) e Silveira (2011) vêm desenvolvendo seus trabalhos na tentativa de dar visibilidade e na perspectiva do fortalecimento das políticas públicas de cunho social, como é o caso da Política de Assistência Social. Tais políticas promovem o desenvolvimento político e econômico na vida de inúmeros brasileiros, que pelos mais distintos motivos estejam inseridos em situações de vida desfavoráveis ocasionadas pela falta de emprego, emprego precário, falta de acesso aos direitos sociais básicos, dentre outros. É inegável, como analisam tais autores, que as políticas sociais proporcionam a possibilidade de dignidade humana e de cidadania para que os cidadãos possam se reproduzir socialmente⁸.

A assistência social, como política pública, ganhou *status* e visibilidade nacional ao longo das últimas décadas⁹. Possui como uma das suas especificidades o trato com a questão social brasileira. Desde sua inclusão em texto constitucional em 1988, passou a

⁷ O conceito de vulnerabilidade social é perpassado por estigmas e contradições na política de assistência social. Para entender tal conceito, já que o público-alvo desta pesquisa lida diretamente com essa população por meio do trabalho social com famílias, usaremos a conceituação teórica trabalhada por Sposati (2009), em que vulnerabilidade social deve estar atrelada ao conceito de risco social que a pessoa/família está exposta. O estigma que tal conceituação pode trazer diz respeito ao fato de carimbar alguém de vulnerável, culpabilizando e fragilizando o indivíduo pela condição que ele se encontra, implicando sobre ele uma espécie de redução social de quem ele é. Vulnerabilidade não pode ser vista somente sob a ótica econômica, ainda que esta seja fator de agravamento para as demais esferas da vida. Deste modo, atuar contra a vulnerabilidade social, diz respeito a reduzir fragilidades e a promover as potencialidades dos indivíduos.

⁸ Iamamoto (2009, p. 10) nos dá a contribuição teórica para o entendimento do conceito de reprodução social. “A reprodução das relações sociais na sociedade capitalista na teoria social crítica é entendida como reprodução desta sociedade em seu movimento e em suas contradições: a reprodução de um modo de vida e de trabalho que envolve o cotidiano da vida social. O processo de reprodução das relações sociais não se reduz, pois, à reprodução da força viva de trabalho e meios materiais de produção, ainda que os abarque. Ele refere-se à reprodução das forças produtivas sociais do trabalho e das relações de produção em sua globalidade, envolvendo sujeitos e suas lutas sociais, as relações de poder e os antagonismos de classe. Envolve a reprodução de vida material e da vida espiritual, isto é, das formas de consciência social – jurídicas, religiosas, artísticas, filosóficas e científicas – por meio dos quais os homens tomam consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção e vida material, pensam e se posicionam em sociedade”. A percepção das formas de reprodução social existente se faz necessária, pois além de situar os trabalhadores da política de assistência social na conjuntura nacional, também nos ajuda a compreender o público da política de assistência social, reconhecendo suas potencialidades, limitações, formas de subalternidade, assim como, possibilidades de emancipação e resistência às suas condições de vida.

⁹ Embora a política de assistência social e com ela os programas de transferência de renda não tenham tido seu início durante os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) é inegável a expansão e estruturação, ainda que contraditória, durante os governos petistas. Autores como André Singer e Isabel Loureiro (2016) trazem à baila a discussão da análise dos elementos contraditórios que circundaram o período de governança do PT, iniciado no ano de 2002, que se desenrolou no que foi denominado por Singer de lulismo até a saída da presidenta Dilma Rousseff em 2016. Singer (2016) caracteriza o lulismo como sendo um período de um pacto conciliatório e político entre forças contraditórias, onde a ideia central foi o de crescimento através da distribuição de renda, mantendo as relações com o grande capital e as estruturas de poder, de classes e de propriedades. Os elementos contraditórios do lulismo trazidos por Singer, Loureiro (2016, p. 13), são: “Reindustrialização com oposição dos industriais, assalariamento precário com acesso à universidade, ampliação do crédito educacional com crescimento do ensino superior privado, walmartização do trabalho com internacionalização dos sindicatos, agroecologia com agronegócio, autonomização dos mais pobres com passividade assistencialista, emancipação cultural com empreendedorismo, esperança de inclusão com rebaixamento das expectativas”.

afiançar alguns direitos sociais e humanos, mesmo que de forma ainda não consolidada, e transferiu para a esfera pública (do Estado) a responsabilidade de afiançar os mínimos sociais às famílias e indivíduos que não tenham como fazê-lo.

Sposati (2009, p.14) reflete sobre a importância histórica da inclusão da assistência social no âmbito da seguridade social, juntamente com a saúde e a previdência social. A autora diz que tal inclusão significou:

[...] uma decisão plenamente inovadora. Primeiro, por trazer esse campo de conteúdo da política pública, de responsabilidade estatal, e não como uma nova ação, com atividades pontuais e atendimentos eventuais. Segundo, por desnaturalizar o princípio da subsidiariedade, pelo qual a ação da família e da sociedade antecedia a do Estado. O apoio a entidades sociais foi sempre o biombo relacional adotado pelo Estado para não quebrar a mediação religiosidade posta pelo pacto Igreja-Estado. Terceiro, por introduzir um novo campo em que se efetivam os direitos sociais [...] significou, portanto, ampliação no campo dos direitos humanos e sociais, como política, se capaz de formular com objetividade o conteúdo dos direitos do cidadão em seu raio de ação, tarefa, aliás, que ainda permanece em construção.

Posterior à inclusão em texto constitucional da assistência social como direito, buscou-se então as formas para sua implantação e implementação. Silveira (2011) nos indica que a Lei nº 8.742 de 1993, que institui a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), trouxe importante direcionamentos à execução desta política, pois proporcionou estabelecer os objetivos, os princípios e as diretrizes que devem reger a execução desta política social.

Assim, consta no art. 2º da LOAS (BRASIL, 1993) o seguinte quanto aos seus objetivos:

- I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:
- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 - b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
 - c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
 - d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
 - e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;
- II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;
- III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.
- Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender

contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais.

Assim, para que a operacionalização dos objetivos elencados acima seja possível, são necessárias as condições favoráveis aos executores da política de assistência social, tais como, uma forte articulação intersetorial, uma gestão territorial conhecedora das potencialidades do território e uma gestão de pessoas que favoreça o trabalho social com as famílias público-alvo das ações da política de assistência social.

Seguem outros marcos regulatórios importantes para a assistência social: a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004); criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS/2005); a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB-SUAS/2005); a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS/2006). Esses marcos significam para a política de assistência social mudanças na sua forma de processamento, organização, produção e gestão da força de trabalho (RAICHELIS, 2011).

Desses marcos regulatórios, um dos mais importantes para os trabalhadores é a NOB-RH/SUAS/2006, pois ela discorre sobre a gestão e sobre o lugar institucional dos trabalhadores na política de assistência social. Para Raichelis (2011, p. 40) essa NOB representa

“[...] um instrumento político-normativo dos mais relevantes, pois define diretrizes e parâmetros gerais para a organização e gestão do trabalho profissional, reconhecendo a especificidade desse campo de atuação e definindo as equipes de referência¹⁰ para a prestação dos serviços socioassistenciais nos âmbitos da proteção social básica e especial.

¹⁰ De acordo com a NOB-RH/SUAS (2006, p. 19), segue o conceito de equipe de referência para o SUAS: “aquelas constituídas por servidores efetivos, responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando em consideração número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e aquisições que se devam ser garantidas aos usuários”. O município de Maracanaú, por ser considerado de grande porte, pois possui população de 101.000 até 900.000, deve referenciar até 5 mil famílias por cada CRAS e possuir a seguinte caracterização em relação aos profissionais que devem compor a equipe de referência nos CRAS: 1 coordenador de nível superior (preferencialmente concursado), 4 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS. Este profissional, no caso de Maracanaú é o pedagogo. A equipe de referência deve possuir ainda 4 profissionais de nível médio que dão suporte às ações executadas pelos profissionais de nível superior, sendo eles educadores sociais e agentes administrativos.

Essa autora pontua também que a implementação da NOB-RH/SUAS/2006 ainda se constitui como um desafio tanto para os Estados, como para os municípios, principalmente no que diz respeito aos processos de intensificação¹¹ e precarização do trabalho.

A questão da precarização do trabalho no âmbito do SUAS anda de mãos dadas com a forma em que se delineou o trabalho assalariado na sociedade capitalista contemporânea. Principalmente a partir dos ajustes neoliberais engendrados pelo Consenso de Washington no Brasil na década de 1990 (RAICHELIS, 2011).

As políticas públicas sofrem diretamente os rebatimentos dos ajustes propostos pelo modelo de acumulação neoliberal. Os efeitos mais críticos dizem respeito às desregulamentações das relações e direitos do trabalho. No Brasil, ocorre o aprofundamento do binômio flexibilização/precarização para o conjunto dos trabalhadores assalariados, ainda que os atinja de forma distinta. Assim, Raichelis (2011, p. 41) nos explica as consequências da dinâmica estabelecida entre flexibilização/precarização/desregulamentação:

Essa dinâmica [...] atinge também as relações e o trabalho dos profissionais de nível superior que atuam em instituições públicas e privadas no campo das políticas sociais, gerando rebaixamento salarial, intensificação do trabalho, precarização dos vínculos e condições de trabalho, perda e/ou ausência de direitos sociais e trabalhistas, pressões pelo aumento de produtividade, insegurança do emprego, ausência de perspectivas de progressão na carreira, ampliação da competição entre trabalhadores, adoecimento, entre tantas outras manifestações decorrentes do aumento da exploração da força de trabalho assalariada.

Ao passo em que observamos nos últimos anos o alargamento da política pública de assistência social, através da contratação de um grande número de trabalhadores para essa política, vimos ao mesmo tempo e no mesmo processo, a intensificação e a precarização do trabalho, aberta ou velada, das condições em que se desenvolvem esse trabalho, trazendo rebatimentos imensuráveis para a saúde e para a vida desses trabalhadores (RAICHELIS, 2011).

A partir dessas reflexões, entendemos que as transformações que afetam o mundo do trabalho também afetam o mundo em que se desenvolvem as políticas públicas, rebatendo não só na oferta dos serviços para a população, mas também para os sujeitos que

¹¹ O conceito de intensificação do trabalho trabalhado nesta pesquisa será o considerado por Dal Rosso (2008, p. 23), sendo “os processos de quaisquer naturezas que resultam em maior dispêndio das capacidades físicas, cognitivas e emotivas do trabalhador com o objetivo de elevar quantitativamente ou melhorar qualitativamente os resultados. Em síntese, mais trabalho”. Nesse sentido, o trabalhador precisa empenhar mais esforço, não necessariamente físico, mas emotivo, mobilizando não só seu corpo, mas as suas faculdades mentais e afetivas, usando as competências adquiridas pelas especificidades de sua formação para o bom desempenho do trabalho, sem o qual o trabalho seria irrealizável, ou seja, somente através do trabalho individual cujo empenho dá-se no âmbito coletivo torna-se possível a concretização do mesmo.

operacionalizam o trabalho social com famílias ditas vulneráveis, como é o caso dos trabalhadores da assistência social.

1.4 Saúde do trabalhador no Sistema Único de Assistência Social

A saúde do trabalhador é construída ao longo dos anos por uma tríade conceitual formada por: investigação, conceituação e intervenção. Tal tríade condensa a base sólida que vem se construindo nas últimas décadas no Brasil e no mundo (MENDES; MACHADO, 2016).

Estudiosos sobre a questão saúde do trabalhador tais como Mendes e Wunsch (2011), apontam que a expansão da referida temática dá-se pelo menos por duas dimensões, onde a primeira refere-se à nova ordem que o capital assume sobre o trabalho e a segunda pelo reconhecimento político e sua inserção, mesmo que ainda incipiente, no campo das políticas públicas e intersetoriais, devido ao empenho e organização política de alguns agentes públicos.

No que se refere à primeira dimensão da nova ordem do capital sobre o trabalho, Antunes (1997) e Alves (2005), debatem em suas obras os impactos que as novas formas de organização do modo de produção capitalista, cujo ponto de inflexão dá-se com a chamada reestruturação produtiva, reverberam sobre a saúde dos trabalhadores, mesmo que de forma e intensidades distintas sobre o conjunto destes. Já a segunda dimensão nos aponta o reconhecimento e a inclusão da saúde do trabalhador como um direito universal pautado em uma concepção ampliada de saúde. Inclui-se nestas duas dimensões a política de assistência social como campo de ação relacionando uma e outra dimensão. Para Mendes e Machado (2016, p. 252), a conjugação das duas dimensões dá-se no seguinte:

[...] ao crescimento da participação social na defesa e no controle social de políticas públicas, bem como ao fortalecimento da organização social dos trabalhadores e à incorporação nas pautas coletivas de necessidades voltadas para a saúde e para a proteção social e do trabalho, enquanto conquista da mobilização de amplos setores da sociedade.

Em relação aos trabalhadores da política de assistência social, alguns instrumentos normativos, como a NOB-RH/SUAS/2006, visam assegurar um processo contínuo de valorização e cuidado com os trabalhadores desta política pública. Entendendo que os trabalhadores são os recursos mais importantes para a efetivação da política de assistência social, este documento normativo direciona para uma gestão permanente do SUAS através da

desprecarização do trabalho, da educação permanente, do cuidado com a saúde do trabalhador, da criação de planos de carreira, cargos e salários e ainda preconiza o fim da terceirização dos contratos de trabalho. Assim, se analisarmos as diretrizes da NOB-RH/2006 juntamente com o que recomenda a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 cabe aos gestores evitar a precarização do trabalho, dos recursos materiais e físicos em que os trabalhadores estão inseridos. Especificamente para a assistência social isso significará a não fragilização dessa política social e conseqüentemente, uma oferta qualificada dos seus serviços à população.

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) pauta, como uma de suas deliberações, a necessidade do cumprimento pelos poderes em cada ente federativo das responsabilidades postas na NOB-RH/SUAS/2006. Deste modo, recentemente saiu através das deliberações da 11ª Conferência Nacional de Assistência Social publicadas através da Resolução nº 21 do ano de 2017 a prioridade no âmbito da qualificação do trabalho no SUAS para a consolidação do Pacto Federativo o seguinte:

2. Garantir a valorização dos trabalhadores do SUAS, como promotores do acesso da população aos direitos socioassistenciais, por meio do cumprimento da NOB-RH SUAS, garantia de equipe, de acordo com a Resolução CNAS nº 17/2011 e nº 09/2014, considerando as demandas sociais, de território e quantitativo de famílias referenciadas, por meio de concurso público, Plano de Cargos e Carreiras e melhoria das condições de trabalho, incluindo a implantação de piso salarial e carga horária efetivando a política de saúde do trabalhador.

Dentro dessa perspectiva, constitui-se como horizonte a ser alcançado pelos trabalhadores do SUAS a consolidação do cuidado com a saúde do trabalhador dentro dessa política social. As deliberações pautadas através do Eixo 2: Gestão Democrática e controle social: o lugar da sociedade civil no SUAS fazem parte de um amplo movimento nacional de valorização e aperfeiçoamento da política de assistência social no território nacional que ainda tem um longo caminho a percorrer.

Para entender os processos de criação que envolve as políticas públicas, dentre elas as políticas sociais, falaremos a seguir sobre os caminhos traçados em seu desenvolvimento e assim entenderemos em que contextos se gestaram as políticas sociais.

2 POLÍTICAS SOCIAIS: DELINEANDO OS PERCURSOS DO SEU DESENVOLVIMENTO

Ao realizarmos a análise do desenvolvimento das políticas sociais, pretende-se levar em consideração, neste trabalho, a perspectiva de que no seu surgimento, e em suas posteriores modificações, prevaleceu e prevalece uma reiterada e latente contradição das relações sociais entre sociedade civil e Estado na construção das políticas sociais. Isto se dá pelo conflito de interesses que se constituem em voga na sociedade capitalista, que é configurada para muitos estudiosos como luta de classes. Para tanto, não é pertinente, no estudo sobre as políticas sociais, considerar concepções unilaterais no seu desenvolvimento, mas sim, percepções de múltiplos fatores entrelaçados e imbricados que fizeram surgir, dar corpo e face às políticas sociais brasileiras.

Dentro dessa linha de análise, as autoras Behring e Boschetti (2011) lançam como ponto de partida em seu trabalho o fato de que não se podem estudar as políticas sociais, de modo a compreender seu surgimento, a partir de visões e paradigmas únicos, ou seja, pensar que as políticas sociais foram criadas somente por uma necessidade do Estado, do modo de produção vigente ou ainda somente por uma demanda e pressão da classe trabalhadora. A análise separada dessas perspectivas incorrerá no erro, pois retira o interesse político e econômico do Estado na concessão e criação das políticas sociais, e é fato de que não há Estado desprovido de interesses e de luta de classes. Do mesmo modo, não se deve considerar que as políticas sociais somente são produtoras de efeitos políticos e econômicos para a ordem de acumulação capitalista, desconsiderando qualquer outro impacto para o Estado e para os trabalhadores. Se considerarmos os efeitos que as políticas sociais produzem para a ordem capitalista, temos o seguinte:

Pelo ângulo econômico, as políticas sociais assumem a função de reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter elevados níveis de demanda e consumo, em épocas de crise. Pelo ângulo político, as políticas sociais são vistas como mecanismos de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela via da adesão dos trabalhadores ao sistema (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 37).

Dito isto, o processo de criação e expansão das políticas sociais podem ser pensados sobre todas essas perspectivas, mas nunca separadas. Nenhuma delas está em sua plenitude errada, ademais a análise separada incorre ao erro. Há uma complementação entre cada uma dessas perspectivas. Assim, as políticas sociais concebidas como processos sociais,

criadas para dar conta de determinadas demandas sociais, podem e devem ser pensadas também como pauta da agenda dos trabalhadores, pois proporcionam proventos as suas vidas e as de seus familiares, assim como representam, em alguns aspectos, pequenas diminuições nos ganhos do capital.

Para tanto, entender o surgimento, criação e desenvolvimento das políticas sociais no cenário brasileiro, e conseqüentemente nos governos municipais, requerem do pesquisador um olhar apurado em relação ao objeto e ao sujeito que fazem parte da construção das relações sociais que se estabelecem no infinito de possibilidades cotidianas dos diversos cenários da vida humana, a exemplo o trabalho.

As relações sociais, políticas e econômicas que se dão na esteira da vida humana estão impregnadas de historicidade, ou seja, os sujeitos não se relacionam com os objetos de forma neutra. Para tanto, o homem, através da tentativa de apreender e se aproximar das múltiplas relações que se instituem entre sujeito e objeto, forma e transforma essas apropriações cotidianas em conhecimentos, que não são estáticos, mas que se reinventam através da sociabilidade humana. Assim, para Behring e Boschetti (2011), as políticas sociais não podem ser analisadas unicamente a partir de expressões fenomênicas, é preciso ver além. Em que:

[...] A essência não se dá imediatamente, ela é mediata ao fenômeno e se manifesta em algo diferente daquilo que é. Contudo, a essência se manifesta no fenômeno e, por isso, o fenômeno revela a essência (Kosik, 1986: 12). Desse modo, as políticas sociais não podem ser analisadas somente a partir de sua expressão imediata como fato social isolado. Ao contrário, devem ser situadas como expressão contraditória da realidade, que é a unidade dialética do fenômeno e da essência (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 39).

Em vista disso, tem-se que a análise das políticas sociais requer uma compreensão estrutural e conjuntural da sociedade em seus aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais. Dentro desse entendimento, a compreensão da totalidade – totalidade esta que não se resume ao conjunto de partes isoladas, mas como uma relação dialética entre distintas possibilidades – em relação às políticas sociais significa que a sua apreensão deve-se basicamente ao entendimento de que elas fazem parte de um todo maior e complexo que articulado entre si darão indícios da operacionalização política, econômica e/ou social que ela atenderá a depender do momento histórico de cada realidade social (KOSIK, 1986). Nessa compreensão,

[...] o estudo das políticas sociais deve considerar sua múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões. Do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social que possuem papel determinante em sua origem (e que, dialeticamente, também sofrem efeitos da política social). Do ponto de vista econômico, faz-se necessário estabelecer relações da política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora. Dito de outra forma, relaciona as políticas sociais às determinações econômicas que, em cada momento histórico, atribuem um caráter específico ou uma dada configuração ao capitalismo e às políticas sociais, assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural. Do ponto de vista político, preocupa-se em reconhecer e identificar as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses da classe em que se situam (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 43).

Apreciando esses pontos, articulando-os, de modo a não excluir um ou outro, é possível vislumbrar o entendimento das políticas sociais na atualidade e assim apreender a configuração em que a política de assistência social encontra-se. Esse entendimento parte do pressuposto de que as políticas sociais, dentro do contexto de uma sociedade onde a produção material é central, têm um papel medular na reprodução social dos indivíduos e, por tanto, é útil tanto para os trabalhadores, quanto para a manutenção da ordem social capitalista vigente. Dito de outro modo, as políticas sociais são necessárias tanto para o Estado, para o modo de produção capitalista, como para os trabalhadores em geral.

Behring e Boschetti (2011) relacionam acima que uma das causas do surgimento das políticas sociais diz respeito ao enfrentamento da questão social. Faz-se importante trazer uma reflexão sobre o significado de questão social para a compreensão deste trabalho e de que forma esse conceito nos faz refletir sobre as políticas sociais adotadas contemporaneamente no Brasil.

A autora Santos (2012) traz à tona a problematização que permeia o entendimento do conceito de questão social. Inscrita nas desigualdades fundantes do modo de produção capitalista, a questão social é analisada pela autora através de suas expressões na sociedade brasileira contemporânea, a exemplo, tem-se: a pobreza, cuja expressão dá-se pela pauperização absoluta e a relativa. A primeira entendida como mais perversa, pois se relaciona com a ausência total de condições de provimento das necessidades do homem pelo homem, dada através do desemprego. Já a segunda, diz respeito ao empobrecimento dos trabalhadores assalariados que perdem poder de compra por conta da crise econômica ou de ajustes fiscais propostos pelo Estado para sanar crises econômicas; a violência, dentre outras expressões tão recorrentes no cenário brasileiro.

As análises sobre o entendimento do conceito da questão social, em nossos estudos, levarão em consideração os aportes da teoria social crítica, entendendo que esta não é a única linha de análise possível, mas é a que será aqui adotada. Isto significa dizer que a origem da chamada questão social será entendida através da lei geral de acumulação capitalista, ou seja, através do processo de produção, reprodução e acumulação do capital. Deste modo, diversos autores como Santos (2012), Iamamoto (2011), dentre outros realizaram estudos relacionados ao entendimento do conceito da questão social. Iamamoto (2011, p. 27) a considera como sendo

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a produção dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Essa delimitação é importante como bem enfatiza a autora Potyara (1998, p. 119-120), pois a política social quase sempre foi vista como sinônimo genérico de proteção aos pobres. Nesta relação envolveu atores tais como Estado e sociedade civil com distintas justificativas para o trato da questão social, tais como moral, correcionais, religiosa, educativa, dentre outras. Para essa autora movimentos antagônicos estão na base da chamada questão social, sendo eles:

- a) o da economia de mercado que, ao transformar tudo em mercadoria, realizou uma profunda transformação na estrutura da sociedade (atingindo em cheio a organização produtiva, o sistema de trocas, a família, os esquemas de proteção social), sujeitando-a ao domínio implacável das leis do mercado auto-regulável ou do “moinho satânico” que, nas palavras de Polanyi, “trituro os homens transformando-os em massa” (1988, p.51);
- b) o de reação aos efeitos deletérios desta economia de mercado-tendo à frente a classe trabalhadora – o qual, visando a proteger os interesses humanos, relegados ao mais brutal desamparo, apelou para diferentes salvaguardas: associações mútuas, legislação protetora, alianças de classe e defesa da instituição e extensão da cidadania social, que passou a ser garantida e provida, sob a forma de política, pelo Estado.

Para Potyara (1998) é nesse duplo movimento, contraditório por excelência, sensível tanto aos interesses do capital como aos do trabalho que nasce a política social moderna.

Retomemos o pensamento de Behring e Boschetti (2011, p.44). As autoras reconhecem que a criação, expansão ou desregulamentação das políticas sociais como um todo está historicamente articulada às flutuações “da taxa de lucro e de extração / realização / apropriação da mais-valia socialmente produzida, à relação capital / trabalho, em sentido político e econômico”. Logo, há que se considerar acima de tudo a amarração entre três elementos essenciais para que as políticas sociais surjam. São eles:

“[...] O primeiro é a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalentes. O segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 44).

Assim, a existência de conflitos, de luta de classes e de interesses políticos fazem parte do desenvolvimento das políticas sociais ao longo dos tempos. Sendo assim, o Estado possui papel importante quando da análise das políticas sociais. O poder público pode ser imparcial e buscar garantir o interesse e bem-estar da sociedade ou pode ser parcial e agir em favor de interesses de grupos minoritários que visam, tão somente, levar vantagem sobre a coisa pública e obter benefícios financeiros com isso. Dependendo do interesse político por detrás da aparência fenomênica, pode privilegiar a expansão dos direitos sociais, através das políticas sociais, ou beneficiar, através de concessões financeiras, o grande capital. Pode optar em priorizar políticas sociais que visem à ampliação de direitos aos trabalhadores ou escolher acolher as demandas dos empregadores retraindo direitos trabalhistas.

Enfim, as ações tomadas pelo Estado dizem a quem ele estima e para quem está a favor. Torna-se relevante dar ênfase especial ao papel do Estado na condução das políticas sociais nos diferentes momentos históricos de desenvolvimento do capitalismo que será abordado mais adiante neste estudo. A intenção neste momento é situar o surgimento das políticas sociais.

Não é possível precisar quando se deu efetivamente o surgimento das políticas sociais no mundo. Mas é fato que algumas ações foram sendo engendradas através do processo social que culminou na sua generalização. Assim sendo, existe uma gama de elementos que favoreceram essa construção, nos quais podemos identificar os seguintes: o progresso do capitalismo pós-Revolução industrial, a luta de classes e o aumento da intervenção estatal. Tais elementos foram fundamentais na gestação e consolidação das políticas sociais, tanto no Brasil como no mundo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Ademais, Pierson (1991) nos indica que o nascimento das políticas sociais dá-se relacionada à organização dos Estados-nação na Europa ocidental cabo do século XIX, incluindo a intervenção dos movimentos da social-democracia. E o ponto alto de sua expansão ocorre na mudança do capitalismo concorrencial para o monopolista já no pós-Segunda Guerra Mundial no ano de 1945.

Até a consolidação das políticas sociais, são identificadas algumas formas iniciais de ação, não necessariamente executadas somente do Estado, mas também pela sociedade civil como forma de garantir amparo aos desvalidos. O entendimento é o de que nas sociedades pré-capitalistas existia a utilização de algumas estratégias, que podemos nomear de ações de *responsabilidade social*, para minimizar algumas mazelas sociais existentes então. Essa preocupação não se dava pelo fato de garantir o interesse e o bem comum da sociedade, mas sim para impedir, de certa forma, a vagabundagem do povo e a desordem do sistema social vigente, beneficiando diretamente não só aos desvalidos daquela época, mas também aos agentes de tais ações. Com isso tínhamos um sistema caritativo e filantrópico privado que buscavam amenizar os efeitos da pobreza na sociedade, investindo contra a vadiagem de homens e de mulheres, primando pela organização e controle da ordem social vigente. Dessa forma, são criadas as primeiras iniciativas, identificadas como protoformas da política social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Resgatar a gama de legislações seminais que contribuíram naquilo que seriam as primeiras práticas de políticas sociais é relevante já que nos dão indicativos de como a questão do amparo aos menos favorecidos se forjava naquele momento pré-revolução industrial nos dando indicativos para a compreensão da atual política de assistência social no Brasil, e mais especificamente em Maracanaú-CE, campo de análise deste estudo.

Autores como Castel (1998) e Polanyi (2000) indicam as seguintes leis inglesas consideradas como sendo as protoformas das políticas sociais, são elas: Estatuto dos trabalhadores, ano 1349; Estatuto dos Artesãos (Artífices), ano de 1563; Leis dos pobres elisabetanas, que se sucederam entre 1531 e 1601; Lei do Domicílio (*Settlement Act*), ano 1662; *Speenhamland Act*, ano de 1795; Lei Revisora das Leis dos Pobres, ou Nova Lei dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*), ano de 1834.

As legislações supracitadas buscavam legitimar, em sua maioria, o caráter autoritário para o trabalho, ou seja, o desvalido, que precisasse de proventos para seu sustento, deveria se submeter a qualquer tipo de trabalho oferecido em troca do benefício (CASTEL, 1998). Deste modo, como observa a autora Pereira (2011), o acesso ao benefício estava

associado muito mais ao caráter punitivo e repressivo, do que ao aspecto da proteção social e do direito.

Assim, essas legislações, que se disseminavam pela Europa no período pré-Revolução Industrial, tinham algumas características que importa destacar:

[...] estabelecer o imperativo do trabalho a todos que dependiam de sua força de trabalho para sobreviver; obrigar o pobre a aceitar qualquer trabalho que lhe fosse oferecido; regular a remuneração do trabalho, de modo que o trabalhador pobre não poderia negociar formas de remuneração; proibir a mendicância dos pobres válidos, obrigando-os a se submeter aos trabalhos “oferecidos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 48).

Nos estudos realizados para esta pesquisa, observa-se que até a legislação inglesa de 1795 no século XVIII, enumerada acima, o imperativo para acesso à assistência era o caráter coercitivo para o trabalho. Os que conseguiam ser selecionados para receber os auxílios passavam pelo crivo rigoroso, seletivo e restritivo dos critérios que indicariam se eram merecedores ou não do benefício, de modo que poucos conseguiam ser beneficiados. Ademais, o recebimento do amparo estava condicionado ao indivíduo aceitar qualquer forma de trabalho (trabalho forçado) em troca de muito pouco, ou seja, apenas o necessário para sobreviver, a exemplo: alimentação e abrigo nas casas de trabalho – *Workhouses*. Destarte, o que de fato essas leis se propuseram a realizar, era o impedimento da livre circulação da força de trabalho dos que necessitavam da assistência, atrasando o processo da regulação do mercado livre de trabalho (Polanyi, 2000; Castel, 1998).

Até o século XVIII a legislação inglesa, no que corresponde à assistência aos desvalidos, era orquestrada distintamente dentre os que dela necessitavam. Havia uma diferenciação clara entre os ditos pobres “merecedores” e os pobres “não merecedores” da assistência. O primeiro caso englobava os adultos que, comprovadamente, possuíam alguma deficiência que os impediam de trabalhar, assim como, os nobres que se encontravam em situação de falência econômica, embora sem nenhuma deficiência que os limitassem ao trabalho. Já os pobres “não merecedores” eram aqueles em plena capacidade para o trabalho. A assistência restrita e ínfima prestada aos pobres “merecedores” estava no âmbito do pretenso dever moral e cristão da época para com esses indivíduos, ou seja, não havia nenhuma perspectiva de direito nessas ações (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Além do que, como se pode observar, havia um claro favorecimento indevido, já que não era extensivo a todos os indivíduos, somente aos ditos inválidos e aos nobres em decadência, ainda que capazes para atividade laboral, simplesmente pelo fato de terem sido da nobreza.

Autores como Polanyi (2000) e Castel (1998) evidenciam a clara função dessas legislações seminais, qual seja a manutenção da ordem tradicional para o trabalho e o impedimento de ascensão e melhora de vida do indivíduo pela via do trabalho, já que a oferta de trabalho era tão somente para sua sobrevivência.

Importante também trazer alguns elementos, que podem ser considerados inovadores à época, sobre a lei inglesa *Speenhamland* de 1795 e que dão indícios de uma mudança de pensamento sobre a assistência social desenvolvida naquele momento histórico. Para Castel (1998), embora a lei de *Speenhamland*, ainda que mantivesse como uma de suas condicionantes a fixação dos trabalhadores beneficiários em seus respectivos locais de auxílio evitando assim a possível mobilidade geográfica, trazia como diferenciação das demais a possibilidade de recebimento do auxílio em pecúnia, contemplando tanto os indivíduos empregados, como os desempregados. Consistia em uma complementação de salário aos que recebiam abaixo de determinado rendimento, cujo valor do auxílio dava-se em relação ao preço do pão na época.

Polanyi (2000) complementa ainda o pensamento de Castel e acrescenta que a *Speenhamland* apresentou uma inovação social e econômica para a época e pode-se dizer que também favoreceu de certa forma um retardamento da efetivação completa de um mercado competitivo, pois dava o direito de o indivíduo escolher, pelo menos, o trabalho menos precário, pois a existência de uma pecúnia garantida em lei, embora com baixo valor numérico, o assegurava para tal comportamento. A lei foi extinta no ano de 1834 para a criação da Nova lei dos Pobres no mesmo ano.

Deste modo, o que a Lei de *Speenhamland* proporcionou foi de fato uma inovação social à época, pois, ainda que mínimos, propôs restrições ao avanço do mercado competitivo que se iniciava. A criação da Nova Lei dos Pobres marcou decisivamente a afirmação do entendimento liberal do trabalho como única forma de obtenção de renda, dispondo a assistência social aos pobres e à ação filantrópica da sociedade. Com a revogação da *Speenhamland*, estabeleceu-se a antiga forma de assistência aos pobres:

[...] restituiu a obrigatoriedade de trabalhos forçados para os pobres capazes de trabalhar, deixando à própria sorte uma população de pobres e miseráveis sujeitos à “exploração sem lei” do capitalismo nascente. O sistema de salários baseado no livre mercado exigia a abolição do “direito de viver” (BEHRING; BOSCHETTI, p. 50, 2011).

Notadamente, as legislações sociais pré-capitalistas foram punitivas, focalizadas e quase sempre tiveram como balizadores a intersecção entre assistência aos desvalidos com o

trabalho forçado. Esta forma de lidar com a proteção social lançaram os pobres a uma pseudoliberdade sem a devida proteção social ampliada, provocando, para Behring e Boschetti (2011, p. 51), “[...] o pauperismo como fenômeno mais agudo decorrente da chamada questão social”.

É importante dizer que embora as ações assistenciais públicas tenham se gestado e constituído organicidade no século XVII na Inglaterra e as primeiras intervenções estatais relacionadas aos seguros sociais compulsórios sejam do século XIX na Alemanha, a conformação de sistemas de proteção social públicos com a intervenção direta do Estado ocorre somente a partir da crise de 1929 com sua expansão a partir da Segunda Guerra Mundial e assume configurações distintas nos países de capitalismo central e periférico. Em que a configuração de um sistema de proteção social não é apenas uma superposição desordenada de políticas sociais e programas, mas sim, um conjunto ordenado, inter-relacionado, coerente, planejado e financiado através dos recursos do fundo público que garanta o acesso da população aos direitos sociais, tais como: educação, saúde, previdência, assistência social, dentre outros, garantidos pelo Estado (BOSCHETTI, 2016).

Para Boschetti (2016, p. 25), as políticas sociais são, portanto:

[...] conquistas civilizatórias que não foram e não são capazes de emancipar a humanidade do modo de produção capitalista, mas instituíram sistemas de direitos e deveres que, combinados com a instituição de tributação mais progressiva e ampliação do fundo público, alteram o padrão de desigualdade entre as classes sociais, sobretudo a partir de sua expansão na segunda metade do século XX. Alterar o padrão de desigualdade não significa superar a desigualdade, mas provocar a redução das distâncias entre rendimentos e acesso aos bens e serviços entre classes.

Assim, o Estado social aqui indicado não é caracterizado como neutro e de natureza anticapitalista, pelo contrário, a regulação econômica e social realizada pelo Estado social por meio de direitos sociais não o exime de sua natureza contraditória e fundamentalmente capitalista na produção de bem estar social (BOSCHETTI, 2016).

2.1 Estado, orçamento público e política de assistência social no Brasil

Ao analisar as estruturas do Estado e da política, a fim de compreendê-los, faz-se necessário estabelecer uma abordagem histórica, estrutural, dinâmica e, muitas vezes, contraditória das relações de reprodução social. Para tanto, falaremos um pouco sobre o papel do Estado e o significado que ele assume no terreno contraditório das políticas públicas, mais especificamente no campo da assistência social.

A forma de organização que o Estado se apresenta na contemporaneidade é algo especificamente novo, inexistente nas sociedades anteriores da história. O Estado possui uma função primordial nas relações sociais que é o de controle e o de mediador entre as diversas relações políticas, sociais e econômicas nas sociedades. Nesta compreensão, o Estado não se mantém neutro em suas ações, sendo um elemento necessário na constituição e reprodução social, ocupando não apenas o caráter repressor, mas também o de integrador social (MASCARO, 2013).

De acordo com Mascaro (2013, p. 19), o Estado tem a atribuição de regular as relações entre indivíduos, assim,

[...] A existência de um nível político apartado dos agentes econômicos individuais dá a possibilidade de influir na constituição de subjetividades e lhes atribuir garantias jurídicas e políticas que corroboram para a própria reprodução da circulação mercantil e produtiva. E, ao contribuir para tornar explorador e explorado sujeitos de direito, sob um único regime político e um território unificado normativamente, o Estado constitui, ainda afirmativamente, o espaço de uma comunidade, no qual se dá o amálgama de capitalistas e trabalhadores sob o signo de pátria ou nação.

Pode-se perceber o caráter duplo e contraditório que o Estado assume ao regular as relações sociais entre os indivíduos, ao passo que ele atende a distintos interesses dos diversos segmentos da população. Mascaro (2013, p. 24) contribui com esse pensamento dizendo que,

[...] a forma política estatal é fundamental à reprodução da sociabilidade do capitalismo, mas, ao se assentar como forma de um poder separado dos próprios agentes econômicos, ela pode até mesmo, eventualmente, ser disfuncional e contrária aos interesses da valorização do valor. Atravessado pelas pressões e conflitos sociais de modo específico, o Estado pode se revelar um opositor de determinadas relações econômicas do capital. Entre a forma-valor e a forma política estatal não há uma decorrência de desdobramento lógico necessário nem de total acoplamento funcional. A separação entre o político e o econômico permite a valorização do valor, forjando suas formas, mas isso se dá num processo que contém, intrinsecamente, a contradição, justamente, por conta da própria separação e do apoderamento dividido.

Mas não se pode pensar que no capitalismo o fenômeno político é algo limitado ao Estado, embora nele se condense. Mascaro (2013, p. 38) realiza as seguintes indicações sobre tal fenômeno. “O Estado é o núcleo material da forma política capitalista. O governo é o núcleo poderoso e dirigente do Estado e a administração pública é o seu corpo burocrático. Governo e administração são os organismos da política estatal”. A forma política em sua relação com a econômica geram as dinâmicas ora contraditórias, ora coesas das relações

sociais num dado contexto, apresentando variações, conflitos, enxugamento ou alargamento das políticas sociais nos distintos governos.

É dentro desse terreno arenoso, numa disputa constante do fundo público, em que se desenvolvem e se operacionalizam as políticas sociais e, com elas, a política de assistência social.

Nessa perspectiva, existe uma disputa constante dos recursos do fundo público dentro do contexto do orçamento do Estado. Salvador et al (2012, p. 123-124) afirma que o orçamento público constitui-se como um espaço de luta política num arenoso e conflituoso jogo de interesses em que ganha a força política hegemônica num dado momento. Deste modo, percebe-se, desde a década de 1980, que o Estado capitalista, dentro de um modelo de condução de suas ações sob a ótica neoliberal, tem se inclinado para o domínio do capital financeiro. Nas palavras do autor “Sob o comando das políticas neoliberais foi esgarçada a liberalização com o enfraquecimento do Estado e da proteção social, sob o efeito dos juros do serviço da dívida, potencializando a crise estrutural do capitalismo”.

O fundo público tem papel primordial na condução das ações do Estado no que tange tanto à manutenção da economia, na perspectiva capitalista, como na garantia do contrato social. Esse duplo uso e significado do fundo público garante a análise e uso do orçamento público sob duas vias. A primeira remete ao aumento com os gastos sociais, através das políticas públicas, que possibilita também a ampliação do mercado de consumo. E a segunda diz respeito ao uso do orçamento público nas políticas anticíclicas das crises econômicas (SALVADOR ET AL, 2012).

A política de assistência social sofre diretamente com as disputas realizadas sobre o fundo público. A que pese a forma histórica em que esta política foi tratada pelos distintos governos ao longo dos anos. Para Salvador et al (2012), a disputa pelo fundo público no Brasil enveredou pelo viés restritivo, tanto no que diz respeito ao financiamento, como pelos gastos sociais, fato bem distinto das conquistas da socialdemocracia, ainda que limitadas também, nos países desenvolvidos.

O fundo público possui, portanto, um lugar estrutural no capitalismo, ressaltados suas especificidades e contradições tão peculiares. Oliveira (1998) destaca que o fundo público atinge sua maturidade no momento em que proporciona o financiamento da reprodução da força de trabalho em seus distintos níveis, através dos gastos sociais com as políticas públicas.

Logo, pensar o capitalismo sem pensar na apropriação do mesmo sobre o fundo público, parece-nos ingenuidade. Mészáros (2003, p. 29) reforça tal ideia na seguinte

passagem: “apesar de todos os protestos em contrário, combinado com fantasias neoliberais relativas ao ‘recoo das fronteiras do Estado’, o sistema do capital não sobreviveria uma única semana sem o forte apoio que recebe do Estado”.

Salvador et al (2012, p. 126) assinala as formas em que o fundo público está presente na reprodução do capital, sendo elas:

I) Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento a reprodução do capital. II) Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. III) Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas. IV) No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas.

A própria sociedade compõe o fundo público, através da extração de recursos pelo Estado com os impostos, as taxas, as contribuições, dentre outras maneiras de captação dos valores. Desta forma, para Behring (2010), a constituição do fundo público nada mais é do que a apropriação, de parte do trabalho excedente dos indivíduos e é utilizado pelo Estado para suas distintas finalidades.

Importante entender que o fundo público, também especificado como orçamento público, existe para além de uma peça técnica, formal e contábil, que direciona a execução de um planejamento, ele é também uma peça política. Nesta perspectiva, a escolha na alocação dos recursos públicos não se trata meramente de um ato econômico, mas acima de tudo um ato político. O direcionamento, bem como, a expansão ou retração, do orçamento público está diretamente relacionado às forças hegemônicas que estejam no poder, por tanto, são escolhas, fundamentalmente políticas, além de econômicas. Assim, os gastos orçamentários indicam as prioridades, o direcionamento que o Estado possui para com as políticas sociais e demais setores (OLIVEIRA, 2009).

Sobre os gastos públicos, Silva (2012) relata que nos últimos anos as políticas sociais têm sofrido diversas investidas no que diz respeito às diminuições em seus investimentos. Tais diminuições ocorreram principalmente a partir da década de 1970, com uma série de pacotes reformistas, cujas justificativas dão-se no âmbito do neoliberalismo, a fim dar conta da crise fiscal que supostamente o Estado vivencia. Percebe-se que ao mesmo

tempo em que o Estado investe nos cortes com os gatos sociais, ele não deixa de direcionar o fundo público para atender as demandas do grande capital.

Recentemente, o governo federal, através do Projeto de Lei Orçamentária Anual 2019 (PLOA), anunciou a proposta de corte no orçamento para funcionamento do SUAS em 50% para o ano de 2019, antes o valor proposto pelo CNAS, através da Resolução nº 16 de 2018, era de R\$ 61.136 bilhões¹², foi reduzido para R\$ 30,899 bilhões. Tal proposta orçamentária, na visão do CNAS, desencadeará uma maior precarização na oferta dos serviços, programas, projetos e benefícios ofertados para a população mais vulnerável que atualmente contabiliza mais de trinta milhões de famílias que acessam a política de assistência social, através dos mais de oito mil Centros de Referência e Centros Especializados de Referências de assistência social (CRAS e CREAS), além do que, intensificará a degradação das condições de trabalho dos mais de seiscentos mil trabalhadores do SUAS¹³. Os cortes propostos no orçamento do SUAS é decorrência direta da Proposta de Emenda Constitucional 95 (PEC 95) que congela os investimentos com políticas sociais pelos próximos vinte anos. Em um movimento reivindicatório, buscando garantir apoio pelo congresso nacional, o CNAS publicou no Diário Oficial da União (DOU) a Resolução de nº 20¹⁴ solicitando ao governo federal a recomposição da dotação orçamentária de 2018 e da proposta orçamentária para 2019.

Dentro desse contexto, as políticas sociais passam a ser caracterizadas com o discurso ideológico, em que pese sobre elas as seguintes nomeações: paternalistas, gasto excessivo do trabalho, não meritocráticas e que por isso deveriam ser acessadas pela via do mercado e não pelo Estado, deixando assim de serem vistas como direito social (BEHRING, 2008).

O próximo ponto tratará da constituição da política social de assistência social como um direito em tempos de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado brasileiro.

¹² Disponível em < <https://maissuas.files.wordpress.com/2018/09/anexo-resolucceca7acc83o-20-2018-cn-as.pdf> >. Acesso em 01 Out. de 2018.

¹³ Disponível em < <http://cress-sc.org.br/2018/09/24/assistentes-sociais-contr-a-os-novos-cortes-no-orcamento-federal-para-2019/> > Acesso em 01 Out. de 2018.

¹⁴ Disponível em < <https://maissuas.files.wordpress.com/2018/09/resolucceca7acc83o-nc2ba-20-de-13-de-setembro-de-2018-recomposicceca7acc83o-orccca7amento.pdf> >. Acesso em 01 de Out. de 2018.

2.2 Assistência social como direito: um percurso em constante construção

Para entender a política social como questão de direito e de cidadania, é necessário compreender o significado do termo política.

Potyara (2009) coloca que existem duas acepções para o termo política. A primeira, mais geral e conhecida, refere-se à política na forma clássica, o voto, as eleições, o parlamento e o governo. E a segunda, diz respeito ao entendimento mais recente de política como sendo as ações que o Estado interventor realiza frente às demandas sociais da sociedade. A concepção de política aqui empreendida será a segunda, sem perder de vista a importância e a relação que a primeira estabelece na segunda acepção.

A política é iminentemente uma arena de conflitos e de interesses. Nesse sentido, visto a contrariedade que a permeia, há a possibilidade de se formar, com os tensionamentos adequados, contra poderes que emergem na perspectiva da ampliação de ganhos para a sociedade em geral, em especial para a classe trabalhadora. A criação desses ganhos sociais remete à valorização da dimensão social, tendo como consequência, a ampliação da cidadania, numa contraposição direta à lógica do mercado, incumbindo ao Estado a responsabilidade na criação das condições ideais de vida para a população (POTYARA, 2009).

Especificamente, sobre política pública, não há uma unanimidade conceitual sobre sua caracterização e relação entre sociedade e Estado. Potyara (2009, p. 92) compreende que política pública deve ser entendida mais amplamente, em que a categoria política social se insere. Nas palavras da autora “[...] a política social é uma *espécie* do *gênero* política pública”.

Deste modo, em sua epistemologia, a política pública procura diferenciar-se do tradicional estudo da política, buscando em sua raiz a essência entre política e prática política, estando um e outro relacionado. Para Potyara (2009, p. 93) a política pública possui como principais características o seguinte:

a) é *multidisciplinar*, porque rompe com os estreitos limites dos estudos sobre instituições e estruturas e abrange temas e questões tratados por outras disciplinas científicas, como a economia, a sociologia, a ciência política, o direito, o serviço social, dentre outras; b) é *intervencionista*, porque não se contenta apenas em conhecer o seu objeto de estudo, mas procura interferir nele e modificá-lo; c) é *normativa*, porque não é pura racionalidade e se defronta com a impossibilidade de separar fins e meios, bem como valores e técnicas, no estudo das ações dos governos. Neste caso, ele tanto se interessa pelo conhecimento do “ser”, quanto com a definição do “dever ser”.

Destaca-se o fato da política pública não ser algo exclusivo do Estado. Ela é antes de tudo uma relação dialética entre Estado e sociedade, bem como, o termo público constante em política pública não se remete única e exclusivamente como algo concebido pelo Estado, é mais abrangente. A sociedade também tem um papel fundamental nesse processo. Portanto, Potyara (2009, p. 95) dialoga que

[...] quando se fala de política *pública*, está se falando de uma política cuja principal marca definidora é o fato de ser *pública*, isto é, de todos, e não porque seja *estatal* (do Estado) ou *coletiva* (de grupos particulares da sociedade) e muito menos individual. O caráter público desta política não é dado apenas pela sua vinculação com o Estado e nem pelo tamanho do agregado social que lhe demanda atenção (Rua), mas pelo fato de significar um conjunto de decisões e ações que resulta ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da sociedade.

O importante de se entender é que política pública é sempre guiada numa perspectiva do interesse comum e visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade sendo posteriormente são transformados em leis, em que a materialidade das políticas públicas é sentida pela sociedade através dos serviços sociais prestados.

O Estado e a sociedade possuem papel decisivo na condução das políticas públicas. Potyara (2009) reforça que a execução de uma política pública não é algo aleatório. Deve ser pensada, planejada, avaliada e reformulada para melhor atender aos interesses de um coletivo. Por isso, Meny e Toening (1992) dizem que política pública é também o estudo do Estado em ação.

Mas nem sempre o Estado é proporcionador de ação. Ele pode ser também gerador de *não-ação* intencional frente a uma demanda da sociedade que seria de sua competência atender. Assim, tomemos outro entendimento de política pública proposto por Dye (1972) em que política pública é aquilo que o governo escolhe ou não fazer.

Sintetizando as principais funções da política pública para Potyara (2009, p. 99) são:

a) Concretizar direitos conquistados pela sociedade e incorporados nas leis; b) Alocar e distribuir bens públicos que, por sua vez, apresentam as seguintes características: São *indivisíveis*, isto é, devem ser usufruídos por inteiro por todos os membros de uma comunidade nacional. É o que se chama de usufruto *não rival* porque todos, por uma questão de direito, devem ter acesso a ele de forma igual e gratuita. Desse modo, entende-se que é função dos poderes públicos não só prover esses bens, mas também garanti-los de forma universal. Exemplo: educação pública; São *públicos*, isto é, devem visar o interesse geral e, por isso, não podem se pautar pelo mérito e nem ser regidos pela lógica do mercado; São fáceis de acessar, isto é, devem estar disponíveis, já que cada cidadão tem direito a eles.

Assim, pode-se perceber o caráter universal que as políticas públicas têm e a não exigência de contrapartidas para seu acesso.

Mais amplamente, podemos relacionar o porquê das políticas públicas serem também entendidas como direito de cidadania. Segundo Potyara (2009, p. 101), a relação existente entre as políticas públicas e os direitos de cidadania baseia-se no fato de que “[...] uma de suas principais funções é a concretização de direitos de cidadania conquistados pela sociedade e amparados pela lei”. Sabe-se que existem pelo menos duas grandes categorias de direitos: os direitos sociais e os direitos individuais. As políticas públicas enquadram-se na categoria de direitos sociais “[...] que se guiam pelo princípio da *igualdade*, embora tenham no seu horizonte os direitos individuais – que se guiam pelo princípio da *liberdade*”.

Deste modo, as políticas públicas devem garantir as necessidades do homem em sua totalidade, não apenas as necessidades biológicas, mas também as sociais. Perpassa nisto o seguinte argumento de Potyara (2009, p. 102)

A identificação das políticas públicas com os direitos sociais decorre do fato de esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitem à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade. Daí porque, no campo de atuação das políticas públicas, a participação do Estado, seja como regulador, seja como provedor ou garantidor de bens públicos como direito, é considerada fundamental.

No entendimento de que as políticas públicas devem atender os homens em sua totalidade, tomaremos como exemplo o provérbio chinês para elucidar nosso entendimento sobre a importância das políticas públicas. Diz o provérbio: “Dê um peixe a um homem e você o alimentará por um dia. Ensine-o a pescar e você o alimentará por uma vida toda”. Entendemos que, por conta das inúmeras contradições existentes em nossa sociedade, é um erro ter de escolher entre uma ou outra opção tão necessária à vida humana: ter o peixe ou ser ensinado a pescar. Faz-se necessário garantir o acesso dos homens às duas necessidades e, por vezes, incluir um terceiro acesso nesse contexto, talvez primordial: dar o peixe, ensinar a pescar e *garantir as condições necessárias para que ocorra a pescaria*. Isto é o papel das políticas públicas, contribuir com a efetiva concretização dos direitos humanos, com a autonomia do homem, com a liberdade e com as oportunidades verdadeiramente equitativas de desenvolvimento.

Após o entendimento de política pública, nela inserida política social, tomemos a política pública de assistência social.

Fora inaugurado na Constituição Federal de 1988 alguns ganhos e reconhecimentos no que dizem respeito aos direitos civis, políticos e sociais para os brasileiros. De acordo com Couto (2010), a constituição de 1988 foi palco de disputas no Congresso Nacional, à época, entre partidos de esquerda e partidos mais conservadores, chamados de “centrão”. Os maiores ganhos para a população, no meio desta disputa, diz respeito aos direitos sociais, muito bem esclarecidos logo no início do texto constitucional, onde o art. 3 defini quais são os objetivos da nação:

“I – Construir uma sociedade livre, justa e igualitária; II – Garantir o desenvolvimento nacional; III – Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV – Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (Brasil, 1988).

Nesse contexto, a Constituição de 1988 já percebe e admite as diferenças regionais e locais existentes no vasto território brasileiro. Para isso, o art. 194 buscou dar respostas de como conseguir alcançar os objetivos propostos no art. 3, criando o sistema de seguridade social brasileira, composto pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, deixando claro que tais políticas devem andar articuladas, conjugando ações, tanto de iniciativas dos poderes públicos, como da sociedade civil em geral. Assim, no decorrer dos próximos artigos, até o art. 204, a constituição busca esclarecer como a seguridade social deverá ser operacionalizada, informando que a saúde é de caráter universal, a previdência social tem caráter contributivo e assistência social será destinada a quem dela necessitar, sem necessidade de contribuições de qualquer natureza (COUTO, 2010).

Assim, a Constituição Federal de 1988 inscreve uma nova lógica no cuidado com a sociedade, rompendo a lógica fragmentada de ações que se tinha anteriormente. Abre-se um horizonte de ampliação dos direitos sociais com a responsabilização direta do poder público em prover as necessidades dos indivíduos.

Para Couto (2010, p. 159), a seguridade social significou um ganho para a população brasileira, pois

[...] tem como concepção um sistema de proteção integral do cidadão, protegendo-o quando no exercício da sua vida laboral, na falta dela, na velhice e nos diferentes imprevistos que a vida lhe apresenta, tendo para a cobertura ações contributivas para com a política previdenciária e ações não-contributivas para a política de saúde e de assistência social.

É possível perceber que de fato a inscrição da seguridade social em estatuto legal demarca um avanço no sistema de proteção social brasileiro, garantindo à população o acesso aos direitos sociais, alargando sua condição de cidadão e incumbindo ao Estado a responsabilização na cobertura ampliada de suas necessidades. No entanto, para COUTO (2010) existe um processo de contradição existente no modo em que se gestou a política de assistência social no Brasil. Fato este relacionado intrinsecamente pela herança histórica da formação social brasileira.

A política de assistência social foi gestada em um movimento histórico, político e econômico contraditório no Brasil ao longo das décadas de 1930 e 1980. Teve-se nesse período heranças de um ideário liberal e social que se refletiu em algumas ações do Estado. A conquista desta política pública revela também os percalços encontrados por ela por conta da herança política brasileira. Pode-se observar sinteticamente no Quadro 3 como foi a constituição desta política naquelas décadas (COUTO, 2010).

Quadro 3 – Síntese dos direitos e programas sociais vinculados ao campo da assistência social no Brasil – 1934-88

Discriminação	Garantias Constitucionais	Respostas institucionalizadas pelo Estado
1934	<ul style="list-style-type: none"> – atendimento às famílias de prole numerosa; – amparo aos desvalidos; – amparo à maternidade e à infância; – organização de colônias agrícolas para habitantes das zonas empobrecidas ou sem trabalho; 	Não há definições de programas institucionais na área, ficando essa atendida pela filantropia, tendo um caráter de ajuda aos necessitados.
1937	<ul style="list-style-type: none"> – amparo á infância e à juventude; – aos pais miseráveis, assiste o direito de invocar o auxílio e a proteção para subsistência e proteção de sua prole. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1940: Plano de Alimentação ao Trabalhador; – 1942: criação da Legião Brasileira de Assistência.

1946	<ul style="list-style-type: none"> – assistência à maternidade, à infância e à adolescência; – assistência aos desempregados. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1950: Programa de Alimentação de Gestantes e Programa de Alimentação Escolar; 1964: criação da Fundação do Bem-Estar do menor.
1967	<ul style="list-style-type: none"> – lei especial disporá sobre assistência à maternidade, à infância e à adolescência e sobre a educação dos excepcionais; – necessidade de apontar fonte de custeio para benefícios assistenciais. 	As respostas à questão assistencial são institucionalizadas a partir de 1972.
1969	Idem a de 1967.	<ul style="list-style-type: none"> – 1972: Programa Nacional de Alimentação e Nutrição para o grupo materno-infantil; – 1977: Programa de Complementação Alimentar e Programa de Alimentação do Trabalhador; – 1985: Programa de Suplementação Alimentar; – 1986: criação da Secretaria Especial de Ação Comunitária; Programa Nacional de Alimentação Escolar e Programa Nacional do Leite para crianças carentes;
1988	– a assistência compõe o tripé da seguridade social;	– 1993: Lei Orgânica da Assistência Social e

	<ul style="list-style-type: none"> – destina-se a quem necessitar; – não-contributiva; – dever do Estado e direito do cidadão; – salário mínimo ao idoso e à pessoa com deficiência sem condições de se manter. 	Benefício de Prestação Continuada; Programa de Combate à Fome e à Miséria; - 1995: Programa Comunidade Solidária.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Couto (2010, p. 163)

Em um movimento que reitera velhas práticas históricas de se tratar os desvalidos, a assistência social orchestra um espaço de contradições no que se refere ao amparo desse perfil de cidadãos. Revela-se para esta política ações de cunho restritivo, focalizado, em que a prestação de seus serviços ocorre a uma parcela extremamente pobre da sociedade, ou seja, àqueles que estão vinculados à pobreza absoluta (PEREIRA, 1996).

Associado a isto, tem-se que pesa sobre a formação da política de assistência social no Brasil, o ranço relacionado ao clientelismo e ao assistencialismo que são marcas históricas de uma sociedade conservadora como a nossa, que tratou, durante muito tempo, a pobreza como problema do indivíduo (vadiagem) delegando ao mesmo a responsabilidade de sair desta condição de miserabilidade¹⁵ (COUTO, 2010).

Ocorreu ao longo daquelas décadas, um esforço do Brasil em conseguir ingressar em um mundo desenvolvido, ainda na etapa do capitalismo monopolista. Isto ocasionou a criação de uma enorme massa de desvalidos, bem como o acirramento da desigualdade social no país, devido às grandes concentrações de renda que se formaram. Para dar respostas à desigualdade social, quase sempre, foram desenvolvidas ações pautadas em uma política residual, fragmentada que não conseguiu, mesmo com o estatuto legal, dar conta da plenitude das demandas sociais que surgiam da população, já que, historicamente, ocorreu um atendimento maior das demandas do capital em detrimento das demandas sociais (COUTO, 2010). Nas palavras da autora,

¹⁵ Acrescido a isto, merece destaque o que coloca Fontenele (2016, p. 66) sobre o trato dado à questão da pobreza no Brasil. Segundo a autora, “Outra faceta do tratamento da pobreza nas políticas sociais que merece destaque é sua criminalização, que se estende aos pobres e suas famílias. Mesmo considerando as transformações nas visões da pobreza, constatada por Valladares (1991), não se pode deixar de afirmar, de acordo com Ianni (1989), que esse pensamento pautado na criminalização da pobreza ainda mantém-se em vigor, mesmo depois de mais de cem anos de abolição da escravatura, com outras roupagens certamente. Reproduz-se o pensamento de que as famílias pobres são responsáveis pela sua condição de vida, ou seja, a ideias de que “[...] a vítima é a culpada” (Ianni, 1989, p. 149)”.

[...] pode-se inferir que, embora a concepção da assistência social porte uma dimensão de “provisão social”, que tem por base a noção de direito social, a mesma é plasmada no contexto de uma sociedade que historicamente vinculou o campo dos direitos sociais à versão de compensação àqueles que, pelo trabalho, eram merecedores de ser atendidos socialmente. Sendo assim, o campo dos direitos, na sociedade brasileira, é marcado por um processo contraditório, próprio da relação de acumulação de capital *versus* distribuição de renda. Ou seja, o que está em jogo para que sejam efetivados os direitos sociais é a possibilidade, ou não, nos parâmetros dessa sociedade, da ampliação de investimentos de capitais em áreas não-lucrativas (COUTO, 2010, p. 167-168).

Dentro desse contexto, temos que reconhecer os avanços proporcionados pela Constituição Federal de 1988, principalmente no que versa sobre a seguridade social. Mas é importante também reconhecer que muito ainda há por fazer, uma vez que o ranço histórico do assistencialismo, do clientelismo e de práticas (*neo*) conservadoras atinge cotidianamente o trabalho dos que estão nesta política social. Nas palavras da autora Fontenele (2016) “[...] a política de Assistência Social ainda convive com vestígios ou mesmo zonas envelhecidas, revestidas de novas roupagens”. A execução desta política social ainda é algo que gera tensão e constantes disputas no Estado democrático (orçamento público, como falado anteriormente), trata-se da existência de dois projetos políticos que disputam constantemente o poder político, sendo eles, “[...] aquele preceituado pela CF de 1988, de um sistema de proteção social universal e mais igualitário e o outro que representa as tendências neoliberais. Um processo de avanços, ao mesmo tempo, que mantém velhas estratégias e práticas” (FONTENELE, 2016, p. 88).

Num longo processo de disputas e contradições desenvolveu-se esta política social. Veremos abaixo como esta política desenvolveu-se especificamente em Maracanaú-CE.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NA TERRA DAS MARACANÃS

Maracanaú é um município de grande porte e tem uma população estimada de 221.504 habitantes, de acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDMH) de 0,69, equivalendo à sexta colocação dentre os 184 municípios do Ceará (BRASIL, 2010).

Maracanaú é considerado referência para execução da política de assistência social e de segurança alimentar no Brasil tendo destaque regional e nacional em desenvolvimento social, econômico e em infraestrutura, que, de acordo com notícia veiculada no jornal O Povo, é a única cidade do Estado do Ceará a figurar entre as melhores do Brasil (O POVO, 2014) ¹⁶. Segundo esse mesmo jornal, Maracanaú, juntamente com Fortaleza e Sobral, é destaque em *ranking* realizado por guia de investimento estrangeiro “*American Cities of the Future 2017/18*” (“cidades americanas do futuro”) alcançando o 5º lugar como uma das cidades mais promissoras para investimento em relação a custo/benefício das Américas¹⁷. Isto nos leva a crer que o município possui vasto potencial econômico.

A escolha do nome para o município de Maracanaú deu-se devido o fato de que existiam, logo no início de sua constituição, muitas araras maracanãs que sobrevoavam aquele território. Maracanaú significa em tupi “lugar onde bebem as maracanãs”. O município possui uma vasta área territorial de 105,696 km² fazendo limites com os seguintes municípios: ao norte, com Fortaleza e Caucaia; ao sul, com Pacatuba e Maranguape; ao leste, com Pacatuba e Fortaleza e a oeste, com Maranguape e Caucaia (MARACANAÚ, 2014).

De acordo com Aguiar (2016, p. 86), o processo de urbanização municipal deu-se com a criação da estação ferroviária em 1875. Tal fato proporcionou

[...] a ampliação da linha férrea Fortaleza-Maranguape-Baturité, contribuiu para o desenvolvimento da região, pois proporcionou maior mobilidade aos seus moradores. Até a década de 1960, a população do então distrito se ocupava da agricultura de subsistência, da pecuária rudimentar, de um pequeno comércio e do artesanato de bordadeiras, caracterizando-se como uma ocupação urbana incipiente.

¹⁶

Disponível

em:

<<http://www.opovo.com.br/app/opovo/economia/2014/05/16/noticiasjornaleconomia,3251512/estudo-aponta-a-cidade-entre-as-mais-desenvolvidas-do-pais.shtml>>. Acesso em: 20 set. 2016.

¹⁷ Disponível em < <http://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2017/07/fortaleza-sobral-e-maracanau-sao-destaques-em-lista-de-investimento.html> >. Acesso em: 10 jan. 2018.

A dinâmica de industrialização é intensificada em todo o país na década de 1970. Maracanaú foi então o município escolhido para sediar o polo industrial do Ceará, denominado I Distrito Industrial, cuja inauguração deu-se em 1978. O governo do Estado em um movimento de atrair um contingente populacional para o local resolveu dar as condições necessárias para isso. Foram estruturadas rodovias e criado seis conjuntos habitacionais no entorno com uma média de duas mil casas por conjunto, possibilitando a atração de um contingente maior de famílias que migraram à época com vistas à possibilidade maior de empregabilidade. Impulsionou-se assim o povoamento deste município (PEREIRA, 2011).

Segue o plano municipal de atração dos empresários e do grande capital para os arredores da cidade. De acordo com Aguiar (2016, p. 88), ocorre a aprovação da

Lei nº 1.160/2006, que trata de uma política de incentivos para instalação de negócios, possibilitando a concessão dos incentivos fiscais para diversos setores da economia: empresas do comércio, de prestação de serviços, agronegócios, estabelecimentos de educação, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), empreendimentos da área de saúde e para as empresas já instaladas em Maracanaú, desde que façam modernizações ou ampliações nas suas unidades. Dentre os incentivos fiscais municipais encontram-se: a redução de impostos, como ISS e IPTU; a doação de terrenos e subvenção de locação de galpões e a disponibilização da infraestrutura adequada (água, energia, comunicação e acesso), demonstrando o uso do fundo público para atender a interesses do capital.

Deste modo, observa-se, como bem explora Salvador (2012), o uso constante do fundo público para os mais diversos incentivos do grande capital, à medida que o Estado proporciona as condições necessárias para expansão dos meios de produção e conseqüentemente a reprodução do capital.

Atrelados ao processo de urbanização e crescimento municipais ocorreram também à poluição do ar, resultante da liberação das substâncias químicas, a liberação de muitas fuligens de aço da Gerdau, além dos problemas relacionados ao mau cheiro das indústrias de curtumes da lagoa de estabilização (SOUSA NETO, 2010). Acrescido das seguintes questões relatadas por Aguiar (2016, p. 86-87)

A implementação do distrito industrial e dos conjuntos habitacionais alteraram significativamente a paisagem urbana e o modo de vida da população. A explosão demográfica resultou no surgimento de problemas sociais, como a falta de saneamento básico, a destruição do meio ambiente, a criação de um lixão, dentre outros.

Maracanaú configura-se assim como um município de contradições. Se por um lado, possui um vasto potencial econômico, por outro, o desenvolvimento econômico não

chegou a contento para todos os municípios. Nas palavras de Aguiar (2016, p. 89), Maracanaú abriga

um significativo polo industrial e um crescente setor de atividades comerciais e de serviços, demarcando sua riqueza e prosperidade econômica. No entanto, sua população não usufrui das riquezas produzidas no município. As transformações ocorridas no espaço urbano em decorrência do processo de industrialização trouxeram para o cenário da cidade as expressões da questão social.

Visando atender às contradições inerentes de um processo de industrialização e as consequências para a população local, foi criada em 1985, através da Lei nº 016, de 27/05, a Secretaria de Promoção Social, pelo então primeiro prefeito municipal Almir Freitas Dutra. A referida pasta ficou sob a gestão da primeira dama à época. Posteriormente, no ano de 2000, esta secretaria passou a ser chamada Secretaria de Saúde e Ação Social, integrando em seu quadro uma equipe técnica contratada pelo Estado, a fim de implementar de forma mais qualificada e técnica a política de assistência social no município. Sobre a junção das secretarias de assistência e saúde, o relatório mostra o seguinte: “[...] Essa fusão acarretou um trabalho fragmentado e desarticulado entre as duas secretarias, inviabilizando a concretização de um comando único na esfera municipal” (MARACANAÚ, 2014, p. 61).

Outro ponto a destacar neste relatório, diz respeito à forma como a política de assistência social era percebida pelos gestores municipais à época. A pasta ficava sob a responsabilidade da primeira-dama e “[...] as ações da secretaria eram incipientes, assistencialistas e se limitavam ao trabalho com os idosos e em creches conveniadas com as entidades comunitárias” (MARACANAÚ, 2014, p. 61).

De acordo com Aguiar (2016), somente nos anos 2005 operacionalizou-se uma mudança na forma de gerir a política pública de assistência social em Maracanaú. Isto se deu devido o processo de implantação do SUAS, a partir 2004, em todos os municípios brasileiros. Neste ano ocorreu a aprovação da PNAS e o SUAS em 2005. Deste modo, os municípios do Brasil tiveram de se adequar às novas normatizações e exigências políticas.

Inicia-se um trabalho de redirecionamento das práticas políticas no município de Maracanaú. No ano de 2004, ocorre a separação da Secretaria de Ação Social da Secretaria de Saúde. Cria-se, através da Lei nº 986, de 7 de janeiro de 2005, a Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), dando à pasta maior autonomia, atuando com comando único na esfera municipal (MARACANAÚ, 2014). Dentro dessa linha de mudanças, tem-se, segundo

Aguiar (2014) o rompimento das práticas de primeiro-damismo¹⁸ na pasta desta política pública.

O município começa a estruturar a política de assistência social de acordo com o que preconiza o SUAS, passando a ofertar seus serviços em dois níveis de complexidade: a Proteção Social Básica¹⁹ e a Proteção Social Especial²⁰. Uma rede local, conveniada e pública organiza-se em torno desses dois eixos, a fim de afiançar as seguintes seguranças aos seus municípios: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia), de acolhida, de convívio familiar e comunitário (ou vivência familiar)²¹, culminado no ano de 2005 com a criação dos Centros de Referência de Assistência Social, de acordo com o Quadro 4.

Marca-se, o caráter civilizatório com a adesão do município à política pública de assistência social, algo não acabado, mas que permanece em um constante construir em que “[...] um passado bem recente de uma cultura da política de assistência social de cunho assistencialista que se distanciava da perspectiva de direitos, onde o novo e o velho se encontram, os desafios para implantação dessa política se tornam maiores” (MARACANAÚ, 2014, p. 62).

¹⁸ De acordo com Aguiar (2014, p. 92) O município rompe com a prática do primeiro damismo em 2005, no governo de Roberto Pessoa (eleito pelo Partido Liberal (PL)), nomeando como secretária de Assistência Social Maria Ieda Nobre de Castro, profissional graduada em Serviço Social, com mestrado em Educação Brasileira e doutorado em Política Social. Atualmente é secretária Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). No governo Firmo Camurça (PR), assume o advogado José Gerardo Soares Filho, que por motivos pessoais deixa o governo, sendo nomeada para o cargo de secretária de Assistência Social Glauciane de Oliveira Viana (2013 até os dias atuais). A referida gestora é servidora efetiva do município desde 2008 e possui formação em Serviço Social.

¹⁹ Este nível de complexidade dentro da política de assistência social visa o seguinte: “[...] prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, bem como com o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários” (MARACANAÚ, 2014, p. 62).

²⁰ Este nível de complexidade visa o seguinte: “trabalhar a violação dos direitos sociais da família que se encontra em situação de risco pessoal e social. Prioriza serviços de média e alta complexidade que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade, como sujeitos de direito” (MARACANAÚ, 2014, p. 62).

²¹ Tais seguranças afiançadas pela política de assistência social constam na PNAS de 2004. Elas tem por primazia o seguinte: na segurança de rendimentos, o direito de “[...] garantia de que todos tenham uma forma monetária de garantir sua sobrevivência, independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego”. Na segurança de acolhida, deve ocorrer “[...] a provisão de necessidades humanas que começa com os direitos à alimentação, ao vestuário e ao abrigo, próprios à vida humana em sociedade” e por fim, na segurança à convivência familiar, o Estado deve proporcionar aos cidadãos o seguinte, “[...] a não aceitação de situações de reclusão, de situações de perda das relações. É próprio da natureza humana o comportamento gregário” em que “[...] A dimensão multicultural, intergeracional, interterritoriais, intersubjetivas, entre outras, devem ser ressaltadas na perspectiva do direito ao convívio” (BRASIL, 2004, p. 31).

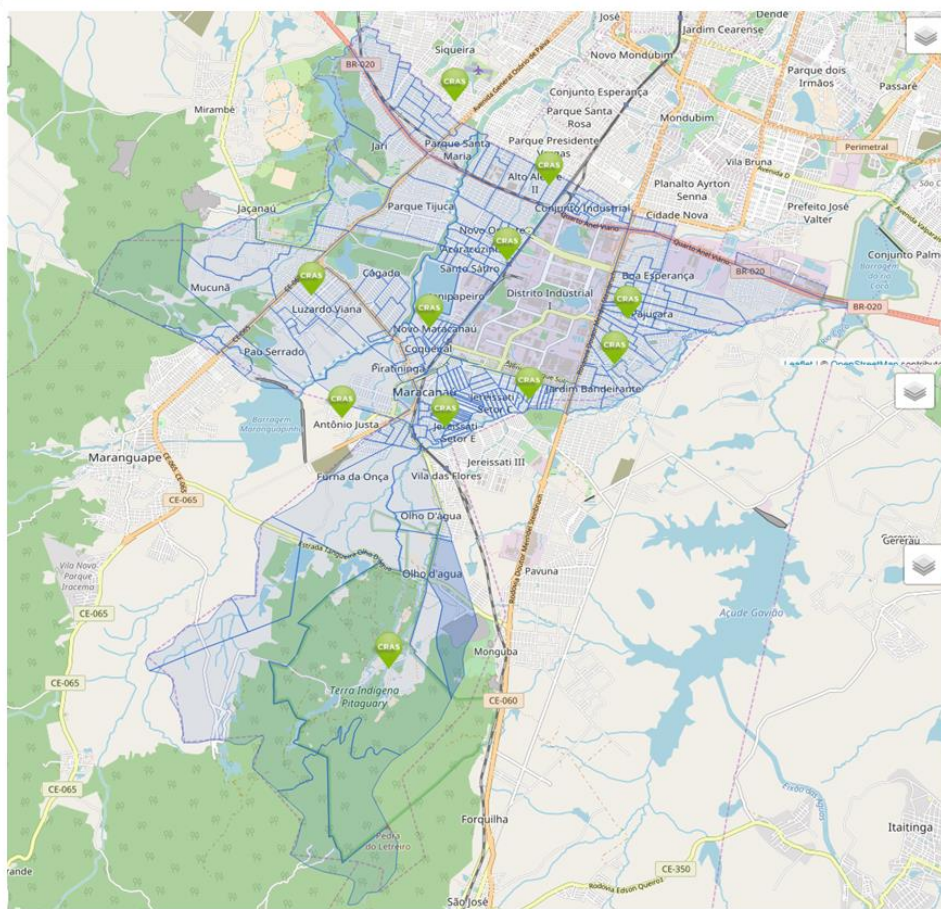
Quadro 4 – Ano de implantação dos Centros de Referência de Assistência Social em Maracanaú-CE

Unidade	Ano de Implantação
CRAS Alto Alegre	2005
CRAS Jereissati	2006
CRAS Antônio Justa	2006
CRAS Indígena	2006
CRAS Mucunã	2008
CRAS Pajuçara	2010
CRAS Parque São João	2010
CRAS Acaracuzinho	2011
CRAS Jardim Bandeirantes	2012
CRAS Piratininga	2012
CRAS Timbó	2015

Fonte: Aguiar (2016). Adaptado pela pesquisadora

Já a Figura 1 mostra o mapa de Maracanaú-CE e a marcação localizada de cada um dos onze CRAS que o município dispõe atualmente.

Figura 1 – Mapa do Município de Maracanaú com a localização geográfica dos Centros de Referência de Assistência Social, 2018



Fonte: Mapa de Oportunidades e Serviços Públicos V1.01 (MOPS). Elaborado pela Pesquisadora.

Os CRAS de Maracanaú-CE contam ainda com o atendimento de sua população de forma territorial, permitindo maior capilaridade das unidades públicas. Tais bairros, estão dispostos como mostra o Quadro 5.

Quadro 5 – Bairros atendidos por cada CRAS de Maracanaú-CE, 2018²²

²² Numa tentativa de melhor atender à população, Maracanaú organiza-se ainda por Áreas de Desenvolvimento Local (ADL). Esta divisão facilita o planejamento urbano e organiza os bairros de acordo com características socioeconômicas e geográficas semelhantes, dentro de um contexto espacial próprio, buscando garantir a integração com a dinâmica social e política do espaço urbano. As ADL são assim organizadas: ADL 1: Santo Antônio do Pitaguary, Horto, Olho D'Água, Escola de Menores, Bela Vista, Boa Vista, Alto da Mangueira, Picada, Centro, Coqueiral, Piratininga, Conjunto Novo Maracanaú, Jenipapeiro); ADL 2: Conjunto Jereissati I e II, Conjunto Timbó; ADL 3: Distrito Industrial, Jardim Bandeirante, Menino Jesus de Praga, Parque Progresso, Alto da Bonança, Jardim Paraíso, Boa Esperança e Pajuçara; ADL 4: Distrito Industrial III, Novo Mondubim, Planalto Cidade Nova, Esplanada do Mondubim, Novo Mondubim II, Conjunto Industrial, Alto Alegre II; ADL 5: Alto Alegre I, Vila Buriti, Novo Oriente, Acaracuzinho, Santo Sátiro e Jardim Maravilha; ADL 6: Jatobá, Parque São José, Siqueira II, Jarí, Santa Maria, Parque Nazaré, Jaçanaú, Mucunã, Parque Tijuca, Cágado, Parque Luzardo Viana e Pau Serrado (PEREIRA, 2011).

CRAS	BAIRROS QUE REFERENCIA
Acaracuzinho	Alto Alegre I; DI 2000; Novo Oriente; Acaracuzinho; Vila da Paz; J. Maravilha; Santo Sátiro; Vila Vintém; Vila Buriti.
Alto Alegre	Alto Alegre II; Parque Santa Maria.
Antônio Justa	Vida Nova; Antônio Justa.
Indígena	Horto; Olho d'água; Santo Antônio do Pitaguary; Furna da Onça; Picada.
Jardim Bandeirantes	Pajuçara; Jardim Bandeirantes; Menino Jesus de Praga.
Jereissati	Avenidas: Central, 04, 05, 09, 10, 11, 12, 13 e 14; Ruas do Jereissati I: 04 à 16; Jereissati II; Horto; Picada; Alto da Mangueira; Tangureira; Olho d'água; Boa Vista; Bela Vista; Centro.
Mucunã	Cágado; Jaçanaú; Serra Azul; Mucunã de Baixo e Cima; Parque Luzardo Viana; Pau Serrado; Paque Tijuca.
Pajuçara	Boa Esperança; Conj. Paraíso; Industrial; Pajuçara; Cidade Nova; Parque Novo Mondubim; Esplanada do Mondubim.
Parque São João	Jari; Canindezinho; Siqueira I e II; Jardim Jatobá; Paque São João e Santa Maria; Loteamento Osório de Paiva.
Timbó	Avenidas: 01, 02, 03, 06, 07 e 08; Ruas Jereissati I: 17 à 40; Conjunto Timbó.

Fonte: Coordenadores dos Centros de Referência de Assistência Social (2018). Elaborado pela Pesquisadora (2018).

3.1 Estrutura organizacional da Secretaria de Assistência Social em Maracanaú

A Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) de Maracanaú-CE organiza-se para melhor atender às famílias que necessitam de seus serviços através de um

regimento interno que, de acordo com Relatório de Gestão de 2016 (MARACANAÚ, 2016, p. 8), operacionaliza-se da seguinte forma:

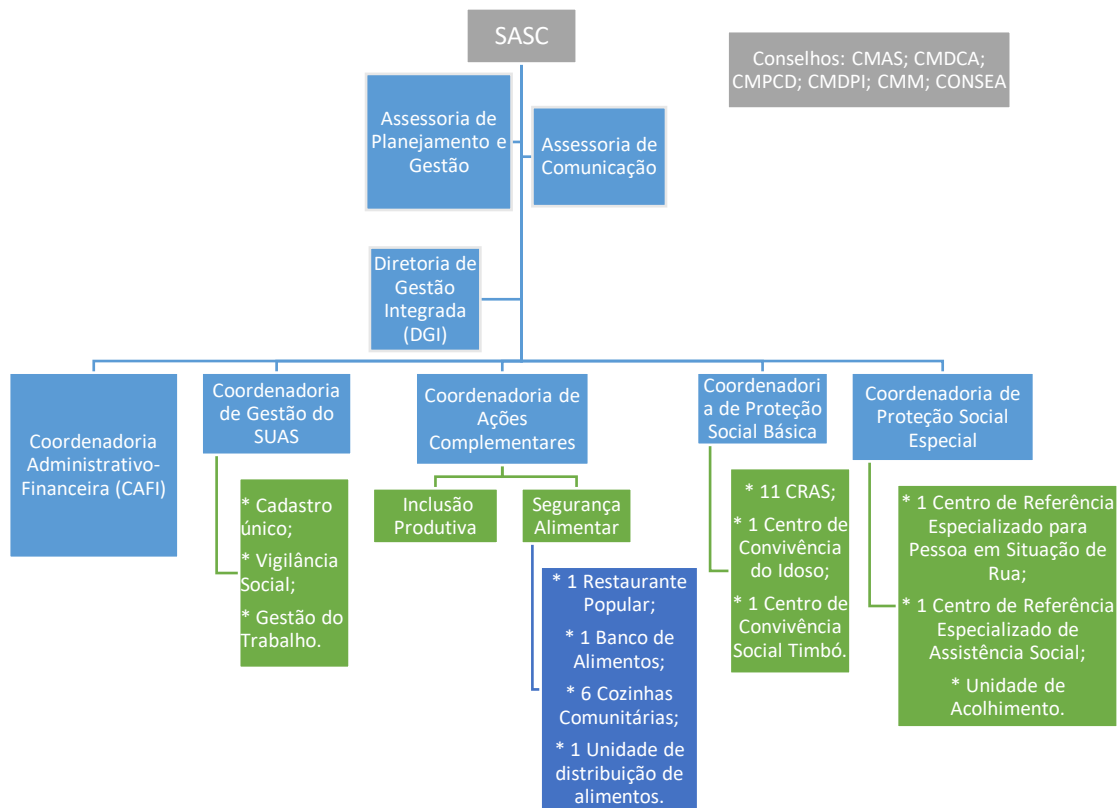
Instâncias Executivas de Linha Estratégica: Gabinete da Secretária integrado por Secretaria do Gabinete, Diretoria de Gestão Integrada (DGI), Assessoria de Planejamento e Gestão e Assessoria de Comunicação;

Instâncias Executivas de Linha Intermediária/Tática: Gestão Administrativa-Financeira (CAFI); Gestão do SUAS (GESUAS), com as áreas de Cadastro Único, Vigilância Social e Gestão do Trabalho; Gestão da Proteção Social Básica (PSB); Gestão de Proteção Social Especial (PSE); e Gestão de Ações Complementares, com as áreas de Segurança Alimentar e Inclusão Produtiva.

Instâncias Executivas de Linha Operacional: *Unidades de Proteção Social Básica:* 11 CRAS, 01 Centro de Convivência do Idoso, 01 Centro de Convivência do Timbó. *Unidades de Proteção Social Especial:* 01 CREAS, 01 Centro Pop, 02 Unidades de Acolhimento; Segurança Alimentar: 01 Restaurante Popular, 06 Cozinhas Comunitárias, 01 Banco de Alimentos, 01 Unidade de Recebimento e Distribuição de Alimentos.

É possível visualizar no organograma disposto na Figura 2 esta organização. Neste organograma foram incluídos os conselhos municipais que estão vinculados à SASC e servem para controle, fiscalização, direito e participação da sociedade nas deliberações tomadas pela secretaria, sendo eles os seguintes: Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA), Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência (CMPCD), Conselho Municipal da Pessoa Idosa (CMDPI), Conselho Municipal da Mulher (CMM) e Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA).

Figura 2 – Organograma da Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) de Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de Maracanaú. Disponível em: <http://www.maracanau.ce.gov.br/secretaria-de-assistencia-social-e-cidadania/#1504547526002-02c5752c-4c8f> Acesso em 11 nov. 2018. Elaborado pela Pesquisadora (2018).

A SASC dispõe ainda de missão, visão e valores que norteiam suas ações dentro de preceitos éticos e políticos da administração pública. De acordo com informações disponibilizadas pelo Plano Municipal da Assistência Social 2018-2021, a missão representa a razão da existência de uma organização. No setor público não é diferente. É preciso conhecer a sua finalidade, bem como seus objetivos para se ter um norte de onde a secretaria, enquanto política pública de direito, deseja chegar e a quem ela deve servir. Deste modo, a missão da SASC é a seguinte: “Garantir a efetivação da Assistência Social enquanto política pública alicerçada de direitos socioassistenciais”. Em relação à visão da SASC, que significa a imagem que a organização deseja ter, bem como, a projeção de si mesma para os próximos anos, temos a seguinte: “Consolidar a Assistência Social no município de Maracanaú, como Política de Proteção Social articulada a outras políticas públicas, voltadas à garantia e defesa dos direitos humanos e socioassistenciais”. Os valores da SASC, que dizem respeito ao direcionamento de comportamentos, de crenças e atitudes que devem nortear as ações individuais e coletivas de seus trabalhadores visando uma gestão ética e eficaz de seu

trabalho, tem-se os seguintes valores: “ética, transparência, responsabilidade, respeito, equidade, resolutividade e compromisso”. E por fim, de acordo com o Plano operacional (2018-2021), são elencadas as seguintes prioridades estratégicas para esses anos, sendo elas três: Aprimoramento institucional; Aprimoramento dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e Fortalecimento da governança e da participação social (MARACANAÚ, 2018).

3.2 Conhecendo o público-alvo dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social e os recursos financeiros disponíveis para a execução dos serviços

Traremos abaixo informações sobre o perfil sociodemográfico maracanaense, o perfil das famílias atendidas pelos CRAS de Maracanaú, bem como, informações de recursos financeiros para a operacionalização dessa política pública. Isto, de uma forma geral, nos dará um panorama de onde os trabalhadores dos CRAS estão inseridos. Tomaremos como base informações disponibilizadas no site do Mapa de Oportunidades e Serviços Públicos (MOPS)²³, Plano Municipal da Assistência Social de Maracanaú 2014-2017 e Censo IBGE de 2010.

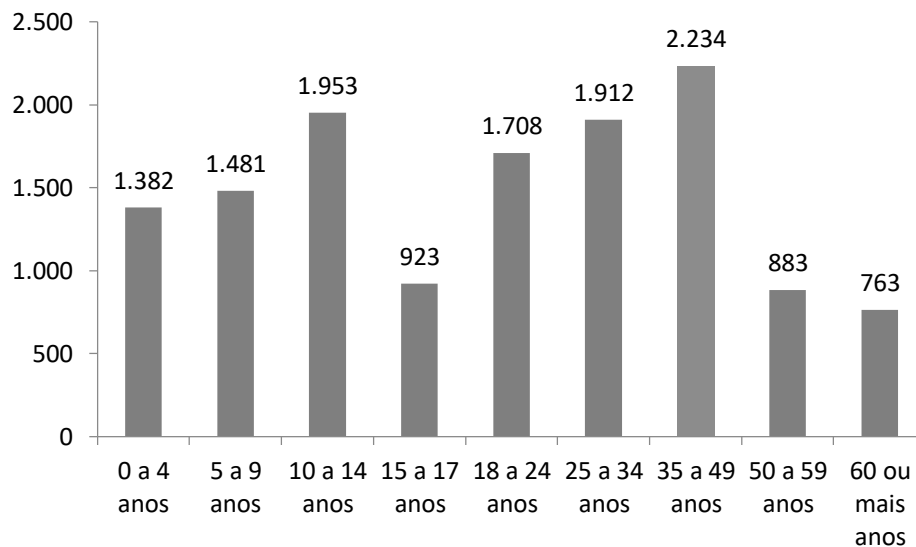
Os dados a seguir foram retirados do Relatório de Programas e Ações do MDS (v. 2017)²⁴. De acordo com esse relatório, o total da população pelo Censo IBGE de 2010 é de 209.057, sendo 1% dessa população rural e 99% urbana. A população estimada pelo IBGE em 2017 para Maracanaú foi de 224.804. Sendo que o total de população em extrema pobreza é de 13.239, o que corresponde a um percentual aproximado de 6% da população maracanaense. As pessoas entre 0 a 9 anos de idade são de 2.863, entre 18 a 24 anos de idade é de 1.708 e pessoas com 60 anos ou mais de idade é de 763.

Abaixo Gráfico 2 da população em extrema pobreza por faixa etária, segundo Censo Demográfico do IBGE de 2010 (BRASIL, 2010).

²³ Disponível em <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/mops/serv-cras.php?s=1&codigo=230765#>>. Acesso em 07 mai. 2018.

²⁴ Disponível em <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/mds/index.php?codigo=230765>>. Acesso em 07 mai. 2018.

Gráfico 2 – População em extrema pobreza por faixa etária, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2010 (BRASIL, 210). Elaborado pela Pesquisadora (2018).

Importante acrescentar que das pessoas em situação extremamente pobres no município, 6.841 (51,7%) são mulheres e 6.399 (48,3%) são homens. Que do total dessas famílias em situação de extrema pobreza, 3.320 (25,1%) declararam-se brancos, 9.561 (72,2%) negros e 359 pessoas (2,7%) declararam-se amarelos ou indígenas. Em relação à oferta de eletricidade, água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, das pessoas extremamente pobres, 230 (1,7%) vivem sem luz, 677 (5,1%) não contam com captação de água em suas residências, 6.755 (51,0%) vivem sem acesso à rede de esgoto ou fossa séptica e 1.277 (9,6%) não possuem seu lixo coletado (MARACANAÚ, 2014).

Sobre o Produto Interno Bruto Municipal (PIB) de Maracanaú (BRASIL, 2018), tem-se que o PIB municipal é de 6.742.786. A *per capita* gira em torno de R\$ 30.684, onde 0,10% provêm da agropecuária, 42,31% da indústria e 57,58% dos serviços²⁵.

De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social de Maracanaú, em agosto de 2010, a distribuição das pessoas em ocupação mostra o seguinte: 52,1% possuíam carteira assinada, 25% sem carteira assinada, 18% possuíam trabalho por conta própria, ou seja, empreendedor e 0,6% eram os empregadores. Já os servidores públicos representavam um percentual de 2,8% da população ocupada. E por fim, os trabalhadores sem rendimentos e na

²⁵

Dados disponibilizados pelo site <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/mds/index.php?codigo=230765>>do MDS. Acesso dia 07 mai. 2018.

produção para consumo próprio configuravam 1,5% da população ocupada (MARACANAÚ, 2014). Esses dados representam para Aguiar (2016, p. 89-90) o seguinte

[...] que a precarização das condições de trabalho encontra-se expressa nos 44,5% da população que estão inseridos no mercado de trabalho de forma precarizada. Outro dado se destaca pelo fato de o município possuir um polo industrial e um setor de serviços considerável, embora apenas 0,6% da população encontre-se na condição de empregador, o que significa que os proprietários da produção não residem em Maracanaú.

De acordo com o Relatório de Programas e Ações do MDS (v. 2017), o município ainda disponibiliza de recursos provenientes do governo federal para a operacionalização do Programa Criança Feliz²⁶ em um valor mensal de R\$ 55.000,00, já que realizou aceite para execução do programa no dia 15 de março de 2018 com o MDS. Este valor deverá atender o quantitativo de 1.100 pessoas de acordo com regras de inclusão do programa.

Vale destacar que, de acordo IBGE de 2010, Maracanaú possui um percentual de 77,2% das receitas oriundas de fontes externas (BRASIL, 2010).

Em relação ao Cadastro Único para Programas do Governo Federal²⁷, o Relatório de Programas e Ações do MDS (v. 2017), mostra que a política de assistência social no município de Maracanaú tem o total, até março de 2018, o quantitativo de 38.788 famílias incluídas no Cadastro único. Destas famílias incluídas, temos o seguinte perfil: 12.316 famílias com renda de R\$ 0 até R\$ 85,00; 7.329 famílias com renda de R\$ 85,01 até R\$ 170,00 e 9.387 famílias de R\$ 170,01 até ½ salário mínimo.

²⁶ De acordo com o MDS, o Programa Criança Feliz é uma ação do Governo Federal, instituído por meio do decreto nº 8.869/2016, de caráter intersetorial, com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida. O programa se desenvolve por meio de visitas domiciliares que envolvem ações de saúde, educação, assistência social, cultura e direitos humanos. O público-alvo do referido programa são gestantes e crianças de até 3 anos beneficiárias do Bolsa Família e de até 6 anos que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), além daquelas afastadas do convívio familiar por medidas protetivas. O programa está presente em 2.651 municípios e em 2.017 deles as visitas domiciliares já iniciaram. São mais de 262.682 pessoas, entre crianças e gestantes, acompanhadas semanalmente por 12.254 visitantes em todo o país. Disponível em <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2018/abril/crianca-feliz-ja-atende-262-mil-criancas-e-gestantes-por-mes-em-todo-o-brasil/view>>. Acesso em 08 mai. 2018.

²⁷ Segundo o MDS, o Cadastro Único passou a ser utilizado como o principal instrumento do Estado brasileiro no que diz respeito à criação de políticas públicas desde 2003. Regulamentado pelo decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, o Cadastro Único é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça a realidade socioeconômica da população com esse perfil. Neste cadastro são dispostas informações sobre: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, dentre outras. Tal cadastro serve como critério de inclusão e acesso para inúmeros programas e serviços da política de assistência social, dentre eles: acesso ao Bolsa Família, tarifa social de energia elétrica, programa minha casa minha vida, BPC, dentre outros. Funciona como porta de entrada para que as famílias acessem as diversas políticas públicas. Disponível em <<http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>>. Acesso em 08 mai. 2018.

Naquele relatório, constam informações sobre o programa Bolsa Família. 17.034 famílias são beneficiárias por este programa em Maracanaú até abril/2018. Este número de famílias beneficiárias corresponde a um percentual de 29% da população do município. O valor médio que cada família recebe de transferência de renda pelo governo federal foi da ordem de R\$ 151,14 no mês de abril/2018, sendo o valor total de R\$ 2.574.579,00 repassado pelo governo federal só no mês de abril/2018 para as famílias beneficiárias. O valor anual acumulado até abril/2018 repassado pelo governo federal em relação ao Bolsa Família foi de R\$ 10.412.188,00. No ano de 2017, o total de recursos disponibilizados para pagamento do Bolsa Família em Maracanaú foi de R\$ 29.007.943,00.

No Relatório de Programas e Ações do MDS (v. 2017) consta que município recebe recursos provenientes de alguns indicadores e programas, além do Bolsa Família e Programa Criança Feliz, para a operacionalização da política de assistência social. Informaremos somente o que é de uso para a Proteção Social Básica (PSB), sendo eles: IGD Bolsa Família/Cadastro único²⁸, Piso Básico Fixo para execução do PAIF, Piso Básico Variável para a execução do Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos (SCFV), IGD SUAS²⁹ e o recurso pago para o BPC pessoas com deficiência e idosos.

Em relação ao IGD Bolsa Família, o Relatório de Programas e Ações do MDS (v. 2017) indica que o município possui 0,80 de índice, o que lhe permitirá o recebimento de um valor total para o ano de 2018 de R\$ 137.262,59. Para o Piso Básico Fixo do PAIF, o valor de recebimento para funcionamento destas unidades é de R\$ 96.000,00, com uma previsão de repasse para o ano de 2018 de R\$ 1.152.000,00, já que Maracanaú tem onze CRAS, mas somente oito são cofinanciados pelo governo federal, já foram repassados até maio de 2018 um valor de R\$ 192.000,00. Para a execução do SCFV, o piso básico variável com valor de

²⁸ Segundo o MDS, o Índice de Gestão Descentralizada (IGD) é um indicador desenvolvido pelo MDS que mostra a qualidade da gestão local do Programa Bolsa Família (PBF) e do Cadastro Único, refletindo os compromissos assumidos por estados (IGD-E), Distrito Federal e municípios (IGD-M) ao aderirem ao programa. O índice varia entre zero e 1. Quanto mais próximo de 1, melhor o resultado da avaliação da gestão. Com base nesse indicador, o MDS calcula o valor dos recursos financeiros que serão repassados aos entes federados. Disponível em < <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/igd> >. Acesso em 08 mai. 2018.

²⁹ Segundo o MDS, o IGD SUAS é um índice destinado a medir os resultados da gestão descentralizada do SUAS com base na atuação do gestor na implementação, execução e monitoramento dos serviços, programas, projetos e benefícios do SUAS, bem como, a articulação intersetorial. Criado através da lei nº 12.435/2011, que altera a lei nº 8.742/1993 (LOAS), possui variação de 0 a 1 como índice de repasse financeiro. Quanto mais perto da variação 1, melhor a gestão do SUAS e maior a transferência de recursos, respeitando os limites orçamentários. O IGD SUAS possui duas modalidades, sendo elas, IGD SUAS – M (município) e IGD SUAS – E (estado). O cálculo do IGD SUAS dá-se através do “Índice de Desenvolvimento do Centro de Referência de Assistência Social - IDCRAS, coletado a partir dos dados do último Censo SUAS disponível, e a execução financeira do fundo de assistência social, coletado a partir das informações do último Demonstrativo Sintético Anual da Execução Físico e Financeira, instrumento de prestação de contas do cofinanciamento federal, disponível”. (BRASIL, 2012, p. 11).

referência para o ano de 2018 é de aproximadamente R\$ 1.464.000,00, com um valor já disponibilizado até maio de 2018 de R\$ 402.600,00.

O Relatório de Programas e Ações do MDS (v. 2017), nos mostra que o IGD SUAS municipal de Maracanaú é de 0,81, o que lhe permitiu o recebimento, através do Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS), no ano de 2017 de R\$ 1.145.731,98 e um valor já repassado até maio de 2018 de R\$ 197. 299,49³⁰. Por fim, em relação ao BPC pessoa com deficiência e idoso, Maracanaú possui o total de 6.800 usuários que possuem direitos ao recebimento de um salário mínimo pelo governo federal. Assim, Maracanaú recebeu um total de R\$ 73.265.279,53 no ano de 2017 para pagamento de BPC nas duas modalidades. E nesse até fevereiro de 2018 já foram pagos o total de R\$ 6.479.482,29 às famílias.

Estas informações nos dão um pouco da dimensão dos recursos e perfil da população de Maracanaú no que diz respeito à política de assistência social. Passaremos a seguir a análise da gestão pública no que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento dos CRAS.

³⁰ Informações disponibilizadas no Relatório de Programas e Ações do MDS (v. 2017). Disponível em < <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/mds/index.php?codigo=230765#igdsuas>>. Acesso em 08 de maio de 2018.

4 GESTÃO PÚBLICA: ANALISANDO OS ÍNDICES DE DESENVOLVIMENTO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A gestão pública no Brasil desenvolveu-se sob os aspectos de três modelos: administração pública patrimonial, burocrática e gerencial. Na criação desses modelos, a ideia foi de suprir as falhas e deficiências dos modelos que os antecedem, a fim de proporcionar os mecanismos necessários para o bem-estar social e as ações prioritárias à gestão da coisa pública. Resquícios de cada um desses modelos ainda transitam sob a forma gerir o público nos dias de hoje (SILVA, 2013).

Neste aspecto, a configuração de cada um desses modelos rebate, mesmo atualmente, nas práticas dos gestores municipais. A definição desses modelos é assim concebida: na gestão pública patrimonialista, havia uma confusão entre o que era público e o que era privado. Existia uma visão de que as necessidades do Estado deveriam ser supridas pelo trabalho dos seus governados. A visão patrimonialista proporcionou marcas difíceis de serem apagadas da cultura brasileira, tais como, a corrupção e o nepotismo. Com o advento do pensamento capitalista, tornou-se inaceitável tal padrão. Buscou-se superar este modelo, através da administração burocrática. Neste modelo de administração, o intuito principal foi o de separar a coisa pública da coisa privada. Dando ênfase no combate ao nepotismo e à corrupção difundidos pela administração patrimonialista. Assim, a administração burocrática buscou romper com o “histórico nepotista e corrupto do outro modelo, os controles são rígidos e prévios em todos os processos, como na contratação de servidores, nas contratações de produtos e serviços e em todo o atendimento da população”. Mas na verdade não foi bem assim que se deu o processo de ruptura com os ranços do patrimonialismo, muitas contradições foram também observadas neste modelo de gestão (SILVA, 2013, p. 3-4).

Neste sentido, algumas críticas são lançadas ao modelo de administração burocrática, tais como a separação do Estado da sociedade, pelo fato dos servidores dedicarem-se ao controle e à garantia do poder do Estado, principalmente no que diz respeito à rigidez de seus procedimentos (SILVA, 2013).

Numa tentativa de atender às demandas cada vez mais complexas e diversificadas da sociedade, surge assim, o modelo da administração gerencial. Este modelo busca dar uma resposta mais qualitativa às demandas da sociedade, bem como, prima pela redução de custos. Desta forma, com o pensamento do Estado em atuar mais amplamente na economia, na política e no social, surge uma gestão mais aproximada com questões afetas à efetividade resolutiva das problemáticas. Tais pensamentos ganham força com a queda do muro de

Berlim e do Consenso de Washington em 1991 (SILVA, 2013). Assim, a administração gerencial

[...] Propõe também o desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações, orientada para resultados e o aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de gerenciar com efetividade e eficiência. O cidadão passa de plateia/executores para ator/parte do Estado. No entanto, o gerencialismo não é o antônimo da burocracia, pois a primeira apoia-se na segunda conservando os seus princípios básicos (admissão de pessoal segundo critérios rígidos, a meritocracia na carreira pública) (SILVA, 2013, p. 4-5).

É importante saber que com a chegada de um modelo não houve o descarte imediato dos anteriores. Tais modelos convivem no Estado democrático de direito brasileiro atualmente. E como bem coloca Kleba, Comerlato e Frozza (2015, p. 1061), o maior desafio na administração pública é “[...] que sociedade civil e governos qualifiquem sua intervenção nesses espaços públicos”.

Para tanto, é preciso pensar num modo de gerir o bem público de forma estratégica e diferenciada. Para isso, o autor Iida (1993) apresenta em seu trabalho a possibilidade de uso do método em planejamento estratégico situacional para auxiliar no processo resolutivo de distintas e complexas realidades sociais e organizacionais, implicando os sujeitos na solução das problemáticas com o uso apropriado dos recursos. Adota um paradigma diferente do seguido pelo planejamento tradicional.

Solucionar problemas requer o adequado diagnóstico da problemática e identificação correta do cenário observado. Na tentativa de resolver pontualmente os problemas, que são cada vez mais complexos e multifacetados, corre-se o risco de se estar investindo recursos humanos e financeiros sem o devido tratamento da questão central que norteia o curso do problema, ou seja, recorrentemente, atacam-se as consequências dos problemas e não as causas (IIDA, 1993).

Esta forma de gerir situações-problema pode acarretar, num futuro próximo, o agravamento das causas originárias do problema, além do que significa uma investida de recursos e de tempo sem a real efetividade solucionadora. A situação referenciada ocorre recorrentemente no trato com a coisa pública.

Foi somente a partir da década de 70 que o modelo do planejamento estratégico situacional ficou conhecido. Criado pelo economista chileno Carlos Matus, tal modelo mostrou-se distinto do modelo anterior de planejamento tradicional pela flexibilidade em atuar nos problemas sociais. Atua-se em um cenário de possibilidades não determinadas, com um plano que se ajustará à medida da necessidade vivenciada pelos sujeitos, ou seja, o objeto

do plano, distintamente do planejamento tradicional, é ativo, circunstancial, dependerá da necessidade encontrada no momento da ação (IIDA, 1993). Para melhor entender um e outro modelos de planejamento, seguem as distinções no Quadro 6

Quadro 6 – Diferenças entre planejamento tradicional e planejamento estratégico

Fator	Planejamento tradicional	Planejamento estratégico situacional
1. Objeto do plano	Passivo	Ativo e complexo
2. Explicação da realidade	Baseada em diagnósticos	Apreciação situacional
3. Concepção do plano	Normativo-prescritivo	Jogadas sucessivas
4. Análise estratégica	Consultas a especialistas	Análise da viabilidade
5. Fatores	Genéricos	Específico
6. Operação	Ação separada do plano	Mediação entre plano e ação
	Diagnóstico progressivo	Apreciação situacional (distintos atores promovem distintas respostas sobre a realidade)

Fonte: Iida (1993, p. 115). Adaptado pela pesquisadora.

No que diz respeito à política de assistência social, que como já vimos é uma política social nova, foram criados indicadores como forma de monitoramento na oferta de seus serviços, a fim de proporcionar as devidas adequações no que rege a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), bem como, uma gestão com mais efetividade.

De acordo com Brasil (2011), no ano de 2009, visando o aprimoramento da qualidade dos CRAS e nos serviços ofertados por estas unidades, a saber, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), foi criado o Índice de Desenvolvimento do CRAS – IDCRAS. Naquele ano, o Departamento de Proteção Social Básica (DPSB), por meio da Coordenação Geral de Serviços Socioassistenciais a Famílias (CGSSF), pensaram numa série de dados que poderiam compor este indicador e resolveram elaborar o IDCRAS, a partir de dados coletados no Monitoramento SUAS/Censo, que é um questionário que cada unidade de CRAS responde anualmente sobre estrutura física, horário de funcionamento,

atividades realizadas, recursos humanos, dentre outros e do Relatório Mensal de Atendimento (RMA), que pega os dados referentes às famílias inseridas em acompanhamento familiar pela unidade no ano anterior. Desta maneira, o DPSB formulou, em parceria com a SAGI e com o Departamento de Gestão do SUAS (DGSUAS), a proposta de monitoramento dos CRAS que fora pactuada e aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no Encontro Nacional de Monitoramento do SUAS naquele mesmo ano.

O IDCRAS possibilita para os entes federados e gestores o seguinte:

[...] O indicador oferece aos técnicos, gestores e conselheiros da assistência social uma ferramenta simples e fácil de compreender, e que permite a todos identificar a direção sugerida para o processo de aprimoramento da qualidade dos CRAS, bem como a situação de cada unidade, e de cada município, nesta trajetória de contínua busca da melhoria dos serviços socioassistenciais (BRASIL, 2015, p. 2).

A metodologia usada para produzir o IDCRAS é composta por indicadores que buscam captar de forma aproximada e comparativa a qualidade dos serviços prestados por cada unidade de CRAS. Os indicadores podem ser simples ou sintético (composto) (BRASIL, 2015). Sendo, portanto identificados da seguinte forma,

Um indicador do tipo simples é, por exemplo, o indicador de incidência de trabalho infantil de um município diz sobre a quantidade de crianças e adolescentes em situação laboral. Já o indicador sintético é uma medida que, ao comportar na sua composição diversos indicadores possui, portanto, maior capacidade de sumarizar diferentes aspectos da realidade (BRASIL, 2015, p. 3).

O IDCRAS caracteriza-se como um indicador sintético por agregar em sua construção distintas dimensões, sendo elas: estrutura física; recursos humanos e serviços e benefícios. A avaliação é feita por meio de níveis de 1 a 5, em que o nível 1 representa uma situação distante do padrão desejado e o nível 5 representa situação que mais se aproxima dos padrões desejados. O IDCRAS final é obtido pela média aritmética simples dos níveis atingidos naquelas dimensões (BRASIL, 2015). Para maior entendimento das três dimensões aferidas, temos

[...] A dimensão “Estrutura Física” avalia a estrutura do equipamento CRAS, considerando diversos aspectos, tais como a existência de salas de atendimento individualizado e coletivo, condições de acessibilidade, recepção e banheiros, e ainda, a existência na unidade de um determinado conjunto de equipamentos (computadores, veículo exclusivo ou compartilhado, entre outros); [...] A dimensão Recursos humanos pretende aferir se o quantitativo da equipe de referência é adequado ao porte da unidade, tendo como parâmetro a Norma Operacional Básica – Recursos Humanos (NOBRH). Esta dimensão, no seu nível 5, leva em conta o quantitativo de profissionais

de nível superior, o qual varia conforme existência ou não de uma equipe volante, referenciada à unidade, recebendo cofinanciamento federal. São considerados também o número de profissionais com formação de Serviço Social e Psicologia, se a unidade possui, no mínimo, um profissional de nível superior com vínculo estatutário ou empregado público celetista, e ainda, a existência de um coordenador de nível superior; e por fim, [...] O indicador dimensional relativo a “Serviços & Benefícios” avalia quais as atividades que, no âmbito do PAIF, são desenvolvidas na unidade CRAS, a oferta de Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e para quantos ciclos de vida, e se a unidade realiza cadastramento/ atualização no Cadastro Único, sem ‘lançar mão’ dos profissionais de nível superior do PAIF. É também avaliada a articulação que o CRAS possui com outros serviços prestados por outras políticas públicas, como a Educação e Saúde e com o CREAS. Vale salientar ainda que a dimensão “Horário de funcionamento” foi suprimida e aqui incluída nos níveis 4 e 5 (BRASIL, 2015, p. 4-6).

Analisamos os IDCAS de Maracanaú-CE no quadriênio 2014 a 2017, disponível na Tabela 1. Como mostra a tabela, optamos por analisar isoladamente cada dimensão que compõe o IDCAS para assim possuímos uma visão mais estratégica e assertiva das problemáticas vivenciadas por cada dimensão.

Tabela 1 – Índice de Desenvolvimento dos Centros de Referência de Assistência Social, Maracanaú-CE. Quadriênio (2014-2017)

	2014	2015	2016	2017
Número de CRAS	10	10	11	11
DIMENSÃO	Número de CRAS com dimensões críticas (abaixo de 3)			
Estrutura Física	6 (60%)	6 (60%)	7 (63,6%)	7 (63,6%)
Serviços e Benefícios	6 (60%)	6 (60%)	8 (72,7%)	0 (0%)
Recursos Humanos	0 (0%)	0 (0%)	1 (9,1%)	5 (45,6%)
ID CRAS consolidado	3,44	3,36	3,15	3,24
Fonte: Vigilância Socioassistencial (2018). Disponível em < https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index5.php > Acesso em: 04 nov. 2018. Elaborado pela pesquisadora (2018).				

De acordo com a Tabela 1, chegamos a algumas considerações importantes, sendo elas: apesar de os CRAS de Maracanaú possuírem em cada um dos anos uma média de IDCAS satisfatória, ou seja, acima de 3, com uma média geral no quadriênio analisado de 3,26, quando analisamos separadamente cada uma das dimensões, em cada um dos CRAS, percebemos deficiências, principalmente nas dimensões de estrutura física, com o agravamento, no ano de 2017, da dimensão de Recursos Humanos, onde 45,6% dos CRAS estavam com um déficit nos recursos humanos. Outro indicador que nos causou inquietação

foi o de estrutura física, onde 63,6% dos CRAS apresentam um local de trabalho distinto do que estabelecem as orientações técnicas para funcionamento dos serviços. Há também um indicador que apresentou melhoras, sendo ele o de serviços e benefícios, em que passamos de 8 CRAS com dimensões críticas nessa dimensão, no ano de 2016, para nenhum CRAS nessa situação em 2017. Mas, apesar de tal melhora nessa dimensão, este feito causa-nos estranheza visto que a oferta de serviços e benefícios dá-se estritamente atrelada com o quantitativo de trabalhadores. Como uma dimensão que se correlaciona com a outra, e são diretamente proporcionais, podem ter destoadado tanto de um ano para outro? Tal situação nos leva a crer que houve uma intensificação nos processos de trabalho para os servidores dos CRAS, já que com um quantitativo de trabalhadores reduzido do ano de 2016 para 2017, ocorreu no mesmo período uma maior oferta de serviços.

A situação exposta acima nos leva a crer que a análise separada de cada uma dessas dimensões nos proporciona uma visão mais assertiva das condições de trabalho em que os servidores dos CRAS estão expostos e que todos esses elementos inter-relacionados podem colaborar com o agravamento ou surgimento de doenças ocupacionais. Fato este que poderá ser visto ou refutado no decorrer desta pesquisa.

Passemos agora para o que nos motivou a realizar este trabalho.

5 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Especificidades no mundo do trabalho sempre foram temas de interesse dos estudos da pesquisadora. A complexidade que permeia o fazer profissional nas diversas esferas de atuação dos trabalhadores, seja ela o privado ou o público, abre portas para que pesquisas e olhares sejam apontados.

O interesse pela temática se dá pela trajetória profissional da pesquisadora. Como assistente social do município em que se desenvolverá o estudo, a pesquisadora pode estar mais perto das condições de trabalho em que os servidores municipais da política pública de assistência social estão inseridos.

Foi na participação do II Seminário da Política de Assistência Social de Maracanaú-CE, que ocorreu no dia 14 de setembro de 2017, cujo tema era “Democracia, Participação e Seguridade Social” que esta pesquisadora pode confirmar a importância de se falar sobre o adoecimento no trabalho para os servidores dessa política social. Na ocasião, foi proferida por uma representante do Fórum Municipal de Trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social de Maracanaú uma carta de intenção que retratou não só os sentimentos, mas as condições de trabalho em que os trabalhadores da Política de Assistência Social estavam inseridos. O conteúdo da carta de intenção está disposto no Anexo 1 deste trabalho.

Como trabalhadora, e assim parte integrante da política de assistência social, a pesquisadora desenvolveu seu interesse acadêmico e também profissional pela temática, pois vivenciando a execução institucional dessa política social deseja dar visibilidade ao sujeito executor de tal política pública, traçar seu perfil e contribuir na defesa do melhoramento dessa política para assim, como consequência, possibilitar uma melhor qualidade de trabalho e de vida para os sujeitos deste trabalho.

Partindo do pressuposto de que todas as atividades realizadas por trabalhadores envolvem necessariamente diferentes atores sociais e instituições e que o entendimento de saúde coletiva está para além de doenças ocupacionais, englobando também aspectos subjetivos, sociais, ambientais, culturais, renda, dentre outros aspectos de trabalho em suas relações mais variadas, a pesquisa analisou dessa forma, os impactos, gerados por essa realidade complexa, na saúde dos trabalhadores identificados aqui. Enfatizando o que Mauro et al. (2004, p.338) afirmou ser este campo “um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais realizadas por diferentes atores situados em espaços sociais distintos”.

Surgiu para a pesquisadora o interesse de conhecer e desvendar como se dão as condições objetivas de trabalho para os servidores públicos que estão na execução terminal do SUAS, especificamente nos CRAS. É relevante perceber como as relações de trabalho se apresentam aos trabalhadores da política de assistência social e se essas condições de trabalho interferem ou não na saúde física e mental desse público.

O poder público precisa dar condições de trabalho aos seus servidores, para que a finalidade pública, qual seja, a garantia de direitos sociais positivados na Constituição Federal de 1988, seja viabilizada com a qualidade que a população necessita. Faz-se necessário que o ente federado disponibilize condições efetivas para que o servidor desempenhe suas atividades, além do que, não se constrói política social sem investimento em recursos humanos.

A aproximação com a política de assistência social em Maracanaú trouxe algumas inquietações, tais como: quais os desafios cotidianos na execução do trabalho que podem ser causadores de adoecimentos? Como são apresentadas as condições de trabalho nos CRAS de Maracanaú, dentro de um contexto de instabilidade política e econômica? Qual a possível relação existente entre condições de trabalho e a saúde física e mental dos trabalhadores dos CRAS? Esses questionamentos possuem relevância com o atual contexto brasileiro, onde as relações de trabalho, seja no setor público ou privado, mostram-se cada vez mais orientadas pelo viés e arrojo do capitalismo neoliberal.

A pesquisadora procurou esclarecer esses questionamentos no decorrer do trabalho, sem a pretensão de esgotar o assunto, mas iniciar uma discussão sobre a realidade posta aos trabalhadores dos CRAS em Maracanaú-CE, uma vez que, estudos com foco na saúde do trabalhador nos CRAS abrem um novo olhar sobre a política de assistência social desenvolvida nesse município, o olhar dos trabalhadores.

6 OBJETIVOS

6.1 Geral

Analisar em que medida aspectos relacionados ao trabalho podem impactar na saúde física e mental dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú – CE.

6.2. Específicos

Avaliar o contexto de trabalho e sua relação com o adoecimento dos trabalhadores;

Compreender a percepção dos servidores com relação ao adoecimento no trabalho.

7 METODOLOGIA

Para facilitar a compreensão, a metodologia foi dividida em duas etapas dispostas a seguir.

7.1 Caracterização dos trabalhadores e do contexto de trabalho: 1ª etapa

Realizamos a avaliação do contexto do trabalho nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), através de questionários autoaplicados Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) que serão explicados logo abaixo.

7.1.1 Tipo de estudo, local e período: 1ª etapa

Tratar-se de um estudo transversal analítico. No estudo transversal analítico todas as medidas são realizadas em um único momento, sem um período de seguimento (HULLEY; CUMMINGS; NEWMAN, 2015). Nele a exposição e a condição de saúde do participante serão determinadas simultaneamente.

O campo de pesquisa, onde foi desenvolvido o estudo, deu-se no município de Maracanaú/CE, na política de assistência social, nas unidades dos CRAS.

Os CRAS são distribuídos em áreas consideradas de vulnerabilidade social e dividem-se em: Acaracuzinho, Alto Alegre, Antônio Justa, Jardim Bandeirantes, Indígena, Jereissati, Luzardo Viana, Mucunã e Pajuçara. O período de coleta dos dados desta etapa ocorreu de abril de 2018 a novembro de 2018.

7.1.2 População e amostra do estudo: 1ª etapa

De acordo com Censo SUAS de 2017 (BRASIL, 2018), os CRAS de Maracanaú contavam com 152 servidores sem vínculo permanente e 71 servidores estatutários no ano de 2017.

A população do estudo foi composta por servidores públicos com regimes de trabalho estatutários, celetistas, temporários, terceirizados ou outro vínculo não permanente atuantes na política pública de assistência social, lotados em algum dos CRAS do município. Os critérios de inclusão no estudo foram: ter mais de 18 anos de idade; fazer parte da equipe de referência do Serviço de Atendimento Integral à Família (PAIF), ser técnico de nível

superior, sendo eles, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos. Critério de exclusão atuar no CRAS Piratininga, local em que a pesquisadora atua profissionalmente e ser técnico PAIF de nível médio, sendo eles, agentes administrativos e educadores sociais. A amostra do estudo será equivalente à população.

Como parte do processo metodológico, no dia 19 de maio de 2017, realizaram-se ligações aos coordenadores das unidades da Proteção social Básica (PSB) da política de assistência social de Maracanaú solicitando dados relacionados ao quantitativo de servidores, tanto de nível superior, quanto de nível médio, que estivessem atrelados à execução e à condução do PAIF, assim como, o número de famílias/indivíduos que se encontravam em acompanhamento familiar coletivo e/ou particularizado³¹ de cada unidade. Tal levantamento fez-se necessário, pois era preciso identificar o universo de servidores e de usuários acompanhados pelos CRAS, a fim de entendermos a dimensão do contexto que estaríamos pesquisando.

Neste momento, muitos coordenadores, mostraram-se instigados em contribuir e em dar visibilidade ao, segundo eles, enorme volume de atividades desempenhadas pela equipe do CRAS e ao reduzido número de profissionais, de materiais e outros pontos relatados, como a falta de empenho da gestão de se implicar no cuidado com os servidores. O relato apreendido pelo telefone demonstrou, de forma geral, a insatisfação dos coordenadores das unidades com a gestão municipal e que de alguma forma, através desta pesquisa, a realidade dos trabalhadores e as dificuldades apreciadas cotidianamente teriam visibilidade.

Segundo os coordenadores, os dados relacionados às famílias em acompanhamento foram exportados do Relatório Mensal de Atendimento (RMA), atualizado até o mês de abril de 2017. Este relatório é alimentado mensalmente por cada unidade da PSB como meio de acompanhar quantitativa e qualitativamente todas as atividades realizadas na execução dos serviços. Segundo os coordenadores, podem-se extrair desse relatório informações sobre: a quantidade de famílias em acompanhamento pela unidade; a quantidade de famílias desligadas do acompanhamento familiar; o perfil das famílias em acompanhamento (se recebem algum tipo de transferência de renda do governo federal, como o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC); renda *per*

³¹ É importante destacar que somente os profissionais da equipe de referência de nível superior podem realizar acompanhamento familiar, seja ele particularizado ou coletivo. Existe uma diferenciação também entre família atendida e acompanhada. A primeira refere-se a um atendimento pontual, não continuado de prestação de serviços; já o segundo, refere-se a algo mais continuado, sistematizado que inclui estratégias e acordos estabelecidos entre família e profissional para a superação gradativa das vulnerabilidades identificadas. Os profissionais de nível médio entram nesse sentido para dar suporte às ações (BRASIL, 2012).

capita; quantidade de atividades coletivas realizadas no mês; quantidade de benefícios socioassistenciais disponibilizados às famílias, tais como: auxílio natalidade, auxílio funeral, cesta básica, dentre outros. Além de dados quantitativos, esse relatório disponibiliza espaço para inclusão de informações qualitativas relevantes à execução do serviço.

7.1.3 Coleta dos dados: 1ª etapa

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados estão dispostos nos Apêndices 5 e 6 deste trabalho.

7.1.4 Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT): 1ª etapa

Utilizamos o questionário (Apêndice 5) com os trabalhadores que tem como objetivo obter informações relevantes de como esses sujeitos percebem seu contexto laboral e como esse contexto pode interferir na sua saúde. Esse questionário terá como base o uso da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT), dividida em três dimensões que se interseccionam. Antes das três dimensões, teve uma parte inicial de caracterização do trabalhador, elaborada pela pesquisadora, e uma parte final, também de elaboração da pesquisadora, perguntando se o trabalhador já adoeceu em detrimento das condições de trabalho no CRAS e se deseja fazer parte da segunda fase desta pesquisa (entrevista individual).

Essa escala de avaliação foi desenvolvida no Brasil por Ferreira e Mendes (2008), tendo sido validada posteriormente com 1.916 auditores fiscais; amostra heterogênea de trabalhadores e 5.437 trabalhadores de empresas públicas federais do Distrito Federal. A validação psicométrica da EACT é dada através da análise fatorial. Como cada dimensão é interseccionada e são interdependentes, utiliza-se o método *PAF*(*principal axis factoring*) de análise (rotação oblimim) para a correlação dos dados.

Tal instrumento já teve a oportunidade de ser aplicado em estudos brasileiros, dispostos a seguir: profissionais de atendimento ao público (ALVES JÚNIOR, 2005), professores, professores em ambiente virtual (FREITAS, 2006), trabalhadores de empresa multinacional do Paraná (MORAES, 2006), trabalhadores bancários (BEDANI, 2008), enfermeiros de terapia intensiva (CAMPOS, 2008), trabalhadores de empresa pública do Distrito Federal, policiais civis (ANCHIETA, 2011), profissionais de órgão do poder judiciário (ANTLOGA et al,2014) e mais recentemente no estudo dissertativo de

(WATANABE2015, p, 49) que teve como objetivo “Identificar os aspectos relacionados ao trabalho, como: condições de trabalho, organização do trabalho e relações socioprofissionais que possam afetar a saúde mental dos trabalhadores estudados” dos carteiros de São Paulo.

A base teórica de análise da EACT é embasada na Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho que tem por alicerce de compreensão o contexto de trabalho dos envolvidos na pesquisa a partir do conceito do Contexto de Produção de Bens e Serviços (CPBS), sendo possível deste modo uma articulação entre a base organizacional, material e social do trabalho (FERREIRA; MENDES, 2008).

Deste modo, a primeira dimensão fez referência às condições de trabalho avaliando a qualidade no ambiente físico; as condições materiais e humanas para execução das atividades; A segunda é a dimensão tratou da organização do trabalho, constando elementos como: controle e ritmo de trabalho; A terceira dimensão nos deu subsídios para compreender aspectos de gestão do trabalho, interação entre os trabalhadores e comunicação. Todas essas dimensões são interdependentes, constituindo o alicerce teórico para análise das variáveis (FERREIRA; MENDES, 2008).

A aplicação do questionário EACT ocorreu com 41 trabalhadores de nível superior dos dez CRAS de Maracanaú. A pesquisadora foi a cada uma das unidades com dias e horários previamente agendados com os coordenadores para que não houvesse interferência no desenvolvimento do serviço.

Nessas visitas, em reunião, falamos sobre os objetivos e quais os benefícios esperados pela pesquisa, tais como, a identificação de fatores de risco para o adoecimento dos trabalhadores, que uma vez identificados podem colaborar na elaboração de estratégias, por parte da gestão municipal, para a prevenção do adoecimento desse público. Deixamos o questionário impresso e acordamos uma data de retorno para que a pesquisadora recolhesse os instrumentais devidamente respondidos e preenchidos.

Neste momento de visita às unidades, foi realizada a observação direta do ambiente pela própria pesquisadora, ao qual buscou avaliar as condições estruturais dos ambientes de trabalho a partir do que é preconizado pelas orientações técnicas (BRASIL, 2009). A pesquisadora utilizou um diário de campo (Apêndice 6) para registros de suas impressões. A observação foi realizada em todos os CRAS e não interrompeu o funcionamento dos mesmos. Empregamos o uso do recurso de imagens (fotografias), como fonte de pesquisa, porque, segundo Cavalcante e Azevedo (2014), melhor revela a natureza do trabalho realizado. O recurso a imagens fotográficas foi estritamente do ambiente de trabalho

dos pesquisados e de seu entorno. Em hipótese alguma foi feito o registro de imagem dos participantes desta pesquisa.

Vale ressaltar que a observação participante, escolhida como recurso metodológico neste trabalho, é um método de investigação de campo criado pelo antropólogo Bronislaw Malinowski (1976) no ano de 1914 onde a centralidade deste método está na inserção direta do pesquisador no cotidiano analisado e na intensa descrição etnográfica do local. O observador analisa a partir do que percebe todas as informações relevantes para o conhecimento daquele meio e registra suas impressões e detalhes em uma importante ferramenta metodológica que é o diário de campo (CAVALCANTE, AZEVEDO, 2014).

O ingresso no campo foi previamente autorizado pela secretária de assistência social do município de Maracanaú através de um termo de anuência disposto no Apêndice 2 deste trabalho.

Utilizamos a observação participante como recurso complementar em articulação com as demais técnicas que usamos nesta pesquisa, tais como: o questionário, o registro fotográfico e as entrevistas, e possibilitou, de acordo com Cavalcante e Azevedo (2014), captar aspectos da realidade de trabalho que não seria possível apenas com uma ou outra técnica. Foi primordial o contato com pessoas que trouxeram elementos relevantes e reveladores sobre o assunto tratado, auxiliando também no processo de desconstrução dos vieses da observação, atentando para o rigor ético na exibição dos dados, categorizando-os à luz da teoria bibliográfica aqui utilizada.

7.1.5 Análises dos dados da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT): 1ª etapa

A digitação dos questionários foi realizada no Excel. O tratamento dos dados foi realizado através de estatística descritiva com frequência, média e desvio padrão por fator nos blocos condições de trabalho, organização do trabalho e relações socioprofissionais.

Os parâmetros básicos de tratamento e análise dos dados da EACT é composto por itens negativos, por isso sua análise foi feita através de fator e consideramos o desvio padrão em relação ao ponto médio das variáveis. Deste modo, segundo Ferreira e Mendes (2008, p. 116), os resultados encontrados, tanto o desvio padrão, como médias, foram interpretados de acordo com o Quadro 7 e 8 dispostos a seguir.

Quadro 7 – Critérios para avaliação dos resultados da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho – EACT

Pontuação Média	Resultado
1 – 2,3	Satisfatório
2,4 – 3,7	Crítico
3,8 – 5,0	Grave

Fonte: Ferreira e Mendes (2008, p. 116)

Quadro 8 – Forma de interpretação dos resultados Satisfatório, Crítico e Grave da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho – EACT

Satisfatório	Resultado positivo e produtor de bem-estar no trabalho. Aspecto a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional.
Crítico	Resultado mediano. Indicador de “situação-limite”, potencializando o mal-estar no trabalho e risco de adoecimento. Sinaliza estado de alerta, requerendo providências imediatas a curto e médio prazo.
Grave	Resultado negativo e produtor de mal-estar no trabalho. Forte risco de adoecimento, requerendo providências visando eliminá-las e/ou atenuá-las.

Fonte: Ferreira e Mendes (2008, p. 116)

7.2 Compreensão da percepção dos trabalhadores sobre condições de trabalho e adoecimento: 2ª etapa

Pretendeu-se, com a proposta metodológica desta segunda etapa, ir além das análises quantitativas que a primeira etapa deste estudo nos possibilitou. Abaixo será destrinchado o esquema seguido.

7.2.1 Tipo de estudo, local e período: 2ª etapa

Nesta segunda etapa, realizou-se um estudo qualitativo. A abordagem qualitativa torna-se adequada dentro do estudo que traz o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2012).

O local desenvolvido o estudo foram os CRAS do município de Maracanaú. O período para coleta das informações ocorreu no mês de maio de 2018.

7.2.2 Sujeitos do estudo: 2ª etapa

Fizeram parte desta segunda etapa os trabalhadores do CRAS que compõem o PAIF e que na etapa anterior aceitaram permanecer no estudo, mediante a manifestação do aceite no final do questionário aplicado deste estudo. Assim, aplicamos as entrevistas individuais.

Recorremos ao uso da amostragem não probabilística por acessibilidade na realização das entrevistas. Essa amostragem recorrentemente é utilizada nas pesquisas qualitativas ou exploratórias, pois não exige rigor estatístico ao se trabalhar com determinado universo (Gil, 1999).

Nesta segunda etapa, aceitaram participar 19 trabalhadores. Desses, aplicamos a entrevista com um total de 11. O motivo da não aplicação das entrevistas com os outros oito trabalhadores foram variados.

Inicialmente, contatamos os 19 sujeitos dispostos a contribuir com o trabalho. Tal contato deu-se por meio de ligação telefônica ou envio de mensagem através de aplicativo de mídia social. Isto ocorreu no mês de maio de 2018.

Durante esses contatos, um total de 15 trabalhadores aceitou de pronto participar das entrevistas. Quatro trabalhadores não atenderam a ligação telefônica ou não responderam no aplicativo de mídia social o chamamento para a segunda etapa do estudo. Sendo assim, esses 4 trabalhadores foram descartados do estudo. Todos receberam notificação, através de aplicativo de mídia social, informando sobre o descarte no mês de junho de 2018.

Não realizamos a aplicação da entrevista com quatro sujeitos dispostos a participar do trabalho, porque a pesquisadora ao chegar à décima primeira entrevista, percebeu a saturação dos dados e decidiu por não mais incluí-los no estudo. Esses quatro sujeitos também foram notificados da exclusão através de mensagem pelo aplicativo de mídia social no mês de junho de 2018.

7.2.3 Coleta de informações: 2ª etapa

Ocorreu com o auxílio de um instrumento disposto no Apêndice 7. Para Santos, Osterne e Almeida (2014), a entrevista individual deverá ser realizada através de um roteiro flexível de perguntas abertas e fechadas, visando responder aos objetivos desta pesquisa e que poderá ter aprofundamento dos tópicos e esclarecimentos dos fatos, tornando mais completa a interação entre os sujeitos envolvidos.

Teve como objetivo a apreensão, através das narrativas dos trabalhadores, de aspectos mais subjetivos das condições experienciadas no dia a dia que não puderam ser contempladas na escala de avaliação proposta no questionário EACT.

As onze entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho, a pedido dos sujeitos da pesquisa. O tempo médio de aplicação das entrevistas foi de aproximadamente 47 minutos. O local escolhido pelos sujeitos foi privativo e com poucas interferências externas, como barulho, trânsito de pessoas.

Para melhor apreensão dos discursos dos entrevistados, em relação às perguntas abertas, foi utilizado o recurso de gravação de áudio, havendo, posteriormente, a transcrição das entrevistas de forma tal qual.

7.2.4 Organização e interpretação dos resultados: 2ª etapa

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e organizadas de acordo com a análise temática. De acordo com Gomes (2012), o conceito central é o tema, pois esse comporta um feixe de relações. Trabalhar com análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido os quais compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparições pode significar algo para o objeto analítico escolhido.

Inicialmente foi realizada uma primeira leitura do material, com o intuito de ter uma visão geral e apreender as particularidades do material analisado, para só então poder agrupá-lo por temáticas, a partir dos fatores de risco citados pelos sujeitos, categorizando e analisando a complexidade e subjetividade das falas.

Para Caprara e Landim (2008), os dados coletados são sucessivamente organizados segundo grandes temas, categorias, casos semelhantes, e sua análise consistem no constante confronto de elementos comuns e possíveis diferenças. A análise dos dados não se limita ao exame de categorias predefinidas, permitindo, assim, pesquisar profundamente os

elementos que vão surgindo. Desta forma, o fenômeno foi compreendido dentro do seu contexto, ou seja, o *locus* de trabalho dos sujeitos da pesquisa.

7.3 Aspectos Éticos

Esse estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/2012, a qual regulamenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos. Respeitou os preceitos da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros. Foram assegurados os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Tomamos como base também a Resolução nº 510/2016, de 07 de abril que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais já que nossos procedimentos metodológicos envolveram dados obtidos diretamente com os participantes e podiam acarretar ricos maiores ao desenvolvimento de sua vida cotidiana (CNS, 2013, 2016).

Todos os indivíduos que, após tomaram conhecimento dos objetivos e aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) autorizando a inclusão de suas falas e de seus dados neste estudo. Os sujeitos da pesquisa receberam, cada um deles, uma via do TCLE, ficando a outra via de posse da pesquisadora. Obtivemos o parecer de aprovação através do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da universidade da integração internacional da lusofonia afro-brasileira (Unilab) através do número 2.849.890.

8 RESULTADOS

A pesquisa, a priori, teve a intenção de obter dados referentes aos afastamentos dos servidores por motivo de doença no período de 2005 até 2017 na Junta Médica Maracanaú (JMM). O período foi escolhido começaria em 2005 por conta de ser o ano de criação da SASC, marco histórico para a política de assistência social no município. O término seria no ano de 2017 por entender que compreenderia, a contento, as transformações ocorridas nas relações de trabalho desse coletivo, a exemplo: o concurso público realizado no ano de 2012; a criação do Plano de Cargos, Careiras e Vencimentos (PCCV) municipal através da Lei 1872 e 1874 de 2012 (Maracanaú, 2012a, 2012b); alterações no estatuto do servidor municipal, através da Lei nº 2.019 de 25 de junho de 2013 (Lei do atestado) (Maracanaú, 2013); mudanças na legislação previdenciária municipal, em que caso o afastamento médico de servidor efetivo seja superior a cinco dias, o trabalhador se licencia por auxílio doença pelo Instituto de Previdência Municipal (IPM), o tempo anteriormente era a partir de 15 dias. No entanto, sobre essa coleta de dados, não logramos êxito.

Iniciamos a aproximação formal com responsável por esses dados na JMM no mês de outubro de 2017. De lá para cá, realizamos todo o trâmite formal de uma pesquisa. Obtivemos a autorização para coleta dos dados pelo Diretor Geral da JMM em abril de 2018. Seria utilizado como recurso de coleta de dados um roteiro elaborado previamente pela pesquisadora apresentado no Apêndice 4 deste trabalho. Mesmo assim, com a autorização formal, diversas foram as justificativas para não socializar os afastamentos dos trabalhadores.

A pesquisa gostaria de obter dados relacionados aos processos de saúde/doença e licenças de trabalho, tais como: motivo e período do afastamento; caracterização da Classificação Internacional de doenças e Problemas relacionados à saúde (CID); as intervenções realizadas pelo setor em relação à saúde do trabalhador, dentre outros aspectos. A pessoa que intermediou o processo para disponibilização desses dados pediu para que fôssemos até a JMM algumas vezes, e sempre que íamos, ou quando o dia se aproximava, uma nova justificativa era dada. Das justificativas tivemos que o sistema estava fora do ar ou em manutenção; que eles estavam fechando a folha de funcionários ativos e afastados do mês; que eles estavam com receio de quebrar o sigilo dos trabalhadores (mesmo sendo dito que a pesquisa os resguardava e nenhuma identificação seria realizada); licença médica do servidor que poderia disponibilizar os dados, etc.

A importância em identificar os padrões de distribuição das doenças e dos agravos, que determinada coletividade possui, seria importante, pois permitiria o

delineamento do perfil dos determinantes centrais que comportam o processo saúde-doença em análise. Esta identificação poderia, no futuro, ser substancial na criação de ações de prevenção e de medidas que ajudassem na diminuição dos agravantes em saúde, em especial no local de referência desta pesquisa que até o presente momento, não possui estudos nessa linha.

Em detrimento do relatado acima, esta pesquisa não disponibilizará as análises pertinentes do período de 2005 até 2017.

Seguimos então com a busca pelos dados primários realizando a distribuição dos questionários EACT, que será exposto a seguir. E por fim, na segunda etapa deste estudo, analisamos os dados obtidos nas entrevistas, recorrendo às impressões da pesquisadora em cada uma das unidades de CRAS do território de Maracanaú-CE.

8.1 Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e os trabalhadores do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família: Caminhos percorridos

Iniciamos o processo de distribuição dos questionários da EACT no mês de agosto de 2018. Neste mês, a pesquisadora aproveitou uma reunião de coordenadores das unidades básicas da PSB que ocorrera no Centro de Convivência Social – CCS Timbó em Maracanaú-CE e explicou, aos que estavam presentes, a proposta metodológica da aplicação dos questionários com os trabalhadores do PAIF, assim como, os objetivos da pesquisa.

Os coordenadores das unidades foram utilizados como mediadores no processo de aproximação da pesquisadora com as equipes de PAIF, facilitando a coleta dos dados. O combinado com os coordenadores foi de que os mesmos, em reunião de equipe, explicariam a metodologia do trabalho em desenvolvimento, e que aqueles trabalhadores que aceitassem participar da pesquisa teriam de assinar o TCLE. Fornecemos um prazo de quinze dias para recolhimento dos termos e questionários pela pesquisadora nas unidades. O acordado com os coordenadores foi de que a pesquisadora iria aos CRAS, com hora e data marcada para colher os questionários, processo realizado através de contato telefônico prévio, evitando comprometer a oferta e o bom funcionamento dos serviços nas unidades.

Na ocasião da visita institucional, a pesquisadora aproveitou e realizou o registro fotográfico dos espaços de cada CRAS, assim como, anotações consideradas pertinentes com os trabalhadores que se encontravam nos espaços.

Cada unidade de CRAS recebeu um envelope contendo o número de questionários suficientes para que todos os profissionais da equipe PAIF, inclusive os coordenadores,

colaborassem com a pesquisa. Pode-se observar no Tabela 2 como ficou a distribuição dos questionários e o percentual de adesão à pesquisa.

No dia da entrega dos questionários aos coordenadores, percebemos que a equipe PAIF, no tocante aos técnicos (assistentes sociais, pedagogos e psicólogos), havia sofrido modificações em algumas unidades. Alguns CRAS ganharam profissionais, enquanto outros perderam e não tiveram reposição.

Tabela 2 – Distribuição e percentual de adesão aos questionários EACT nos CRAS de Maracanaú-CE, 2018

CRAS	Números de questionários entregues	Número de questionários recebidos	Percentual de adesão à pesquisa
Acaracuzinho	4	4	100%
Alto Alegre	5	3	60%
Antônio Justa	5	5	100%
Indígena	3	2	66,66%
Jardim Bandeirantes	5	4	80%
Jereissati	5	5	100%
Mucunã	5	2	40%
Pajuçara	6	6	100%
Parque São João	5	5	100%
Timbó	6	5	83,33%
Total	49	41	83,67%

Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

Após o recebimento dos questionários, devidamente preenchidos, atingimos um percentual de adesão à pesquisa de 83,67%, número considerado satisfatório por esta pesquisadora. Partimos então por tentar identificar os motivos da não adesão dos servidores à pesquisa. Os motivos são distintos e serão destacados a seguir.

No CRAS Alto Alegre, duas técnicas não aderiram à primeira etapa da pesquisa, pois uma estava de férias e a outra não se disponibilizou em participar; Já no CRAS Indígena, um técnico estava de férias. O CRAS Indígena recebeu uma técnica de nível superior para compor a equipe PAIF (assistente social), mas a mesma não participou da pesquisa por ter se julgado muito nova no trabalho no CRAS, ou seja, tinha menos de um mês na função; No CRAS Jardim Bandeirantes, uma técnica não se disponibilizou em participar da pesquisa; No CRAS Mucunã, três técnicos não participaram da pesquisa pelas seguintes particularidades: uma técnica estava de férias; uma técnica estava de licença não remunerada para tratar de

assunto de interesse particular por um período de dois anos, situação prevista no Estatuto do Servidor Público Municipal de Maracanaú em seu art. 100³²; a outra técnica não se disponibilizou em participar da pesquisa; E por fim, no CRAS Timbó, tivemos uma técnica que não aderiu à pesquisa.

Finalizamos esta etapa de entrega e recebimento dos questionários EACT no mês de agosto de 2018.

A seguir, mostraremos o resultado das análises dos questionários, mas antes, faz-se necessário informar como será o processo de guarda do sigilo dos que aderiram à pesquisa.

8.2 Preservação do sigilo – forma de identificação dos Centros de Referência de Assistência Social e dos participantes da pesquisa

Visando à preservação do sigilo e a não identificação dos participantes nesta pesquisa, a pesquisadora resolveu identificar os CRAS com pseudônimos, trocando o nome real dos mesmos por nomes de mulheres que possuem relevância em alguma área cultural, social, política e religiosa para nossa geração.

Este processo metodológico adotado baseou-se na identificação, quase que maciça, de mulheres trabalhadoras nos CRAS de Maracanaú.

A realidade de Maracanaú, no tocante ao gênero feminino, também é identificada na política de assistência social brasileira desde a implantação do SUAS no Brasil, em que há uma predominância do gênero feminino na condução e execução dos serviços da política de assistência social. Embora, o gênero feminino seja ainda o predominante, é importante ressaltar que o gênero masculino possui papel de destaque e constante crescimento dentro desta política pública, ainda que com número bem reduzido se comparado ao das mulheres (ARAÚJO et al., 2011).

Assim, a partir deste momento, e quando a pesquisa identificar como necessária, os CRAS de Maracanaú poderão chamados pelos seguintes nomes: CRAS Cora Coralina, CRAS Irmã Dulce, CRAS Lina Bo Bardi, CRAS Maria Quitéria, CRAS Clementina de Jesus, CRAS Nice da Silveira, CRAS Zilda Arns, CRAS Anita Garibaldi, CRAS Tarsila do Amaral e CRAS Chiquinha Gonzaga.

No tocante aos trabalhadores que aderiram à segunda etapa da pesquisa, a entrevista individual, os mesmos serão identificados através de pseudônimos que fazem alusão a valores humanos. Esta metodologia será adotada por entendermos que o valor

³² Lei nº 447 de 19 de setembro de 1995. Estatuto dos servidores públicos da administração direta, autarquias, fundações públicas do município de Maracanaú (MARACANAÚ, 1995).

humano é essencialmente um valor intrínseco ao homem na sua relação consigo e com os que o rodeiam, agregando um conjunto de características de uma pessoa e indicando como ela se comporta perante a sociedade. Como são onze os participantes das entrevistas, teremos os seguintes nomes: Altruísmo, Amizade, Cidadania, Consciência, Dignidade, Esperança, Ética, Felicidade, Humanização, Idealismo e Justiça. Cada um desses nomes foi escolhido por fazer relação direta com a pessoa e o valor humano que mais a caracteriza.

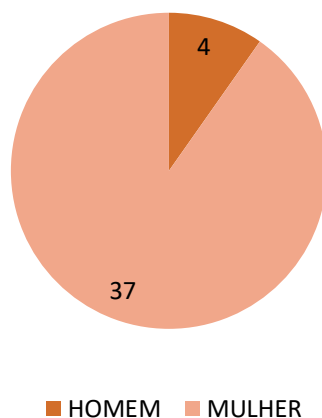
8.3 Perfil da amostra dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social – Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho

Trataremos abaixo do perfil dos trabalhadores que aceitaram participar da primeira etapa desta pesquisa, no que diz respeito à aplicação dos questionários EACT.

O perfil desses trabalhadores será apresentado segundo o grupo étnico, gênero/sexo, estado civil, escolaridade/formação, vinculação e carga horária de trabalho semanal, idade, local de trabalho, função no CRAS, faixa salarial e tempo de serviço no município. Os dados foram arquivados em planilhas eletrônicas do Excel. O perfil coletado será apresentado em formato de gráficos e quadros.

Destacou-se o fato de que do total de participantes que aderiram à pesquisa em relação ao questionário, ser formado majoritariamente por mulheres, com um percentual de 90,24%, como pode ser observado no Gráfico 3 e Quadro 9.

Gráfico 3 – Divisão Gênero/sexo dos trabalhadores por CRAS, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)



Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

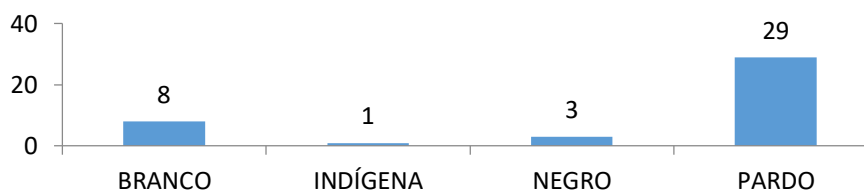
Quadro 9 – Contagem de Gênero/Sexo dos trabalhadores nos CRAS de Maracanaú-CE, 2018

CRAS	Contagem de GÊNERO/SEXO
HOMEM (Total)	4
CRAS CHIQUINHA GONZAGA	2
CRAS CORA CORALINA	1
CRAS NISE DA SILVEIRA	1
MULHER (Total)	37
CRAS ANITA GARIBALDI	5
CRAS CLEMENTINA DE JESUS	2
CRAS CORA CORALINA	5
CRAS IRMÃ DULCE	4
CRAS LINA BO BARDI	4
CRAS MARIA QUITÉRIA	5
CRAS NISE DA SILVEIRA	2
CRAS TARSILA DO AMARAL	5
CRAS ZILDA ARNS	5
TOTAL GERAL	41

Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

Em relação à identificação dos trabalhadores segundo o grupo étnico pertencente, temos que a grande maioria se declarou pardo e negro, equivalendo a um percentual de aproximadamente 78% do total de trabalhadores, conforme se observa no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Quantidade de trabalhadores por grupo étnico nos CRAS, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)



Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

Algo importante de ser observado é quando relacionamos o grupo étnico e o gênero. Autores como Kimberle Crenshaw (2012) e Anibal Quijano (2005) trazem discussões pertinentes sobre tal assunto.

Crenshaw (2012) relaciona a questão da discriminação de raça com a de gênero e como esses dois fenômenos juntos corroboram para um maior aprofundamento da discriminação da mulher negra. A autora chama a atenção para um importante fato: o da interseccionalidade. Trabalhar a interseccionalidade é trabalhar as diversas formas de discriminações, e aí se incluem as salarias, que o ser humano pode ter em decorrência de sua raça e gênero.

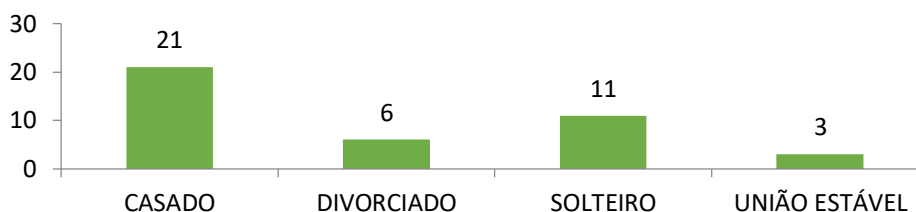
Para Quijano (2005) a ideia de racialização distribui os trabalhos na sociedade de forma diferenciada, subalternizada, inferiorizada, que justifica ainda hoje baixos salários. Isso se acirra mais quando tratamos da questão de gênero e da divisão sexual do trabalho para as mulheres. Sobre os desafios para a gestão do SUAS, dentro também de uma perspectiva de rompimento com ranços históricos de colocação da mulher em condições de trabalho menos dignas do que as dos homens, Silveira (2011, p. 17) trás à tona algumas problematizações pertinentes ainda hoje para os trabalhadores do SUAS, sendo elas

[...] manutenção de vínculos precarizados, a exemplo de contratos temporários e dos pregões eletrônicos; ausência ou insuficiência de concursos públicos; definição de equipes sem perfil adequado, baixos e imorais salários; ampliação de demandas inerentes às equipes técnicas do sistema de justiça, segurança pública, saúde e educação; demandas territoriais ampliadas pela ausência de planejamento, gerando superexploração, desgaste emocional e mesmo danos de saúde mental; práticas gerenciais burocráticas e “produtivistas”, descaracterizando os objetivos dos serviços; ausência de registros, avaliações participativas; instalação de equipamentos sem acessibilidade e condições materiais de funcionamento; entre outros aspectos

Este trabalho não se propõe a realizar um estudo aprofundado sobre a relação exposta acima, mas considera como relevante para as dimensões aqui trabalhadas a atenção em relação a tais pontos.

Os trabalhadores dos CRAS são em sua maioria casados, aproximadamente 51%, 7,31% vivem em união estável, 14,6% são divorciados e 26,82% são solteiros, de acordo com o Gráfico 5. Acrescentamos ainda que a média de idade dos trabalhadores é de 43 anos para os homens e de 39 anos para as mulheres.

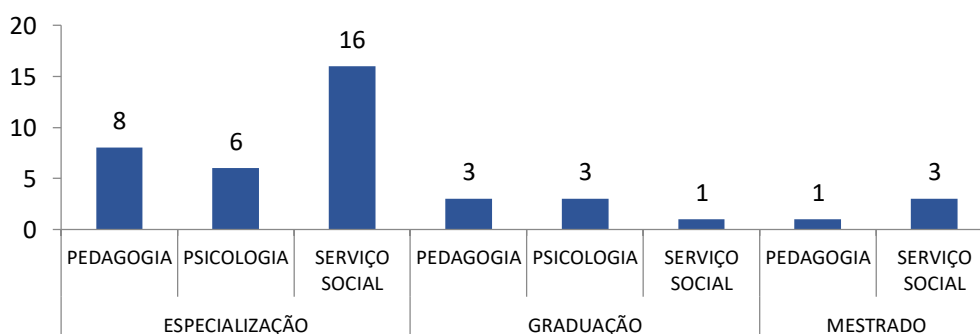
Gráfico 5 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por estado civil, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)



Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

Outro aspecto importante visto na caracterização dos trabalhadores dos CRAS foi o da escolaridade e formação. A maior parte dos trabalhadores dos CRAS possui formação em serviço social, equivalendo a um percentual de 48,78%, seguido dos pedagogos com 29,26% e, por fim, os psicólogos com 21,95%, de acordo com o Gráfico 6. Ainda segundo este gráfico, grande parte dos trabalhadores buscou a qualificação profissional através da formação continuada uma vez que 82,92% dos trabalhadores possuem pós-graduação. Este dado mostra uma busca por uma formação continuada e, por conseguinte, maior qualificação na oferta dos serviços nos CRAS por parte dos trabalhadores.

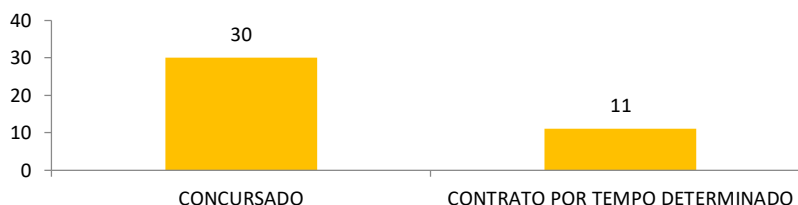
Gráfico 6 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por escolaridade e formação, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)



Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

Sobre a forma de vinculação de trabalho majoritária dentre os que responderam ao questionário, temos que 71,17% são efetivos e 26,82% possuem vinculação por contrato por tempo determinado de trabalho, de acordo com Gráfico 7. Embora este número represente para o município um quadro considerável de servidores efetivos, quando analisamos o Censo SUAS de Maracanaú dos anos de 2013 até o ano de 2017, observamos que nos últimos anos ocorreu uma diminuição de 18,75% do número total de servidores efetivos de nível superior, como mostra o Quadro 10.

Gráfico 7 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por Vinculação de Trabalho, Maracanaú-CE, 2018 (n=41)



Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

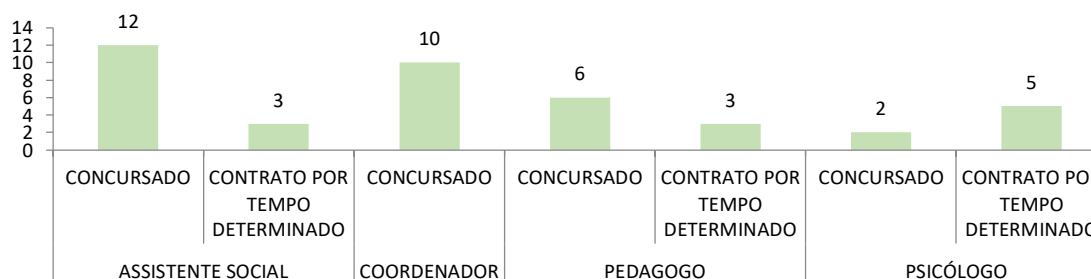
Quadro 10 – Censo SUAS 2013-2017: trabalhadores de nível superior efetivos dos Centros de Referência de Assistência Social, Maracanaú-CE

Ano	2017	2016	2015	2014	2013
Efetivos	39	41	42	44	48

Fonte: Censo SUAS 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017. Elaborado pela pesquisadora (2018)

A pesquisa identificou ainda que das quatro funções possíveis de serem exercidas na equipe PAIF de nível superior, ou seja, coordenador, assistente social, pedagogo e psicólogo, tem-se que os assistentes sociais representam o maior número de servidores com cargos efetivos, seguido dos coordenadores, pedagogos e, por fim, os psicólogos, olhar no Gráfico 8. A graduação dos coordenadores em sua maioria é composta por assistentes sociais (50%), seguida dos pedagogos (30%) e por último, dos psicólogos (20%). Todos os coordenadores são servidores efetivos, o que significa um ganho para a política de assistência social, já que é uma orientação estabelecida na NOB/RH/SUAS/2006 e seguida pelo município.

Gráfico 8 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por função e vinculação de trabalho, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)

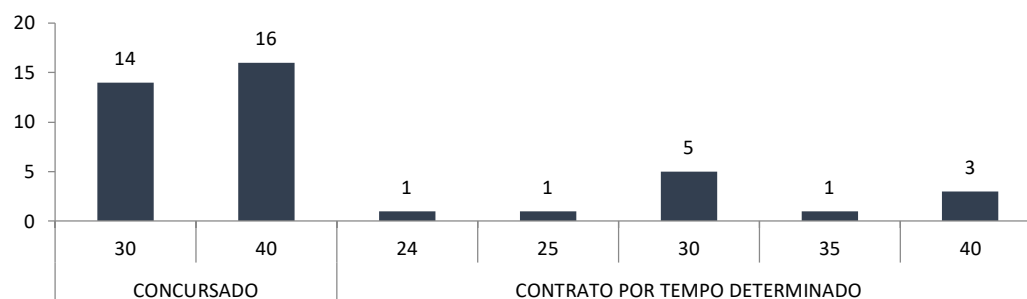


Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

A pesquisa mostra que existe uma diferenciação na carga horária semanal dos servidores do CRAS, sendo elas as seguintes: 40h, 35h, 30h, 25h e 24h, como mostra Gráfico 9. Sobre a carga horária diferenciada, temos que os assistentes sociais, através da Lei nº 12.317 de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a duração do trabalho do assistente social, num processo de luta e envolvimento de diversas instâncias, dentre elas, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), conseguiram estabelecer a redução de carga horária de trabalho para essa categoria. Essa redução representa “[...] ainda que *não altere estruturalmente a organização do trabalho, possibilita [...] impor limites à exploração do trabalho pelo capital*” (BOSCHETTI, 2011, p. 567, grifos da autora).

A categoria dos pedagogos e psicólogos³³ ainda não conseguiu a redução da carga horária de trabalho sem redução salarial como os assistentes sociais. Existe um movimento pautado nas Conferências Nacionais de Assistência Social a partir do ano de 2011, onde a proposta é de redução da carga horária para todos os trabalhadores do SUAS.

Gráfico 9 – Quantidade de trabalhadores dos CRAS por vinculação e carga horária semanal de trabalho, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)



Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

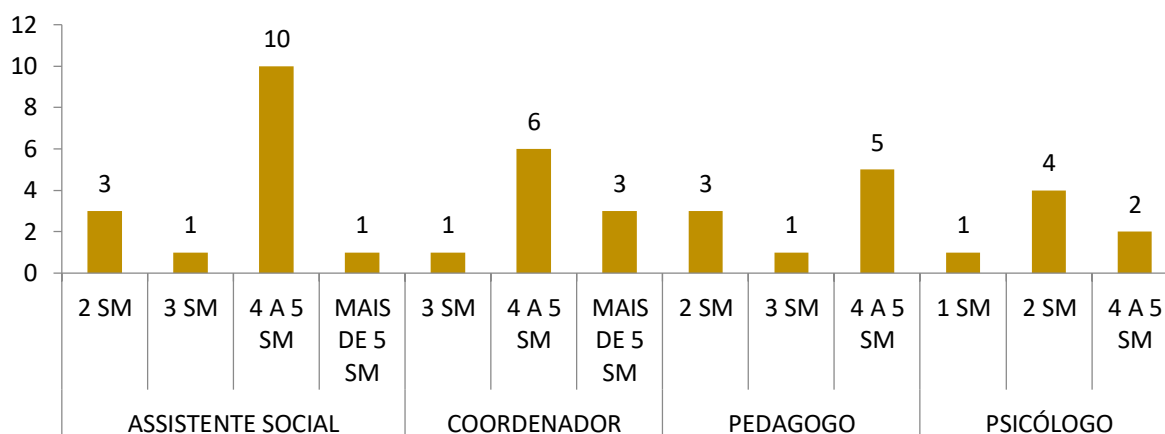
A pesquisa mostra que existe uma grande variação salarial entre os trabalhadores dos CRAS. Isto se dá pelo fato das distintas formas de contratação existente entre os trabalhadores. Outro motivo identificado para as diferenças salariais diz respeito aos servidores efetivos possuírem gratificações³⁴ que os demais não possuem que é a Gratificação

³³ Existe um projeto de Lei nº 3338/08, que fixa a carga horária e dá outras providências para a categoria dos psicólogos. Tal projeto propõe a carga horária máxima de 30h para os psicólogos. O projeto recebeu veto pelo presidente da república no ano de 2014 e, atualmente, encontra-se arquivado. Disponível em < <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=392553> > Acesso em: 08 nov. 2018.

³⁴ Sobre gratificações salariais o Alves (2005) debate que elas representam apenas complementações salariais, ou seja, suprem a defasagem salarial vivenciada no mundo do trabalho. Deste modo, gratificações também são

por Exercício na Assistência Social (GEAS) e a gratificação por titulação. Esta situação gera entre os trabalhadores certa animosidade, desmobilização e falta de sentimento de classe (Diário de campo, 2018). Situação retratada por César (2010, p. 121), “[...] para os trabalhadores ‘contratados temporariamente’ ou ‘subcontratados’, além dos salários serem mais baixos, o acesso aos benefícios também é mais restrito”. Observemos o Gráfico 10.

Gráfico 10 – Função no CRAS e Faixa salarial dos trabalhadores, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)

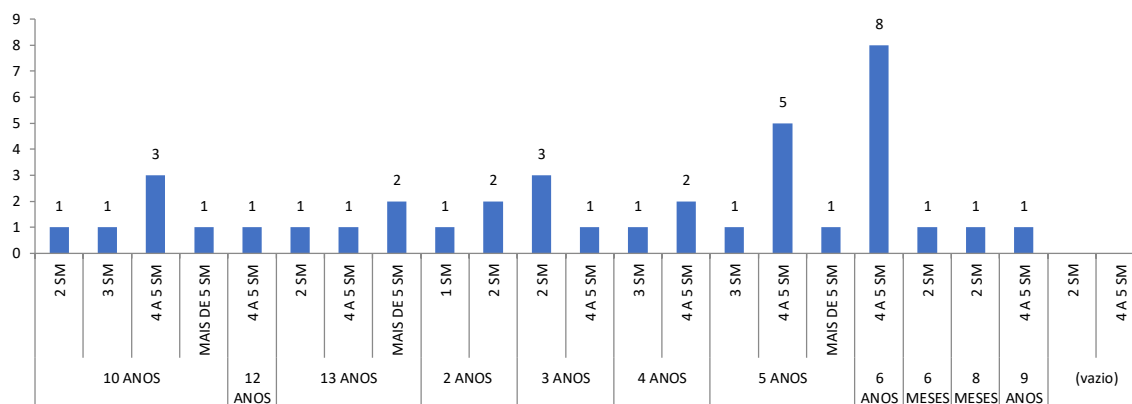


Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

A faixa salarial também se relaciona com o tempo de serviço na prefeitura municipal, uma vez que alguns servidores efetivos puderam ser contemplados com a Lei do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV) dos servidores municipais de Maracanaú, na Lei 1872, de 29 de junho de 2012 e do PCCV dos servidores da política de assistência social de Maracanaú, disposto na Lei nº 1874 de 2012, de 29 de junho de 2012 (MARACANAÚ, 2012a, 2012b). No entanto, as promoções destinadas a quem enquadrasse no perfil do PCCV estão suspensas desde o ano de 2017 com a Lei nº 2.600, de 13 de abril de 2017, que define os critérios para promoção e progressão dos servidores de Maracanaú de acordo com a Lei de responsabilidade fiscal (MARANAÚ, 2017). Na prática, a Lei nº 2.600 inviabilizou qualquer alteração salarial do servidor de Maracanaú, seja por promoções, seja pela progressão por titulação acadêmica. Sobre o tempo de serviço na prefeitura e a faixa salarial dos trabalhadores, olhar Gráfico 11.

instáveis e transitórias, ou seja, ficam a cargo da administração local continuar ou não com elas. Sendo assim, elas não representam estabilidade para os trabalhadores, pois expressam a passividade em relação às flutuações administrativas.

Gráfico 11 – Tempo de serviço na prefeitura e faixa salarial dos trabalhadores, Maracanaú-CE, 2018 (N=41)



Fonte: Elaborado pela Pesquisadora (2018).

Em pesquisa realizada por Aguiar (2015), o índice de insatisfação dos trabalhadores dos CRAS no que diz respeito à condição salarial alcançou a sexta colocação. Dentre os pontos de insatisfação nesse quesito encontram-se: o congelamento das gratificações desde 2012; os vencimentos distintos entre os servidores exercendo a mesma função; a retirada do adicional de insalubridade³⁵ no ano de 2015; não recebimento de auxílio alimentação e transporte.

A presente pesquisa mostra que o vencimento básico do trabalhador efetivo de nível superior no ano de 2018 é de R\$ 2.658,31. Ocorrendo uma diferenciação entre os demais vínculos empregatícios. Temos que dos servidores efetivos, 75,66% possuem uma faixa salarial de 4 a 5 salários mínimos; 13,33% possuem faixa salarial de mais de 5 salários mínimos; e 10% têm uma faixa salarial de até 3 salários mínimos. Dos servidores por contrato de trabalho por tempo determinado, 90,90% possuem faixa salarial de até dois salários mínimos e 9,09% possui faixa salarial de 1 salário mínimo.

8.4 Análise dos questionários da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho: relação com o adoecimento dos servidores dos Centros de Referência de Assistência Social

³⁵ “O adicional de insalubridade foi retirado no dia 01/10/15 de todos os trabalhadores da assistência social em exercício nos equipamentos sociais, sob a alegação da necessidade de redução de custos e de uma nova avaliação do perito, porém ressalta-se que a avaliação deveria ser realizada antes da retirada do adicional, uma vez que não havia nenhum documento técnico que justificasse a superação das condições que originaram o benefício” (AGUIAR, 2015, p. 153).

Os resultados da EACT serão apresentados a partir dos fatores identificados nas Condições de Trabalho (CT), na Organização do Trabalho (OT) e nas Relações socioprofissionais (RS).

8.4.1 Condições de Trabalho

Esta pesquisa identificou sobre a Condição de Trabalho (CT) fatores que colaboram diretamente para o adoecimento dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). As médias e o desvio padrão da amostra (n=41) serão apresentados em cada um dos itens da OT, sendo eles especificados na Tabela 3.

Tabela 3 – Média e desvio padrão da amostra (n=41) relativa à Condição de Trabalho, Maracanaú-CE, 2018

Questões	Média	Interpretação dos resultados	Desvio Padrão
As condições de trabalho são precárias?	4,07	Grave	0,72
O seu ambiente físico é desconfortável?	3,46	Crítico	1,00
Existe muito barulho no ambiente de trabalho?	3,27	Crítico	0,92
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado?	3,63	Crítico	0,89
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas?	3,90	Grave	1,02
O local de trabalho é inadequado para a realização das tarefas?	3,49	Crítico	0,95
Os equipamentos necessários para a			

realização das tarefas são precários?	4	Grave	0,74
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado?	3,49	Crítico	0,98
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas?	3,49	Crítico	1,10
O material de consumo é insuficiente?	3,70	Crítico	0,95
Resultado CT	3,65	Crítico	0,63

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Em relação às CT, 30% dos indicadores foram considerados graves pelos trabalhadores, sendo eles:

- ✓ As condições de trabalho;
- ✓ Os instrumentos de trabalho para realizar as tarefas;
- ✓ E a precariedade dos equipamentos para realizar as tarefas.

Estes três indicadores representam que existe mal-estar no trabalho com forte risco de adoecimento e requer medidas imediatas nas causas, a fim de eliminá-las. Os demais itens foram considerados críticos. Os indicadores críticos sinalizam situação limite, detectando risco de adoecimento.

8.4.2 Organização do Trabalho

A pesquisa identificou sobre a Organização do Trabalho (OT), as médias e o desvio padrão de acordo com a amostra (n=41) e serão apresentados em cada um dos itens da OT, especificados na Tabela 4.

Tabela 4 – Média e desvio padrão da amostra (n=41) relativa à Organização do Trabalho, Maracanaú-CE, 2018

Questões	Média	Interpretação dos resultados	Desvio Padrão
O ritmo de trabalho é excessivo	3,54	Crítico	1,03
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	2,95	Crítico	0,80
Existe forte cobrança por resultados	3,02	Crítico	0,85
As normas para a execução das tarefas são rígidas	2,54	Crítico	0,78
Existe fiscalização do desempenho	2,46	Crítico	0,90
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	4,27	Grave	0,81
Os resultados esperados estão fora da realidade	3,56	Crítico	1,03
Falta tempo para realizar pausa de descanso no trabalho	3,17	Crítico	1,07
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	2,22	Satisfatório	1,06
As tarefas são repetitivas	3,51	Crítico	0,87
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	3,34	Crítico	0,82
Resultado OT	3,14	Crítico	0,48

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Para estes indicadores, o item considerado grave foi o que fala sobre o número de pessoas para realização de tarefas. Teve ainda um indicador, de acordo com a média e critério de interpretação, que teve indicativo satisfatório indicando que não ocorre divisão entre quem planeja e quem executa as atividades nos CRAS. Os demais indicadores foram considerados críticos, sendo assim, pontos de atenção para a gestão municipal, pois indicam situação-limite de risco para o adoecimento no trabalho.

8.4.3 Relações Socioprofissionais

A pesquisa identificou sobre as Relações Socioprofissionais (RS), as médias e o desvio padrão de acordo com a amostra (n=41) e serão apresentados em cada um dos itens da RS, especificados na Tabela 5.

Tabela 5 – Média e desvio padrão da amostra (n=41) relativa às Relações Socioprofissionais, Maracanaú-CE, 2018

Questões	Média	Interpretação dos resultados	Desvio Padrão
As tarefas não estão claramente definidas	2,92	Crítico	1,03
A autonomia é inexistente	2,24	Satisfatório	0,97
A distribuição das tarefas é injusta	2,12	Satisfatório	0,87
Os trabalhadores são excluídos das decisões	2,39	Satisfatório	1,09
Existem dificuldades na comunicação chefia e subordinados	2,12	Satisfatório	1,08
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1,85	Satisfatório	0,99
Falta integração no ambiente de trabalho	2,51	Crítico	1,14

A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,46	Crítico	0,95
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,32	Satisfatório	0,91
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	2,17	Satisfatório	0,99
Resultado (RS)	2,25	Satisfatório	0,69

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

De acordo com a pesquisa, foram reconhecidos itens críticos que sinalizam situação de risco para o adoecimento no que tange às RS, sendo eles os seguintes: as tarefas não estarem claramente definidas; a falta de integração no ambiente de trabalho e por fim, a comunicação entre os trabalhadores. Os demais indicadores foram considerados satisfatórios, ou seja, devem ser mantidos pela gestão local dos CRAS, pois é são fatores positivos nas relações socioprofissionais nos CRAS.

A pesquisa diferenciou ainda a média individual dos que responderam a EACT, sendo apresentada a seguir na Tabela 6.

Tabela 6 – Disposição das respostas individuais dos questionários da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, Maracanaú-CE, 2018

Critério de interpretação	Número	%
Satisfatório (média de 1 a 2,3)	3	7,32
Crítico (média de 2,4 a 3,7)	37	90,24
Grave (média > 3,7)	1	2,44
Total	41	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018)

De acordo com a Tabela 6, percebe-se que, de uma forma geral, nos CRAS de Maracanaú, há um resultado mediano de situação-limite de mal-estar no trabalho e risco de adoecimento.

A pesquisa quis dar destaque à situação vivenciada para cada um dos CRAS do município. Assim, passemos agora para o diagnóstico de cada uma das unidades de CRAS em relação à EACT, expostos na Tabela 7.

Tabela 7 – Classificação dos indicadores EACT dos Centros de Referência de Assistência Social, Maracanaú-CE, 2018

CRAS	Condições de Trabalho	Organização do Trabalho	Relações Socioprofissionais	Média	Interpretação dos resultados
CRAS Acaracuzinho	3,27	2,91	2,1	2,76	Crítico
CRAS Alto Alegre	3,8	3,45	2,17	3,14	Crítico
CRAS Antônio Justa	3,18	3,25	3,2	3,21	Crítico
CRAS Indígena	3,1	3,64	1,65	2,79	Crítico
CRAS Jardim Bandeirantes	3,85	3,25	2,87	3,32	Crítico
CRAS Jereissati	4,28	3,32	1,52	3,04	Crítico
CRAS Mucunã	3	3,49	2,7	3,06	Crítico
CRAS Pajuçara	3,32	2,77	2,1	2,73	Crítico
CRAS Parque São João	4,1	3,14	1,84	3,03	Crítico
CRAS Timbó	3,98	3	2,28	3,09	Crítico

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

A pesquisa mostrou que todos os CRAS de Maracanaú possuem resultado mediano de situação-limite para o adoecimento no trabalho. Dos dez CRAS, em relação ao item Condições de Trabalho, os CRAS Jardim Bandeirantes, Jereissati, Parque São João e Timbó apresentaram indicador grave, sinalizando um resultado negativo reportando a um forte risco de adoecimento aos seus trabalhadores. No entanto, em relação ao indicador relações socioprofissionais esses mesmos CRAS, com exceção do Jardim Bandeirantes, Mucuná e Antônio Justa, apresentaram indicador satisfatório, o que significa dizer que o ambiente de trabalho reporta à preservação dos vínculos e qualidade no trabalho.

Quanto à amostra n=41, tem-se que os participantes ao serem perguntados sobre já terem adoecido em decorrência das condições de trabalho, 23 (56,1%) dos participantes alegaram que sim. E as principais doenças identificadas foram: Lesões por Esforços Repetitivos (LER); alergia; hérnia/dor na coluna; cefaleia; dores no corpo/cansaço/sonolência e fadiga; estresse; ansiedade; dengue/chikungunha; gastrite/refluxo; estafa mental e pressão alta.

9 PERCEPÇÕES DA PESQUISADORA EM CAMPO: ANALISANDO OS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACANAÚ

Neste momento, a ideia da pesquisadora é apresentar ao leitor um pouco da percepção vivenciada no momento em que esteve coletando os dados em campo. Este relato se dará através de registros fotográficos feitos nas unidades de CRAS de Maracanaú-CE.

Buscou-se relacionar como as orientações técnicas determinam que seja o funcionamento dos CRAS e fazer um contraponto em que condições reais vêm se efetivando a operacionalização dos serviços, benefícios, projetos e serviços da política de assistência nos CRAS. Para isso iremos utilizar dados do IDCRAS, Censo SUAS, Relatório Mensal de Atividades (RMA) em contraponto com os questionários EACT.

Usou-se como metodologia o recurso a letras de músicas que indicam um pouco da apreensão dos elementos circunstanciais pela pesquisadora em cada unidade. A seguir o motivo de cada um.

Para o CRAS Acaracuzinho, a escolha da música é “*Até quando esperar*” da Plebe Rude. O motivo deu-se porque na atividade de campo realizada pela pesquisadora, o relato dos trabalhadores voltou-se para a má distribuição dos recursos públicos para as políticas sociais, em especial para a de assistência social; “*Vou tirar você desse lugar*” de Odair José foi à escolha musical para o CRAS Alto Alegre. A motivação deu-se pela situação vivenciada no território por causa das disputas territoriais; Para o CRAS Antônio Justa “*Vamos fugir*” de *Gilberto Gil* vem num contexto da falta de transporte público que atenda as necessidades dos moradores do entorno, bem como dos trabalhadores que atualmente dependem do transporte da secretaria ou particular para chegar ao serviço; Para o CRAS Indígena foi escolhida “*Todo dia era dia de índio*” da *Baby Consuelo*, pois embora o CRAS tenha sido pensado com formato de oca para dialogar com as tradições e contexto do povo indígena, o CRAS Indígena possui o pior índice relacionado à infraestrutura do município; A canção “*Apesar de você*” de *Chico Buarque* foi escolhida para o CRAS Jardim Bandeirantes, pois apesar das condições adversas que o CRAS está inserido, a vontade ética de realizar um trabalho social pela via do direito mostrou-se como um horizonte para a equipe; “*O plantador*” de *Geraldo Vandré* foi a canção escolhida para significar o CRAS Jereissati. Tal escolha justifica-se por este CRAS ser o maior CRAS em número de famílias referenciadas; O CRAS Mucunã teve como escolha de canção a de *Chico Buarque* “*O que será*” pelas incertezas sobre a situação da política de assistência social; A canção de *Gilberto Gil* “*Simple desejo*” foi escolhida para o CRAS Pajuçara, pois retrata o momento de incertezas e aumento de demandas que o CRAS passa por

conta da vinda de um empreendimento habitacional no seu entorno; O CRAS Parque São João teve como escolha a canção “*Asa Branca*” de *Luiz Gonzaga*, devido este CRAS ocupar um dos piores índices relacionados à infraestrutura. Funciona em uma casa alugada, adaptada para a oferta dos serviços; E por fim, escolhemos a canção “*Construção*” de *Chico Buarque* para o CRAS Timbó. Este CRAS tem apenas três anos de criação e já nasce com velhos problemas de infraestrutura. A percepção da pesquisadora nesta unidade foi a de expansão de unidades de CRAS, sem os elementos necessários para uma oferta de qualidade dos serviços para a população.

9.1 Centro de Referência de Assistência Social Acaracuzinho: “*Até quando esperar*”

[...] Com tanta riqueza por aí, onde é que está? Cadê sua fração?...”. Plebe Rude

Criado em 03 de outubro de 2011, o CRAS Acaracuzinho é considerado urbano periférico³⁶, com capacidade de referenciamento³⁷ de até 5.000 mil famílias, funciona de segunda a sexta-feira em prédio patrimonial, oito horas por dia (BRASIL, 2018).

A equipe PAIF de nível superior realiza ainda as seguintes atividades e ações: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; elaboração do plano de acompanhamento familiar; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial; encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) (BRASIL, 2018).

A Tabela 8 é um compilado de informações de domínio público disponibilizados pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e vigilância socioassistencial, que foi organizado pela pesquisadora, a fim de retratar o volume de atendimentos realizado por este CRAS no triênio de 2016-2018. Recorreremos a estes dados em todo este tópico.

³⁶ O CRAS é considerado urbano periférico quando está instalado em áreas periféricas do município, mesmo que atenda parte da população rural (BRASIL, 2017).

³⁷ Famílias referenciadas são todas aquelas que vivem no território de abrangência do CRAS e são elegíveis de atendimento e/ou acompanhamento pela equipe PAIF, de acordo com a NOB/SUAS (BRASIL, 2005).

Tabela 8 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Acaracuzinho, Maracanaú-CE

CRAS Acaracuzinho	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	88	59	65	5775	4018	1089	167	197	101

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

De acordo com a Tabela 8, as seguintes conclusões podem ser indicadas. Ocorreu um aumento do total de famílias acompanhadas por esta unidade, seguido também do aumento das visitas domiciliares, fato este diretamente proporcional ao total de acompanhamentos. No entanto, o que se observou na pesquisa foi que esta unidade teve uma diminuição nos recursos humanos, como mostra a Tabela 9. Embora tenha ocorrido diminuição do efetivo de servidores, percebe-se a permanência das mesmas atividades e ações PAIF com um aumento da dimensão Serviços e Benefícios, indicando uma intensificação do trabalho com um número reduzido de servidores.

Tabela 9 – Quadriênio (2014-2017) IDCAS do CRAS Acaracuzinho, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	2	2	2	2
Dimensão Serviços e Benefícios	2	2	2	5
Dimensão Recursos Humanos	5	5	5	3
ID CRAS	3	3	3	3,33

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

O CRAS Acaracuzinho tem apresentado ao longo dos anos uma situação bastante precária no que diz respeito à dimensão de estrutura física, significando que a unidade pública não tem disponibilizado aos seus trabalhadores as condições necessárias para o desempenho das atividades. A estrutura física vai além de um espaço, ela significa que o CRAS

[...] Deve contar com mobiliário adequado para cada um dos ambientes. Livros, cd's, dvd's, televisor, aparelho de DVD, som, microfone, máquina fotográfica e outros materiais são recomendáveis. É ainda determinante que o CRAS disponha de equipamentos e condições de conectividade e que permitam agilidade dos processos de trabalho e maior interação com a rede socioassistencial e setorial, tais como linha telefônica e computador com acesso à internet (BRASIL, 2009, p. 57).

Tudo isso facilita o desenvolvimento do trabalho social com famílias, bem como, o menor desgaste do servidor público.

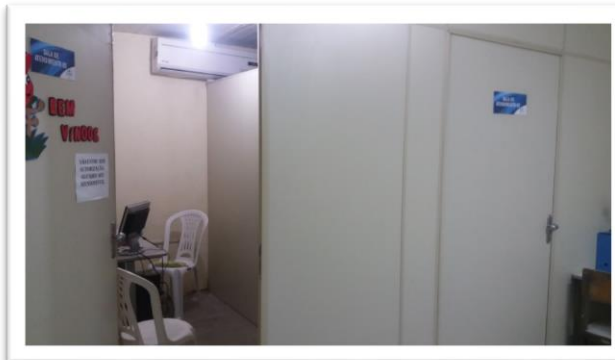
Deste modo, seguem nas Figuras 3, 4 e 5 registros do espaço físico do CRAS Acaracuzinho.

Figura 3 – Frente do CRAS Acaracuzinho, Maracanaú-CE, 2018



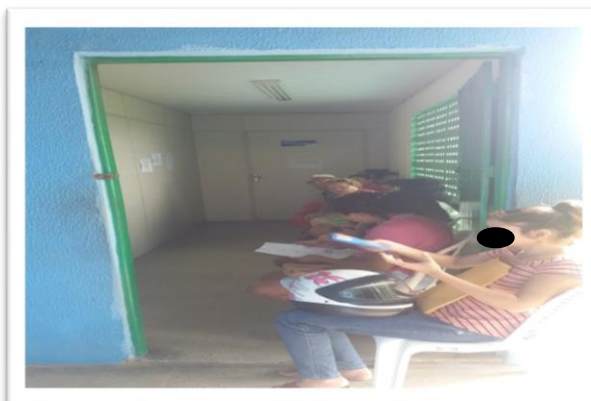
Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 4 – Sala de Atendimento técnico de nível superior, CRAS Acaracuzinho, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 5 – Usuários do CRAS Acaracuzinho aguardando atendimento, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Esses aspectos refletem diretamente no dia a dia dos servidores desta unidade. Dos servidores que participaram no preenchimento dos questionários da EACT, no item Condições de Trabalho (CT) e Organização do Trabalho (OT) obtiveram-se, respectivamente, 3,27 e 2,91 de resultado, indicando situação crítica e favorecedora de adoecimento no trabalho para esses dois aspectos. O CRAS Aracacuzinho mostrou-se com nível satisfatório nas relações socioprofissionais com uma média de 2,1, indicando fatores fortalecedores no ambiente de trabalho neste quesito. Mas este CRAS, na intersecção dos três elementos destacados anteriormente, apresenta média de 2,76, cuja interpretação é de estado crítico no que diz respeito ao favorecimento do adoecimento neste ambiente de trabalho.

Foi considerado indicador grave, no quesito Condições de Trabalho, de acordo com média e os critérios de interpretação:

- ✓ Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários.

Este indicador avaliado de forma negativa pelos trabalhadores do Acaracuzinho reflete diretamente na Dimensão Estrutura Física retratada acima.

No quesito Organização do Trabalho, foram considerados graves os seguintes indicadores:

- ✓ O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas;
- ✓ Os resultados esperados estão fora da realidade.

O reconhecimento por parte dos trabalhadores de que o número de pessoas para o desenvolvimento das atividades é insuficiente, é constatado pela própria diminuição do

IDCRAS no ano de 2016 para 2017, fato que permanece no ano de 2018, segundo os trabalhadores. E para a Organização do Trabalho, este indicador rebate diretamente no sentimento de impotência dos trabalhadores em darem respostas às demandas e metas colocadas pela gestão do SUAS. Os trabalhadores identificam a irrealidade de se atingir metas com o número reduzido de profissionais.

Não houve no bloco de Relações Socioprofissionais nenhum indicador sendo considerado grave.

Esta pesquisa identificou os elementos potencializadores das atividades e ações dos trabalhadores no bloco da Organização do Trabalho, e que, portanto, devem ser mantidos, são eles:

- ✓ A não rigidez na execução das atividades;
- ✓ A existência de tempo para realizar pausas para descanso das atividades;
- ✓ A não existência de uma divisão entre os que planejam e os quem executam.

No bloco das Relações Socioprofissionais, identificou-se os seguintes elementos como potencializadores das ações de trabalho em relação à saúde do trabalhador:

- ✓ As tarefas são bem definidas;
- ✓ Existe autonomia dos trabalhadores;
- ✓ Não há injustiça na divisão de tarefas;
- ✓ A inexistência de dificuldades de comunicação entre coordenação e técnicos;
- ✓ Não há disputas profissionais no local de trabalho;
- ✓ Existe integração no ambiente de trabalho;
- ✓ A comunicação entre os trabalhadores é satisfatória;
- ✓ Existe apoio da coordenação para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores;

Dos quatro sujeitos participantes do questionário EACT, três indicaram terem adoecido em decorrência das condições de trabalho em que se encontravam o que corresponde a um percentual de 75%. As principais doenças destacadas para este grupo foram alergia e ansiedade.

9.2 Centro de Referência de Assistência Social Alto Alegre: “Vou tirar você desse lugar”

“Eu vou tirar você desse lugar...”. Odair José

O CRAS Alto Alegre foi criado em 01 de agosto de 2004. É urbano periférico, com capacidade de referenciamento de até 5.000 mil famílias. Funciona de segunda a sexta-feira em prédio próprio, oito horas por dia (BRASIL, 2018).

A equipe PAIF de nível superior realiza as seguintes atividades e ações neste CRAS: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; elaboração do plano de acompanhamento familiar; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial; encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) (BRASIL, 2018).

Sobre o Relatório Mensal de Atendimentos (RMA), este CRAS no triênio 2016 a 2018, teve os seguintes resultados, de acordo com a Tabela 10.

Tabela 10 - Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE

CRAS Alto Alegre	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	106	93	57	4447	3624	2014	655	406	200

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Vemos que quando analisamos conjuntamente a Tabela 10 e 11, tecemos algumas considerações. A Tabela 10 mostra que vem ocorrendo uma diminuição nos três itens analisados, o de famílias em acompanhamento familiar, o de atendimentos particularizados e o de visitas domiciliares desta unidade. Entendemos que esta diminuição está diretamente relacionada ao que consta na Tabela 11, já que ocorreu uma diminuição considerável de servidores no CRAS Alto Alegre no ano de 2016 para 2017, deixando a equipe de referência incompleta. Embora ocorra essa diminuição de servidores nos anos de 2016 para 2017, o CRAS Alto Alegre mantém a mesma oferta de serviços no período. Indicando que neste CRAS também ocorre uma intensificação e sobrecarga do trabalho.

O CRAS Alto Alegre embora tenha apresentado um IDCRAS satisfatório ao longo do quadriênio observado, quando analisamos as dimensões de forma isolada, vemos que a Estrutura Física e os Recursos Humanos apresentam decréscimo nos anos de 2016 para 2017, de acordo com a Tabela 11.

Tabela 11 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	5	5	3	3
Dimensão Serviços e Benefícios	4	5	5	5
Dimensão Recursos Humanos	5	5	5	3
ID CRAS	4,67	5	4,33	3,67

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Outro aspecto a ser observado no CRAS Alto Alegre diz respeito à Dimensão da Estrutura Física. Este CRAS vivenciou nos anos de 2014 e 2015 um índice satisfatório em relação à estrutura física. Fato que mudou a partir do ano de 2016 e se mantém até os dias de hoje, de acordo com os trabalhadores (Diário de Campo, 2018). A escassez de materiais e a diminuição dos recursos humanos têm afetado os trabalhadores desta unidade pública (Diário de Campo, 2018).

De acordo com a pesquisa, dos três trabalhadores de PAIF que responderam ao questionário EACT, todos indicaram ter adoecido por conta das condições de trabalho vivenciadas na unidade. As doenças recorrentes para este público de trabalhadores foram as seguintes: apneia do sono; rinite; dengue; dor na coluna; enxaquecas; ansiedade; problemas na visão e dermatite nervosa.

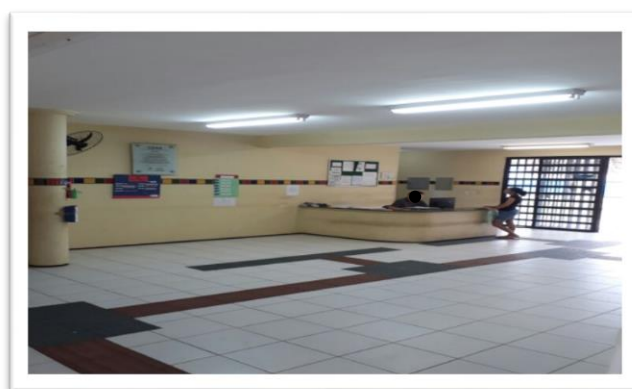
As figuras 6, 7, 8 e 9 retratam a estrutura física do CRAS Alto Alegre.

Figura 6 – Frente do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 7 – Recepção do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 8 – Sala de atendimento de nível superior CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

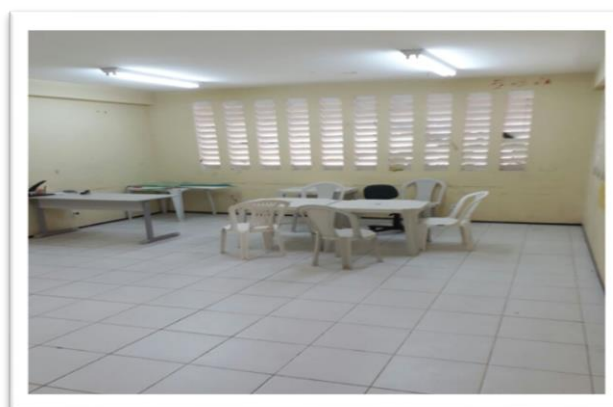
Figura 9 – Sala de atendimento do CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

No registro da Figura 9, observa-se que a sala não possui o resguardo do sigilo profissional que se configura como um direito do usuário dos serviços do CRAS. As salas são improvisadas com divisórias, onde a acústica fica prejudicada. Outro ponto que chama a atenção é o fato de em cada sala ter um ventilador trazido pelos trabalhadores do CRAS, pois a unidade não dispõe de sistema de climatização adequado. Na Figura 10, também não há climatização adequada para o trabalho social em grupos com as famílias, já que segundo trabalhadora da unidade, você deve escolher entre deixar o ventilador de parede ligado e tentar falar mais alto do que o barulho que o mesmo faz, ou desliga-lo e poupar as cordas vocais, mas suportar o calor que fará (Diário de Campo, 2018).

Figura 10 – Sala maior para grupos CRAS Alto Alegre, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Em relação aos dados coletados na aplicação dos questionários EACT, a pesquisa identificou alguns indicadores com resultado negativo que indicam forte risco ao

adoecimento. Os indicadores considerados graves no quesito Condições de Trabalho (CT) foram os seguintes:

- ✓ As condições de trabalho são precárias;
- ✓ O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado;
- ✓ Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas;
- ✓ O local de trabalho é inadequado para a realização das tarefas;
- ✓ Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários;
- ✓ O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado.

Ou seja, dos dez indicadores no item CT, 60% foram considerados graves, requerendo por parte da gestão municipal atenção urgente.

No quesito Organização do Trabalho (OT), os seguintes indicadores apareceram com avaliação grave pelos trabalhadores, sendo eles:

- ✓ O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas;
- ✓ Os resultados esperados estão fora da realidade;
- ✓ As tarefas são repetitivas;
- ✓ As tarefas executadas sofrem descontinuidade.

O aparecimento do indicador que retrata se o número de trabalhadores é suficiente para o desenvolvimento das atividades do CRAS é uma realidade recorrente dentre os CRAS de Maracanaú. A pesquisa mostra como realidade deste CRAS a repetição de atividades, bem como, a descontinuidade na oferta dos serviços. A descontinuidade do serviço foi retratada por uma trabalhadora como efeito direto na redução dos trabalhadores na equipe de referência do PAIF, além da falta de recursos materiais para o desenvolvimento das ações planejadas (Diário de Campo, 2018).

A pesquisa não identificou nenhum resultado negativo no quesito Relações Socioprofissionais no CRAS Alto Alegre. Seguem abaixo aqueles indicadores avaliados positivamente. São eles:

- ✓ As tarefas estão claramente definidas;
- ✓ Existe autonomia para o desenvolvimento das atividades;
- ✓ Os trabalhadores são incluídos nas decisões;

- ✓ Inexistência de dificuldades na comunicação entre chefia e trabalhadores;
- ✓ A inexistência de disputas profissionais no local de trabalho;
- ✓ Existe integração no ambiente de trabalho;
- ✓ A comunicação entre funcionários é insatisfatória;
- ✓ As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso;
- ✓ Existe apoio da coordenação para o meu desenvolvimento profissional;

Assim, esses indicadores devem ser potencializados pela gestão local.

Dos três sujeitos participantes do questionário EACT, 100% indicou ter adoecido em decorrência das condições de trabalho em que se encontram. As principais doenças destacadas para este grupo foram apneia do sono, rinite, dor na coluna, enxaquecas, ansiedade dermatite nervosa.

9.3 Centro de Referência de Assistência Social Antônio Justa: “Vamos fugir”

“[...] Vamos fugir! Deste lugar baby! Vamos fugir. Tô cansado de esperar que você me carregue...” Gilberto Gil

O CRAS Antônio Justa figura como um dos mais antigos do município de Maracanaú. Sua criação data de 01 de julho de 2006³⁸. É considerado um CRAS urbano periférico com capacidade de referenciamento de até 5.000 mil famílias, com funcionamento cinco dias por semana em prédio patrimonial (BRASIL, 2018).

A equipe PAIF de nível superior, no desenvolver de suas atividades com a comunidade, realiza as seguintes ações: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial; encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo

³⁸ De acordo com Relatório de Gestão de 2006, “Maracanaú conta no seu território com uma colônia que trouxe historicamente o estigma da exclusão de um segmento, as pessoas vítimas da hanseníase. A colônia Antônio Justa foi criada em dezembro de 1942, em Maracanaú, por iniciativa do Governo do Estado e tinha por finalidade cuidar dos pacientes acometidos pela hanseníase, pois até meados do século passado, a estratégia de combate à doença fundamentava-se no isolamento dos pacientes” (Maracanaú, 2007, p. 17) Nesse sentido, a criação do CRAS Antônio Justa ocorreu para atender a essa parte da população que teve como marca histórica o processo de exclusão.

Federal (CadÚnico). A única atividade não realizada por esta unidade é elaboração do plano de acompanhamento familiar (BRASIL, 2018).

Na análise do RMA nos anos de 2016 a 2018, de acordo com a Tabela 12, identificamos um elevado número de famílias que estão em acompanhamento familiar pela equipe PAIF de nível superior. Ocorrendo uma pequena diminuição dessas famílias em acompanhamento nos anos 2016 para 2017, provavelmente impulsionado pela redução do número de servidores na equipe PAIF como podemos observar na Tabela 13. Outro ponto a destacar é que este CRAS não realiza, de acordo com o Censo SUAS de 2017, plano de acompanhamento familiar, isto quer dizer que não há uma sistematização na inclusão e retirada das famílias da ação PAIF de acompanhamento. Desta forma, este CRAS ocupa a terceira posição em acompanhamento às famílias dos CRAS de Maracanaú e é o sétimo na classificação geral em volume de atendimento particularizado às demandas das famílias.

Em relação aos atendimentos particularizados, o CRAS Antônio Justa vem anualmente reduzindo suas ações nesse aspecto observado no triênio 2016-2018, fato este também correlacionado com a diminuição o número de servidores na unidade.

Tabela 12 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE

CRAS Antônio Justa	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	173	145	144	3786	2840	1350	364	794	635

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Tabela 13 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	2	2	2	1
Dimensão Serviços e Benefícios	3	2	2	5
Dimensão Recursos Humanos	5	5	5	2
Média ID CRAS	3,33	3	3	2,67

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

No que se refere ao IDCRAS, o CRAS Antônio Justa manteve uma média satisfatória ao longo dos anos 2014-2016, de acordo com a Tabela 13. No entanto, no ano de 2017, em decorrência da diminuição na dimensão de estrutura física e da dimensão de recursos humanos este CRAS passou a apresentar um IDCRAS não satisfatório de 2,67. Em relação à dimensão de estrutura física, a diminuição neste indicador diz respeito à mudança no local de funcionamento do CRAS nos anos de 2016 para 2017. O CRAS Antônio Justa passou a ter seu funcionamento em um antigo refeitório que atendia às famílias da colônia Antônio Justa e como o prédio não foi projetado para ser um espaço de excelência para funcionamento dos serviços de um CRAS, como salas adequadas, teve sua nota reduzida (Diário de Campo, 2018).

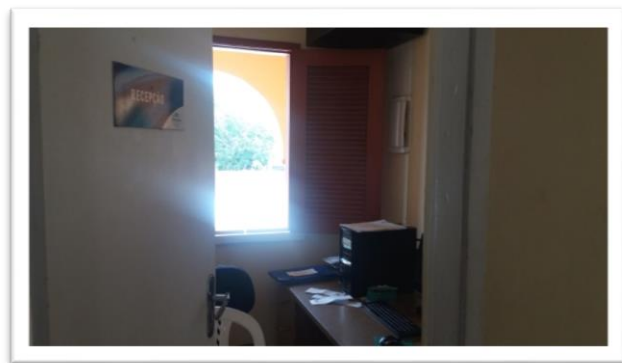
Seguem alguns registros do prédio em que funciona o CRAS Antônio Justa nas Figuras 11, 12,13 e 14.

Figura 11 – Frente do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 12 – Recepção do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

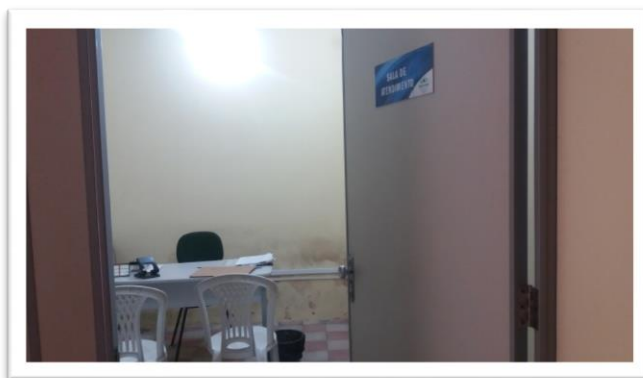
Figura 13 – Salão para as atividades coletivas do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

As atividades coletivas do CRAS Antônio Justa tem sido realizadas em um salão improvisado, onde o resguardo do sigilo das atividades, bem como, iluminação e climatização ficam prejudicados, como mostra a Figura 13.

Figura 14 – Sala de atendimento técnico de nível superior do CRAS Antônio Justa, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Situação relatada pelos trabalhadores do CRAS Antônio Justa diz respeito à falta de privacidade das salas de atendimento técnico, onde as divisórias não resguardam o som de ambiente, causando, por vezes, constrangimento aos usuários da política pública (Diário de Campo, 2018), o que pode ser observado na Figura 14.

O entorno de acesso ao CRAS Antônio Justa também não é algo fácil, nem para trabalhadores, nem para usuários da política de assistência social, olhar Figura 15. Segundo relato dos trabalhadores, quando chove as pessoas têm dificuldades de acessar o CRAS. Outro ponto destacado pelos trabalhadores é que não há transporte coletivo que chegue até o CRAS

que se situa em área de difícil acesso. Um carro da prefeitura realiza o transporte dos funcionários diariamente. Outra questão destacada pela equipe, diz respeito às disputas territoriais entre as facções, grupos rivais, que não permitem que moradores de determinada área acesso certos bairros, isso inclui o acesso ao próprio CRAS (Diário de Campo, 2018).

Figura 15 – Rua de acesso ao CRAS Antônio Justa em dias de chuva, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

No que diz respeito aos trabalhadores do Antônio Justa que aceitaram participar da pesquisa respondendo ao questionário EACT, a pesquisa identificou alguns indicadores com resultado negativo, indicado forte risco de adoecimento.

Os indicadores considerados graves no quesito Condições de Trabalho (CT) são os seguintes:

- ✓ Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários;
- ✓ O material de consumo é insuficiente.

Estes dois indicadores aparecendo como grave confirmam a redução na nota de IDCRAS para o Antônio Justa no ano de 2016 para 2017. Isto indica que a ausência de equipamentos e material de consumo para as ações do PAIF são, neste CRAS, um forte agente de adoecimento e mal-estar no trabalho.

No quesito da Organização do Trabalho (OT), a pesquisa constatou que o baixo número de servidores na equipe PAIF, atrelado ao que a gestão municipal espera de metas a serem cumpridas pela equipe, são os maiores causadores de adoecimento nesta unidade, pois apresentam indicador grave.

Na unidade do CRAS Antônio Justa, a pesquisa não identificou fatores potencializados para a equipe no quesito Relações Socioprofissionais. Pelo contrário, foi identificada a existência de dificuldades na comunicação entre a chefia (coordenação) e técnicos da unidade e a inexistência de integração no ambiente de trabalho. Tais fatores colaboram para uma potencialização no adoecimento em decorrência dessas relações desgastadas no trabalho.

Dos cinco trabalhadores do CRAS Antônio Justa que aceitaram aderir à pesquisa respondendo ao questionário EACT, 60% indicaram já ter adoecido por conta das condições enfrentadas neste ambiente de trabalho. As doenças indicadas pelos trabalhadores foram as seguintes, ansiedade, enxaquecas, dor na coluna e gastrite.

9.4 Centro de Referência de Assistência Social Indígena: “*Todo dia era dia de índio*”

[..] Todo dia era dia de índio, mas agora eles só tem o dia 19 de Abril...”. Baby Consuelo

O CRAS Indígena foi inaugurado no dia 01 de dezembro de 2006³⁹. Seu funcionamento ocorre em prédio próprio, na zona rural⁴⁰, com capacidade para referenciamento de até 5.000 famílias, cinco dias por semana e oito horas por dia (BRASIL, 2018).

A equipe PAIF de nível superior realiza as seguintes atividades e ações neste CRAS: acolhida particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; elaboração do plano de acompanhamento familiar; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial; encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico). Esta unidade somente não realiza a ação de acolhida em grupo (BRASIL, 2018).

Este CRAS atende aos indivíduos e às famílias pertencentes à etnia indígena residente em Maracanaú. Seu projeto de espaço físico foi pensado para fazer alusão aos locais de moradias indígenas, conforme vemos na Figura 16.

³⁹ O CRAS Indígena tem sua estrutura física dentro da comunidade Santo Antônio dos Pitaguarys (Diário de Campo, 2018).

⁴⁰ O CRAS Indígena é o único de Maracanaú situado em área rural (BRASIL, 2018).

Figura 16 – Frente do CRAS Indígena, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 17 – Parte interna do CRAS Indígena, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Embora o espaço de convívio do CRAS Indígena tenha sido escolhido para fazer alusão ao dos índios, a realidade relacionada aos indicadores que compõe a dimensão espaço físico do CRAS, é um dos piores dentre os CRAS de Maracanaú. Olhar Tabela 15. O mesmo figura, juntamente com o CRAS Antônio Justa e Parque São João, com IDCRAS em 2017 de 1.

Sobre o RMA dos anos de 2016 a 2018, observamos alguns pontos sobre o CRAS Indígena, destacados na Tabela 14. Um deles é que o total de atendimentos particularizados às famílias pela equipe PAIF e o total de famílias em acompanhamento tem crescido de 2016 para 2017. Muito embora, o número de servidores para tal atividade tenha diminuído em igual período, de acordo com a Tabela 15.

Tabela 14 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades CRAS Indígena, Maracanaú-CE

CRAS Indígena	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	72	73	88	2226	2757	906	510	466	173

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Tabela 15 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Indígena, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	2	2	1	1
Dimensão Serviços e Benefícios	2	4	2	3
Dimensão Recursos Humanos	3	3	2	2
ID CRAS	2,33	3	1,67	2

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

O CRAS Indígena, em classificação feita pela pesquisadora, ocupa o sétimo lugar no ano de 2017 em relação à demanda de atendimentos particularizados à população. Isto indica que o Indígena é um CRAS de pouco volume em atendimentos. Este baixo volume de atendimentos não minoriza a complexidade no atendimento às particularidades de um grupo de pessoas como a população indígena.

Dentre os trabalhadores que decidiram aderir à pesquisa respondendo ao questionário EACT, classificamos alguns indicadores como grave, significando um forte risco na aquisição de doenças em decorrência das condições de trabalho dos servidores nesta unidade.

No quesito relacionado ao bloco Condições de Trabalho (CT), os indicadores indicados como grave pelos sujeitos da pesquisa foram:

- ✓ As condições de trabalho são precárias;
- ✓ Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários;
- ✓ O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado.

O aparecimento desses três indicadores como os piores do bloco de perguntas sobre as CT indicam relação direta com IDCRAS na dimensão de estrutura física, em que o CRAS Indígena figura entre os piores de Maracanaú.

Mas existe também no bloco CT, fatores que, segundo os sujeitos da pesquisa são potencializados do trabalho social desenvolvido com as famílias e, por conseguinte minorizam as possibilidades do adoecimento em decorrência do trabalho no CRAS. São eles: a inexistência de barulho no ambiente de trabalho e o CRAS não possuir, por conta de suas condições, risco à segurança dos usuários e dos trabalhadores.

A pesquisa percebeu no bloco EACT relacionado à Organização do Trabalho (OT) que dos onze indicadores cinco apareceram como indicador negativo para a saúde do trabalhador. São eles:

- ✓ O ritmo de trabalho é excessivo;
- ✓ Existe forte cobrança por resultados;
- ✓ O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas;
- ✓ As tarefas são repetitivas;
- ✓ As tarefas executadas sofrem descontinuidade.

Na realidade de um CRAS, que tem por primazia ofertar serviços à população mais vulnerável de um determinado território, esses indicadores aparecerem como graves, retrata que, além da possibilidade iminente de adoecimento dos trabalhadores, há um prejuízo direto na oferta dos serviços à população, uma vez que os trabalhadores demonstram que não há número de pessoas suficientes para as atividades, rebatendo na própria continuidade do serviço.

Não foram encontrados no CRAS Indígena fatores potencializadores na OT.

Por fim, quando examinamos o bloco de questões EACT no quesito Relações Socioprofissionais (RS), este CRAS não denota nenhum revelador desfavorável à saúde do trabalhador. Pelo contrário, dos dez itens perguntados, nove são considerados potencializadores de bem-estar no local de trabalho, indicando harmonia no clima de trabalho.

Quando interseccionamos os três blocos do questionário EACT, o CRAS Indígena figura numa situação de resultado mediano, ou seja, crítico colocando-o num quadro limite para o adoecimento dos trabalhadores. No entanto, nenhum dos sujeitos desta unidade informou ter adoecido por conta do trabalho.

9.5 Centro de Referência de Assistência Social Jardim Bandeirantes: “Apesar de você”

“[...] Apesar de você amanhã há de ser outro dia inda pago pra ver o jardim florescer...”. Chico Buarque

Criado em 01 de maio de 2008, o CRAS Jardim Bandeirantes é considerado urbano periférico, com capacidade de referenciamento de até 5.000 mil famílias, funciona de segunda a sexta-feira em prédio patrimonial, oito horas por dia (BRASIL, 2018).

É realizado pela equipe PAIF as seguintes atividades e ações: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial e encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais. Ficaram das atividades PAIF, o seguinte: elaboração do plano de acompanhamento familiar e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) (BRASIL, 2018).

O CRAS Jardim Bandeirantes é o terceiro CRAS do município a figurar com maior número de atendimentos particularizados e de visitas domiciliares, veja Tabela 16. Ocorreu um aumento considerável de atendimentos às famílias no ano de 2016 para 2017. Mesmo período em que houve uma diminuição no quadro de trabalhadores da unidade e uma piora nos índices de estrutura física, olhar Tabela 17. Observamos que a intensificação do trabalho é uma constante nas unidades de CRAS de Maracanaú. Do ano de 2016 para 2017, mesmo com a dimensão de estrutura física e recursos Humanos tendo piorado, verificou-se um aumento na oferta dos serviços do CRAS Jardim Bandeirantes.

O aumento no volume total de atendimentos particularizados do ano de 2016 para 2017 por esta unidade não há relação direta com fatores da política social em si. O que a pesquisa identificou foi que no ano de 2016 ocorreu mudança de coordenação do CRAS Jardim Bandeirantes. Com a mudança de gestão local, ocorreu a identificação completa e correta do número de atendimentos particularizados pela unidade (Diário de Campo).

Tabela 16 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE

CRAS Jardim Bandeirantes	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	89	70	66	1929	7436	3894	491	763	483

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Tabela 17 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	3	3	5	3
Dimensão Serviços e Benefícios	2	1	3	5
Dimensão Recursos Humanos	5	5	5	3
ID CRAS	3,33	3	4,33	3,67

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Embora o CRAS Bandeirantes funcione em prédio patrimonial, ver Figura 18, que fora projetado para as especificidades dos serviços que devem ser disponibilizados pelo CRAS, o trabalho social com famílias precisa de outros elementos para acontecer, a saber: carro para as visitas domiciliares, telefone, internet, impressora, equipamentos de mídia, etc. A falta ou a inconstância de quaisquer uns desses itens, inviabilizam o trabalho com as famílias.

Figura 18 – Frente do CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 19 – Entorno do CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018)

A realidade de trabalho para os servidores lotados nesta unidade pública é a falta de transporte e acessibilidade ao CRAS, como pode observado na Figura 19 e 20. Os servidores do CRAS Jardim Bandeirantes dependem de um carro da prefeitura para chegar até o local de trabalho. Sem esse carro, o acesso não ocorre, fazendo com que o servidor escolha ou ir caminhando pela área de risco em que o CRAS localiza-se ou pagar meio de transporte privado (Diário de Campo).

Figura 20 – Rua de acesso ao CRAS Jardim Bandeirantes, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Dos quatro servidores que participaram no preenchimento dos questionários da EACT, no item Condições de Trabalho (CT), Organização do Trabalho (OT) e Relações Socioprofissionais (RS) obteve-se, respectivamente, 3,85, 3,25 e 2,87 de resultado, indicando situação crítica e favorecedora de adoecimento no trabalho para esses três aspectos. Numa classificação geral, o CRAS Jardim Bandeirantes encontra-se em quarto lugar para as piores CT dos CRAS de Maracanaú. Para OT este CRAS ocupa a quinta posição e para o bloco das

RS este CRAS está classificado na segunda colocação entre os piores e mais favorecedores ao adoecimento pelo trabalho.

No bloco CT, dos dez indicadores analisados, os sujeitos da pesquisa classificaram 50% deles como grave, indicando grande risco de adoecimento e exigindo providências imediatas pela gestão municipal. São eles:

- ✓ As condições de trabalho são precárias;
- ✓ Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas;
- ✓ Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários;
- ✓ As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas;
- ✓ O material de consumo é insuficiente.

Este indicador avaliado de forma negativa pelos trabalhadores do Jardim Bandeirantes reflete diretamente na Dimensão Estrutura Física que diminuiu nos anos de 2016 para 2017.

No bloco Organização do Trabalho, foi considerado grave o seguinte indicador:

- ✓ O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas.

A gestão municipal de Maracanaú não vem conseguindo, como se vê nos resultados, manter um quadro mínimo de servidores para atender às demandas da população da assistência social. A NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2006) que preconiza o quantitativo mínimo de trabalhadores nas equipes PAIF dos CRAS, que é de cinco profissionais, não vem sendo garantida. Hoje existe uma discussão mais ampliada do que seja e do que uma equipe de referência pode dar conta, dentro do universo de demandas sociais dos usuários da política de assistência social. No entanto, Maracanaú não tem como dar prosseguimento a tal discussão, ou seja, de ampliação da equipe de referência se nem o mínimo está sendo garantido.

Não houve no bloco de Organização do Trabalho nenhum indicador sendo considerado potencializador para saúde do trabalhador neste CRAS.

Por fim, no bloco de Relações Socioprofissionais nenhum indicador foi considerado grave. Para este mesmo bloco, existe um fator potencializador das relações socioprofissionais que é o da equipe não considerar que haja disputas profissionais no ambiente de trabalho.

Dos quatro sujeitos participantes do questionário EACT, três indicaram terem adoecido em decorrência das condições de trabalho em que se encontravam o que corresponde a um percentual de 75%. As principais doenças destacadas para este grupo foram hérnia de disco, fascite plantar, cefaleia, dores no corpo, cansaço seguido de sonolência e estresse.

9.6 Centro de Referência de Assistência Social Jereissati: “O plantador”

“[...] Quanto mais eu caminho, mais eu vejo estrada...” Geraldo Vandré

Inaugurado em 01 de março de 2006, o CRAS Jereissati foi o segundo CRAS ser criado no processo de expansão do SUAS. É considerado urbano central⁴¹, com capacidade de referenciamento de até 5.000 mil famílias, funciona de segunda a sexta-feira em prédio patrimonial, oito horas por dia (BRASIL, 2018).

É realizado pela equipe PAIF desta unidade as seguintes atividades e ações: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; elaboração do plano de acompanhamento familiar; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial e encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) (BRASIL, 2018).

O CRAS Jereissati é o CRAS com maior número de atendimentos particularizados do município, olhar Tabela 18. Ele figura em quarto lugar em quantidade de famílias em acompanhamento familiar e o ocupa a sétima posição em visitas domiciliares.

O baixo número de visitas domiciliares dá-se pela enorme demanda espontânea que esse CRAS recebe cotidianamente, segundo relato de trabalhadora. Isto inviabiliza uma rotina que contemple a busca ativa de famílias que por ventura não conheçam e não tenham como ir ao serviço (Diário de Campo, 2018).

De acordo com a Tabela 18, o CRAS Jereissati nos anos de 2016 para 2017 teve um aumento da sua demanda de atendimento particularizado, bem como de inserção das famílias em acompanhamento familiar. No mesmo período, ocorreu um aumento na oferta dos

⁴¹ O CRAS Jereissati é o único CRAS de Maracanaú considerado urbano periférico. A nomenclatura significa que este CRAS é instalado em região central da área urbana do município, mesmo que por ventura atenda a famílias que morem na área rural (BRASIL, 2018).

serviços e benefícios por esta unidade. No entanto, a equipe de referência deste CRAS diminuiu no mesmo período, ver Tabela 19.

O reduzido número de servidores para atender à demanda crescente do Jereissati é sinônimo de muita inquietação entre os integrantes da equipe (Diário de Campo, 2018).

Tabela 18 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE

CRAS Jereissati	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	68	142	167	5506	9343	4722	407	377	336

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Tabela 19 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	5	5	2	2
Dimensão Serviços e Benefícios	2	4	2	3
Dimensão Recursos Humanos	5	3	5	4
ID CRAS	4	4	3	3

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Embora seja um CRAS com um amplo espaço físico, sua estrutura demonstra uma apartação entre os serviços que ocorrem dentro do CRAS pelo mau planejamento da arquitetura do imóvel público. Isto que decorre do fato deste espaço ter sido criado inicialmente para atender a outro serviço da prefeitura de Maracanaú e que com a inexistência do mesmo a estrutura foi aproveitada para o funcionamento do CRAS (Diário de Campo, 2018). Assim, dentre esse e outros motivos, o CRAS Jereissati aparece hoje com uma das piores estruturas físicas para trabalho no município de Maracanaú, observado na Tabela 19.

Seguem as Figuras 21, 22, 23, 24, 25 e 26 que retratam o espaço físico do CRAS Jereissati.

Figura 21 – Espaço geral para as atividades coletivas do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 22 – Espaço geral para as atividades particularizadas do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 23 – Espaço aberto do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018



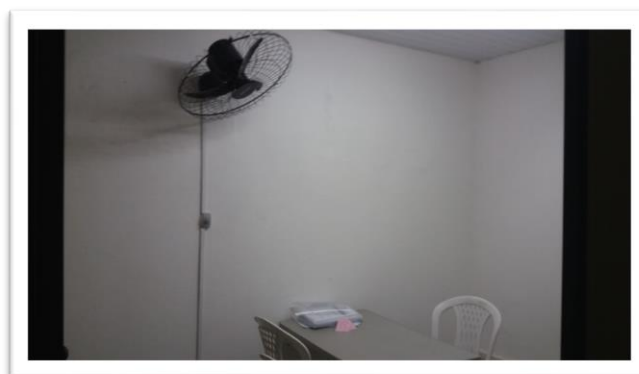
Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 24 – Recepção do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 25 – Uma das Salas de atendimento técnico de nível superior do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 26 – Sala de atendimento de nível médio do CRAS Jereissati, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

A Figura 26 mostra a sala de atendimento de cadastro único do Jereissati. Observamos que não há o resguardo do sigilo das informações dos usuários para o

profissional de nível médio, isso porque, como o cadastro é composto por uma série de perguntas de cunho privativo daquelas famílias, a separação do ambiente por essas divisórias não impede que todos os que estejam ali escutem a vida uns dos outros (Diário de Campo, 2018).

O CRAS Jereissati passa também por situações complicadas, tanto para os trabalhadores, como para os usuários dos serviços desta unidade. Como o CRAS não possui um processo de escoamento da água adequado, em tempos de chuva ocorre o alagamento das áreas que dão acesso ao CRAS, de acordo com a Figura 27. Uma situação precária que precisa ser administrada por todos que precisam estar nesse espaço físico.

Figura 27 – Situação do CRAS Jereissati em dias de chuva, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Essas são as condições que os trabalhadores e usuários dos serviços do CRAS Jereissati estão imersos.

A pesquisa identificou que dos cinco servidores que participaram no preenchimento dos questionários da EACT, no item Condições de Trabalho (CT), Organização do Trabalho (OT) e Relações Socioprofissionais (RS) obteve-se, respectivamente, 4,28, 3,32 e 1,52 de resultado, indicando situação crítica e favorecedora de adoecimento no trabalho para os dois primeiros aspectos. A pesquisa demonstrou que no item RS este CRAS apresenta relações fortalecedoras de bem-estar no trabalho sem indicativo de adoecimento neste item.

Numa classificação geral, o CRAS Jereissati encontra-se em primeiro lugar para as piores CT dos CRAS de Maracanaú. Para OT este CRAS ocupa a quarta posição e para o bloco das RS este CRAS está classificado na primeira colocação entre os melhores e mais favorecedores de relações saudáveis de e no trabalho.

No bloco CT, dos dez indicadores analisados, os sujeitos da pesquisa classificaram 90% deles como grave, indicando grande risco de adoecimento e exigindo providências imediatas pela gestão municipal. São eles:

- ✓ As condições de trabalho são precárias;
- ✓ O seu ambiente físico é desconfortável;
- ✓ O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado;
- ✓ Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas;
- ✓ O local de trabalho é inadequado para a realização das tarefas;
- ✓ Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários;
- ✓ O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado;
- ✓ As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas;
- ✓ O material de consumo é insuficiente.

O bloco CT tem relação direta com o indicador sintético do IDCRAS dimensão de estrutura física que para o CRAS Jereissati foi insatisfatório no ano de 2017, como mostra a Tabela 19.

A pesquisa mostrou que no bloco Organização do Trabalho dos onze indicadores, 45,45% deles foram considerados graves, seguem quais:

- ✓ O ritmo de trabalho é excessivo;
- ✓ O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas;
- ✓ Os resultados esperados estão fora da realidade;
- ✓ Falta tempo para realizar pausa de descanso no trabalho;
- ✓ As tarefas executadas sofrem descontinuidade.

Um CRAS com a dimensão do Jereissati não pode ter como indicativo a equipe básica de referência que a NOB-RH/SUAS prevê. A falta de ampliação da equipe PAIF para a execução dos serviços implica diretamente na saúde dos trabalhadores desta unidade. Fato este constatado na avaliação grave para o indicador OT.

É preciso destacar também que no bloco OT, a pesquisa identificou a presença de elementos potencializadores para a OT, sendo eles:

- ✓ A não intensificação de fiscalização no desempenho das atividades;

- ✓ A inexistência de divisão entre quem planeja e quem executa na unidade;
- ✓ As tarefas não são repetitivas.

Estes elementos destacados pelos sujeitos da pesquisa fazem alusão direta a uma boa gestão local que minimiza os impactos de outras questões que estimulam relações de trabalho não saudáveis, causadoras de impactos na saúde do trabalhador.

Por fim, no bloco de Relações Socioprofissionais nenhum indicador foi considerado grave. Para este mesmo bloco, dos dez indicadores, 100% foram declarados como catalizadores de bem-estar.

Dos cinco sujeitos participantes do questionário EACT, 80% indicaram terem adoecido em decorrência das condições de trabalho em que se encontravam. As principais doenças destacadas para este grupo foram estafa mental, chikungunha (três sujeitos indicaram terem adquirido essa doença no local de trabalho), estresse e ansiedade.

9.7 Centro de Referência de Assistência Social Mucunã: “*O que será*”

“[...]Será, que será? O que não tem certeza nem nunca terá. O que não tem conserto nem nunca terá. O que não tem tamanho. O que será, que será?...” Chico Buarque.

Implantado em 01 de junho de 2008, o CRAS Mucunã foi o quinto CRAS ser criado pela expansão do SUAS no município de Maracanaú. É considerado urbano periférico, com capacidade de referenciamento de até 5.000 mil famílias. Funciona de segunda a sexta-feira em prédio próprio, oito horas por dia (BRASIL, 2018).

A equipe PAIF desta unidade executa as seguintes atividades e ações: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; elaboração do plano de acompanhamento familiar; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial e encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) (BRASIL, 2018).

O CRAS Mucunã possui, dentre os CRAS de Maracanaú, a segunda colocação no que diz respeito à quantidade de famílias em acompanhamento familiar, a nona classificação em número de atendimentos particularizados e é o último CRAS na quantidade de visitas domiciliares realizadas pela equipe PAIF, olhar Tabela 20.

O CRAS Mucunã possui uma unidade de segurança alimentar (cozinha comunitária) sob a responsabilidade operacional da equipe do CRAS, que embora tenha a supervisão e gerenciamento maior pelo setor da Inclusão Produtiva do município, grande parte da demanda dos usuários deve ser tratada pela equipe PAIF local (Diário de Campo, 2018).

De acordo com dados do RMA, analisados no triênio (2016-2018), conforme Tabela 20, o CRAS Mucunã apresentou diminuição na quantidade total de atendimentos às famílias. No mesmo período, embora tenha ocorrido essa diminuição, sucedeu-se um aumento na oferta dos serviços e benefícios por esta unidade, de acordo com IDCRAS quadrienal da Tabela 21. O que nos leva a crer na possibilidade de qualificação dos serviços ofertados por esta unidade social.

Tabela 20 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE

CRAS Mucunã	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	195	172	183	4782	2711	1175	185	75	92

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Tabela 21 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	2	4	4	4
Dimensão Serviços e Benefícios	1	2	2	5
Dimensão Recursos Humanos	5	5	5	5
ID CRAS	2,67	3,67	3,67	4,67

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

O IDCRAS do Mucunã aparece como um dos melhores dentre os CRAS de Maracanaú, onde o valor apresenta uma crescente ao longo dos anos, de acordo com a Tabela 23.

Sobre os espaços do CRAS Mucunã, a pesquisadora registrou as seguintes imagens, a fim de retratar com mais propriedade aspectos desta unidade, olhar as Figuras 28, 29, 30 e 31.

Figura 28 – Frente do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018



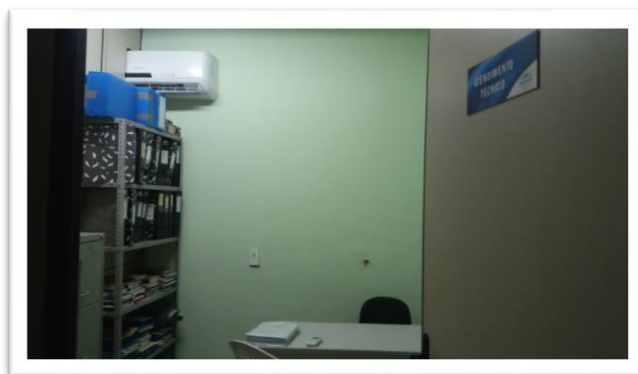
Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 29 – Recepção do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 30 – Sala de Atendimento técnico de nível superior CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 31 – Espaço externo do CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

O acesso ao CRAS Mucunã apresenta o retrato social da maioria das famílias maracanauenses. Na Figura 32, vemos ruas não asfaltadas, falta de saneamento básico, além de conflitos locais, ocasionados por grupos rivais por conta do tráfico de drogas (Diário de Campo, 2018).

Figura 32 – Rua de acesso ao CRAS Mucunã, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Os elementos relacionados acima mostram a dimensão e a importância do poder público investir em políticas de caráter social.

A pesquisa identificou que dos dois servidores que participaram no preenchimento dos questionários da EACT, no item Condições de Trabalho (CT), Organização do Trabalho (OT) e Relações Socioprofissionais (RS) obteve-se, respectivamente, 3, 3,49 e 2,7 de resultado, indicando situação crítica e favorecedora de adoecimento no trabalho para os três itens.

Numa classificação geral, o CRAS Mucunã encontra-se como o melhor CRAS em relação às CT dos CRAS de Maracanaú. Para OT este CRAS ocupa a segunda pior posição e para o bloco das RS este CRAS está classificado na terceira pior colocação dentre os CRAS.

No bloco CT, dos dez indicadores analisados, nenhum deles foi considerado grave, sendo todos classificados como crítico o que significa apenas a indicação de risco para o adoecimento.

A pesquisa mostrou que no bloco Organização do Trabalho dos onze indicadores, 36,36% deles foram considerados graves, seguem:

- ✓ O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas;
- ✓ Os resultados esperados estão fora da realidade;
- ✓ As tarefas são repetitivas;
- ✓ As tarefas executadas sofrem descontinuidade.

Não foi identificado nesta pesquisa nenhum resultado satisfatório para o bloco OT do CRAS Mucunã.

Por fim, no bloco de Relações Socioprofissionais nenhum indicador foi considerado grave. Para este mesmo bloco, dos dez indicadores, 90% foram declarados como crítico, ou seja, indicativo de situação limite para o adoecimento dos trabalhadores. No entanto, um indicador do bloco RS foi considerado satisfatório, sendo ele, o que fala sobre as informações necessárias para a execução das atividades que são de fácil acesso.

Dos dois sujeitos participantes do questionário EACT, 50% indicou ter adoecido em decorrência das condições de trabalho em que se encontravam. As doenças destacadas foram estresse, fadiga, enxaqueca, taquicardia e ansiedade.

9.8 Centro de Referência de Assistência Social Pajuçara: “*Simples desejo*”

“[...] Hoje eu só quero que o dia termine bem...”. Gilberto Gil

O CRAS Pajuçara foi inaugurado no dia 16 de setembro de 2010. É considerado urbano periférico, com capacidade de referenciamento de até 5.000 mil famílias. Funciona de segunda a sexta-feira em prédio próprio, oito horas por dia (BRASIL, 2018).

São atividades e ações executadas pela equipe PAIF: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; elaboração do plano de acompanhamento familiar; atendimento particularizado às famílias; registro do

acompanhamento familiar em prontuário; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial e encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) (BRASIL, 2018).

O CRAS Pajuçara possui, dentre os CRAS de Maracanaú, a quinta colocação no que diz respeito à quantidade de famílias em acompanhamento familiar, a segunda classificação em número de atendimentos particularizados e o quarto lugar na quantidade de visitas domiciliares realizadas pela equipe PAIF, olhar Tabela 22.

O CRAS Pajuçara dispõe de uma unidade de segurança alimentar (cozinha comunitária) sob sua responsabilidade operacional, que embora tenha a supervisão e gerenciamento maior pelo setor da Inclusão Produtiva do município, grande parte das demandas dos usuários devem ser tratadas pela equipe PAIF local (Diário de Campo, 2018).

De acordo com dados do RMA, analisados no triênio (2016-2018), conforme Tabela 22, o CRAS Pajuçara apresentou aumento em todas as ações PAIF ao longo desses três anos. Embora o Pajuçara figure entre as piores notas de IDCRAS na dimensão estrutura física no ano de 2017 e sua equipe não configure com a equipe mínima de referência PAIF no mesmo período, ele continua a ofertar todos os serviços destinados à proteção social básica, olhar Tabela 23.

Tabela 22 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018

CRAS Pajuçara	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	119	123	113	6127	7647	3718	293	590	633

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Tabela 23 – Quadriênio IDCRAS (2014-2017) do CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	2	2	2	2
Dimensão Serviços e Benefícios	5	2	2	5
Dimensão Recursos Humanos	5	5	5	2
ID CRAS	4	3	3	3

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

O IDCRAS do Pajuçara aparece como um dos cinco piores de Maracanaú. O prédio patrimonial herdado do antigo serviço pelo Pajuçara não garante um local satisfatório para o atendimento das especificidades das famílias da política de assistência social. A busca pela qualidade na oferta dos serviços parte única e exclusivamente da equipe, já que mesmo com a equipe PAIF reduzida para a crescente demanda⁴², a dimensão de serviços e benefícios teve aumento nos anos de 2016 para 2017 (Diário de Campo, 2018).

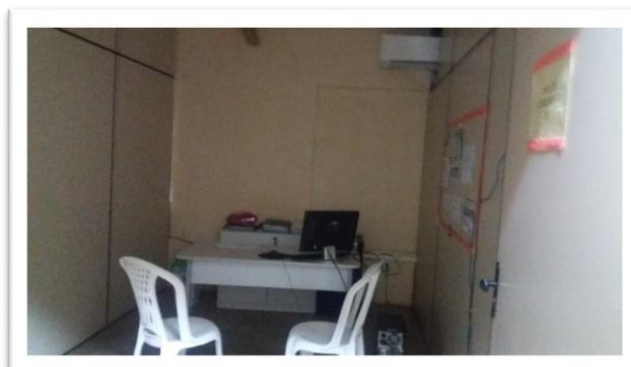
Segue abaixo, Figuras 33, 34 e 35, o registro realizado pela pesquisadora do CRAS Pajuçara.

Figura 33 – Frente CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018

Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

⁴² No ano de 2018, o CRAS Pajuçara recebeu perto de seu território de referência um empreendimento relacionado ao Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV) do governo Federal em parceria com o Estado e com os municípios, chamado de Orgulho do Ceará II. O empreendimento destinado às famílias de baixa renda contém 2.096 unidades habitacionais, com um investimento total de 136.240 milhões de reais, em que 50% são destinados para o governo municipal de Maracanaú. No entanto, embora parte das unidades já tenham sido entregues à população, os equipamentos públicos para atendê-la ainda não foram providenciados, tais como, creches, escolas, CRAS, postos de saúde, bem como, transporte público no local. O governo do Estado, através da matriz de responsabilidade assinada em 2013, ficou de providenciar o acesso dessas famílias a esses serviços públicos, mas o que se vê, até o presente momento, é que as famílias estão quase totalmente desassistidas e que estão sendo tomadas medidas paliativas para suprir a demanda que surge. Para a equipe PAIF do CRAS Pajuçara o que resta é a tentativa de atendimento dessa demanda de mais de duas mil famílias sem as condições e equipes necessárias. O governo municipal tenta criar estratégias para atender parcialmente as famílias até a construção das unidades públicas perto do empreendimento (Diário de Campo, 2018).

Figura 34 – Sala de atendimento técnico nível superior CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 35 – Ambiente externo CRAS Pajuçara, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Deste modo, para que ocorra uma eficiente operacionalização da política pública neste espaço, faz-se necessário investir mais no quantitativo humano, além do que proporcionar o acesso da equipe aos recursos necessários mais básicos ao trabalho social com famílias, tais como, carro, internet de qualidade, telefone, lanche para as famílias que frequentam as atividades, acessibilidade do espaço às pessoas com deficiência, dentre outros (Diário de Campo, 2018).

A pesquisa identificou que dos seis servidores que participaram no preenchimento dos questionários da EACT, no item Condições de Trabalho (CT), Organização do Trabalho (OT) e Relações Socioprofissionais (RS) obteve-se, respectivamente, 3,31, 2,66 e 2,1 de resultado, indicando situação crítica e favorecedora de adoecimento no trabalho para o item CT e OT. Sendo que as RS neste CRAS aparecem como ponto satisfatório.

Dados da pesquisa mostram que o CRAS Pajuçara, numa classificação geral, encontra-se em sexto lugar em relação às CT dos CRAS de Maracanaú. Para OT este CRAS

figura na melhor colocação e para o bloco das RS este CRAS está classificado no quinto melhor lugar dentre os CRAS.

No bloco CT, dos dez indicadores analisados, dois deles foram considerados graves pelos sujeitos da pesquisa, são eles:

- ✓ As condições de trabalho são precárias;
- ✓ Existe muito barulho no ambiente de trabalho.

O restante dos indicadores no bloco CT foram considerados críticos.

A pesquisa mostrou que no bloco Organização do Trabalho dos onze indicadores, 54,54% deles foram considerados críticos, 36,36% foram considerados satisfatórios e somente 9,09% mostraram-se grave, sendo o que fala sobre as tarefas serem repetitivas.

Por fim, no bloco de Relações Socioprofissionais nenhum indicador foi considerado grave. Para este bloco, dos dez indicadores, 20% foram declarados como crítico, ou seja, indicativo de situação limite para o adoecimento dos trabalhadores. Para este bloco o que se sobressaiu foi um alto nível de satisfação relacionado às RS, onde 80% dos sujeitos pesquisados consideraram que o ambiente de trabalho, no que diz respeito às relações, possui boa integração e que deve ser mantido.

Dos seis sujeitos participantes do questionário EACT, 16,67% indicou ter adoecido em decorrência das condições de trabalho em que se encontravam. As doenças destacadas foram LER e alergia.

9.9 Centro de Referência de Assistência Social Parque São João: “Asa Branca”

*“Quando oiei a terra ardendo qual fogueira de São João, eu
preguntei a Deus do céu, ai
Por que tamanha judiação...”. Luiz Gonzaga*

O CRAS Parque São João foi criado no dia 02 de agosto de 2010, tem suas características consideradas com uma unidade pública urbana periférica, com capacidade máxima de referência de 5.000 mil famílias, cinco dias por semana e oito horas por dia. Este CRAS é o único de Maracanaú a funcionar em prédio alugado. (BRASIL, 2018).

As atividades e ações executadas pela equipe PAIF são: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; elaboração do plano de acompanhamento familiar; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares;

palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial e encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) (BRASIL, 2018).

Segundo informações de domínio público, disponibilizadas pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e vigilância socioassistencial (2018), no triênio de 2016 a 2018, ocorreu um aumento no número de famílias acompanhadas pela equipe de referência, bem como no número de famílias incluídas em visita domiciliar, ao passo que, houve uma diminuição no total de atendimentos particularizados nos anos de 2016 para 2017, olhar Tabela 24.

Tabela 24 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE

CRAS Parque São João	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	63	82	81	3218	2348	868	637	950	304

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

O CRAS Parque São João intensificou a busca ativa de famílias do seu território nos anos de 2016 para 2017. Esta intensificação classifica esta unidade como a primeira em visitas domiciliares. A saída da equipe técnica dos muros da unidade, a fim de se proporcionar um maior alcance desta política social, pode estar relacionada ao CRAS Parque São João estar localizado em zona de fronteira com o município de Fortaleza, o que dificultaria o acesso das famílias de Maracanaú ao espaço físico do CRAS. Essa dificuldade está relacionada com o baixo volume de atendimento particularizado deste CRAS, ele ocupa a última colocação neste ponto no ano de 2017, olhar Tabela 24.

Outro ponto de atenção, diz respeito ao IDCRAS do Parque São João, Tabela 25, em que o mesmo, juntamente com o CRAS Indígena e Antônio Justa, ocupa as três piores classificações no quesito dimensão de estrutura física.

Tabela 25 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	4	1	1	1
Dimensão Serviços e Benefícios	3	2	3	5
Dimensão Recursos Humanos	5	5	5	5
ID CRAS	4	2,67	3	3,67

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

A pesquisadora, quando foi a campo, constatou um CRAS com espaço físico desfavorável para o trabalho social com famílias. Trata-se de uma casa residencial improvisada para uso do serviço público em que a insalubridade, a falta de espaço, o barulho, a falta de sigilo profissional, a falta de uma sala apropriada para atividades coletivas, são uma constante, como pode ser observado nas Figuras 36, 37, 38 e 39. Os usuários da política de assistência social encontram neste espaço um local sem acessibilidade, escuro e sem ventilação adequadas, tornando-o pouco atrativo para permanência duradoura. A equipe, bem como os usuários, amontoa-se em busca de garantir um melhor local para permanência (Diário de Campo, 2018).

Figura 36 – Frente do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 37 – Recepção do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018



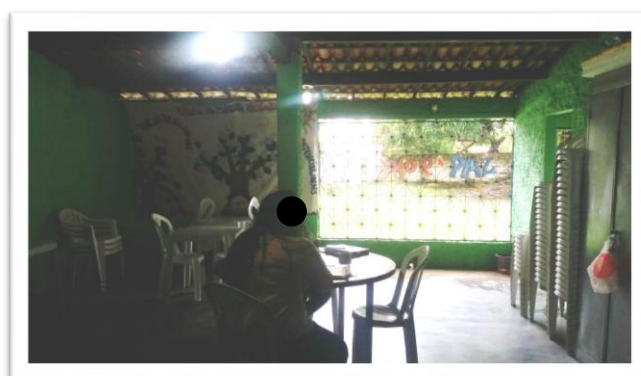
Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 38 – Sala da coordenação e administrativo do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 39 – Espaço para atividades coletivas do CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Se o CRAS oferece essas condições físicas, o acesso ao mesmo continua não sendo facilitado pela gestão municipal. O que percebemos é um local com pouca ou nenhuma

acessibilidade, não central às famílias de Maracanaú e ruas sem saneamento básico, conforme Figura 40.

Figura 40 – Rua de acesso ao CRAS Parque São João, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Todo esse cenário impacta diretamente, tanto na oferta dos serviços sociais à população, como nos processos de trabalho e organização dos técnicos PAIF do Parque São João. Reforçando um sentimento de impotência e descrença em mudanças tanto pelos profissionais como pelos usuários deste serviço⁴³ (Diário de Campo, 2018).

Partindo para a análise dos cinco servidores que participaram do preenchimento dos questionários da EACT, no item Condições de Trabalho (CT), Organização do Trabalho (OT) e Relações Socioprofissionais (RS) obteve-se, respectivamente para esta unidade, 4,1, 3,14 e 1,84 de resultado, indicando situação grave para as CT, crítica para as OT e satisfatória para as RS neste CRAS.

Dados da pesquisa mostram que o CRAS Parque São João, numa classificação geral, encontra-se em segundo lugar em relação às CT dos CRAS de Maracanaú, perdendo somente para o CRAS Jereissati. Para OT este CRAS figura na sétima colocação dentre os mais críticos e para o bloco das RS este CRAS está classificado entre os três melhores.

No bloco CT, dos dez indicadores analisados, 80% deles foram considerados graves pelos sujeitos da pesquisa, são eles:

- ✓ As condições de trabalho são precárias;
- ✓ O seu ambiente físico é desconfortável;
- ✓ Existe muito barulho no ambiente de trabalho;

⁴³ Existe a proposta de construção de um novo espaço físico para o CRAS Parque São João pela prefeitura de Maracanaú. Esta proposta já existe há mais de quatro anos e ainda não se concretizou (Diário de Campo, 2018).

- ✓ Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas;
- ✓ O local de trabalho é inadequado para a realização das tarefas;
- ✓ Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários;
- ✓ O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado;
- ✓ O material de consumo é insuficiente.

O restante dos indicadores no bloco CT foram considerados críticos.

A pesquisa mostrou que no bloco Organização do Trabalho dos onze indicadores, 72,72% deles foram considerados críticos, 18,18% foram considerados graves e 9,09% mostraram-se satisfatório. Seguem os indicadores do bloco OT considerados graves, já que indicam um forte risco à saúde do trabalhador:

- ✓ O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas;
- ✓ As tarefas são repetitivas.

Por fim, no bloco de Relações Socioprofissionais nenhum indicador foi considerado grave. Dos dez indicadores considerados, 10% foram declarados como crítico, ou seja, indicativo de situação limite para o adoecimento dos trabalhadores. Para este bloco o que se sobressaiu foi um alto nível de satisfação relacionado às RS, onde 90% dos sujeitos pesquisados consideraram que o ambiente de trabalho, no que diz respeito às relações, possui boa integração e deve ser mantido.

Dos cinco servidores PAIF que responderam ao questionário EACT, 40% indicou ter adoecido em decorrência das condições de trabalho em que se encontravam. As doenças destacadas foram ansiedade, gastrite e crise alérgica.

9.10 Centro de Referência de Assistência Social Timbó: “Construção”

“[...] Subiu a construção como se fosse sólido ergueu no patamar quatro paredes mágicas tijolo com tijolo num desenho lógico Seus olhos embotados de cimento e tráfego...”. Chico Buarque

O CRAS Timbó foi o último CRAS implantado no município de Maracanaú atendendo ao processo de expansão do SUAS. Sua data de criação data do dia 12 de maio de 2015. O mesmo possui capacidade de referenciação de até 5.000 mil famílias. Funciona hoje em prédio patrimonial, localizado em área urbana periférica, de segunda a sexta, oito horas por dia (BRASIL, 2018).

Este CRAS executa as seguintes atividades cotidianamente: acolhida em grupo e particularizada; acompanhamento familiar e dos encaminhamentos realizados; atendimento particularizado às famílias; registro do acompanhamento familiar em prontuário; grupo/oficinas com as famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas; apoio a obtenção de documentação oficial e encaminhamentos para rede socioassistencial, intersetorial, para obtenção de benefícios eventuais e inserção/atualização de famílias no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico), com exceção da elaboração do plano de acompanhamento familiar (BRASIL, 2018).

O CRAS Timbó surgiu para atender às famílias que pertenciam anteriormente ao CRAS Jereissati e foi desmembrado por conta de uma melhor referenciação para as famílias do território. De acordo com dados disponibilizados pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e vigilância socioassistencial (2018), no triênio de 2016-2018, que podem ser visualizados individualmente na Tabela 26, o CRAS Timbó apresenta o maior número de famílias em acompanhamento familiar dos CRAS de Maracanaú. Ocupa ainda a sexta colocação em volume de atendimentos particularizados e o oitavo em visitas domiciliares. O volume individual de atendimentos particularizados deste CRAS aumentou consideravelmente dos anos 2016 para 2017, muito embora sua dimensão em recursos humanos tenha diminuído em igual período, de acordo com a Tabela 27.

O CRAS Timbó passou por um processo de estruturação desde a sua inauguração, no que diz respeito a busca ativa das famílias, o conhecimento das demandas territoriais e com isso, expandiu a oferta dos seus serviços e benefícios nos anos de 2016 para 2017. Essa expansão dos serviços deu-se na contramão da expansão dos recursos humanos.

Tabela 26 – Triênio (2016-2018) do quantitativo de atividades do CRAS Timbó, Maracanaú-CE

CRAS Timbó	Total de famílias em acompanhamento familiar			Total de atendimentos particularizados			Total de visitas domiciliares		
	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*	2016	2017	2018*
	145	204	219	2931	3414	2097	560	365	424

* Dados até Julho/2018.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Tabela 27 – Quadriênio (2014-2017) IDCRAS do CRAS Timbó, Maracanaú-CE

Referência	2014	2015	2016	2017
Dimensão Estrutura Física	-	-	3	3
Dimensão Serviços e Benefícios	-	-	2	5
Dimensão Recursos Humanos	-	-	3	2
ID CRAS	-	-	2,67	3,33

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

Atrelado a essa situação, pesa sobre o CRAS Timbó a questão da própria estrutura física. O CRAS Timbó já aparece no cenário municipal com os problemas enfrentados por CRAS antigos. Ergueram-se as paredes e não proporcionaram as condições humanas e materiais para a execução dos serviços (Diário de campo, 2018).

Dentre os problemas enfrentados por esta unidade pública, temos o de um CRAS totalmente tomado por infiltrações e deteriorações estruturais não inteligíveis aos trabalhadores e usuários que frequentam diariamente a unidade. Segundo relato de servidores que estavam presentes no ato da visita da pesquisadora, os problemas com infiltrações surgiram logo nos primeiros meses de inauguração, agravando-se com os períodos de chuva. O que se sente no local é um forte mau cheiro de mofo, intensificado pela pouca ventilação do local. Observar figuras 41, 42, 43, 44, 45, 46 e 47 (Diário de campo, 2018).

Figura 41 – Frente do CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018

Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 42 – Rol de acesso às salas do CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018



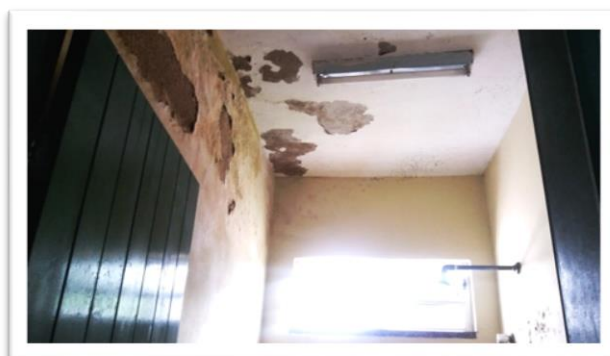
Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 43 – Parte interna do almoxarifado do CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 44 – Parte interna do banheiro feminino do CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 45 – Parte interna da sala de atendimento de nível médio CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018



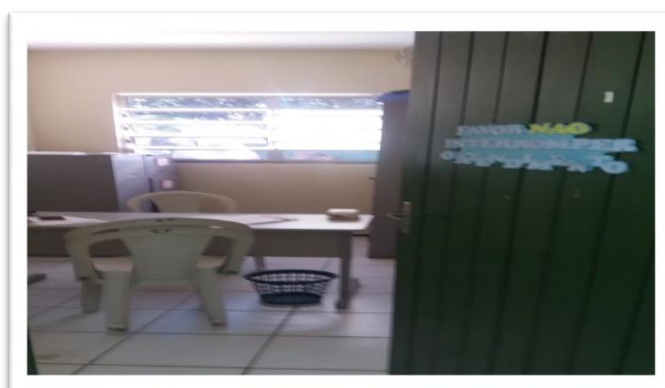
Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 46 – Sala para atividades coletivas CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

Figura 47 – Sala de atendimento de nível superior CRAS Timbó, Maracanaú-CE, 2018



Fonte: Registro da pesquisadora (2018).

De acordo com trabalhadores, a situação é de ciência da gestão municipal, que pouco ou quase nada tem feito para sanar os problemas (Diário de campo).

Dentro dessa realidade, cinco foram os servidores PAIF que aceitaram participar da pesquisa respondendo ao questionário EACT. A pesquisa identificou os seguintes resultados para o Timbó sobre as Condições de Trabalho (CT), Organização do Trabalho (OT) e Relações Socioprofissionais (RS), respectivamente, 3,98, 3 e 2,28. Na média geral, o CRAS Timbó apresenta 3,09 de resultado para as três categorias analisadas, indicando um cenário limite e propiciador de adoecimento pelo trabalho. Numa classificação geral, o Timbó ocupa a terceira posição para as piores condições de trabalho nos CRAS de Maracanaú, a oitava pior colocação para os aspectos da organização do trabalho e nas relações socioprofissionais a quarta pior colocação.

Em relação às CT, a pesquisa constatou que dos dez indicadores deste bloco, os servidores indicaram que 70% são graves e 30% são críticos. Não foi identificado nenhum indicador satisfatório neste bloco. Destacamos a seguir os indicadores graves, pois eles são considerados negativos e já indicam mal-estar no trabalho com grande risco de adoecimento, são eles:

- ✓ As condições de trabalho são precárias;
- ✓ O seu ambiente físico é desconfortável;
- ✓ Existe muito barulho no ambiente de trabalho;
- ✓ O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado;
- ✓ Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas;
- ✓ Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários;
- ✓ O material de consumo é insuficiente.

Relacionado ao bloco que trata da OT, a pesquisa percebeu que dos onze indicadores considerados, os servidores disseram que 81,82% são críticos e 18,18% são satisfatórios. Não foram percebidos indicadores graves neste bloco.

Dentro da conjuntura em que os trabalhadores estão, sobre os dois indicadores da OT que foram considerados satisfatórios, ou seja, que potencializam o trabalho nesta unidade temos a pouca exigência por atingir resultados e a flexibilidade relacionada às normas para execução das atividades. Isto decorre de uma gestão local de pessoas pautada no entendimento dos limites da equipe PAIF, visto o cenário em que se trabalha.

Por último, sobre as RS, a pesquisa detectou que dos dez indicadores relacionados, os participantes disseram que 60% são satisfatórios, 30% são críticos e 10%

grave. O indicador grave que apareceu neste bloco é sobre a falta de integração entre os membros da equipe.

Foi identificado pela pesquisa que dos cinco servidores, 60% disseram que adoeceram por conta das condições de trabalho em que se encontram. As doenças identificadas foram: gastrite; doenças alérgicas; LER e gripe.

10 A REALIDADE DOS TRABALHADORES DOS CRAS DE MARACANAÚ-CE: RELAÇÕES DE TRABALHO SOB O PONTO DE VISTA DOS ENTREVISTADOS

Neste momento, a pesquisadora irá se apropriar das falas dos sujeitos da pesquisa, a fim de trazer outros aspectos que o questionário não possibilitou. Como forma de preservação da identidade dos onze sujeitos participantes da entrevista, a pesquisa adotou os nomes *Altruísmo*, *Amizade*, *Cidadania*, *Consciência*, *Dignidade*, *Esperança*, *Ética*, *Felicidade*, *Humanização*, *Idealismo* e *Justiça* para designar cada participante.

Estas entrevistas, cujo roteiro encontra-se no Apêndice 7, abordaram, dentre outros, os seguintes assuntos: identidade; sociabilidade; situações de trabalho; vivências e representações sobre o adoecimento no trabalho.

O material coletado foi preparado e analisado da seguinte forma:

1. Transcrição literal de todas as entrevistas gravadas. Isto possibilitou enriquecer o conteúdo a ser interpretado;
2. Destacamos do texto elementos, expressões, que puderam fazer relação entre o adoecimento e as condições de trabalho desses sujeitos, bem como, aspectos do trabalho percebidos como negativos do ponto de vista da saúde;
3. Prosseguimos com a classificação dos dados a partir da mediação entre o que foi teoricamente abordado nesta pesquisa com os elementos empiricamente coletados.

Para tanto, consideramos relevante situar cada um dos onze participantes dessa segunda etapa da pesquisa.

Começamos por *Esperança* que é uma servidora de carreira do município. Graduada em pedagogia, *Esperança* atua no CRAS *Nise da Silveira* como técnica de nível superior há cerca de quatro anos; Passemos para *Felicidade* que é assistente social e trabalha no CRAS *Maria Quitéria*, através de contrato temporário exercendo a função de técnica de nível superior há dois anos; a outra participante da pesquisa é *Cidadania* que trabalha no CRAS *Clementina de Jesus* e exerce a função de coordenação. Está no município há cerca de cinco anos como servidora efetiva; *Justiça* é servidora efetiva. Trabalha no CRAS *Lina Bo Bardi* como coordenadora da unidade. Está no município há cinco anos, sempre lotada em CRAS; A outra trabalhadora é *Consciência*. Servidora de carreira cujo local de trabalho é no

CRAS *Maria Quitéria*. Está na prefeitura há cinco anos e atualmente está na função de coordenadora; *Amizade* é servidora do município com vinculação através de contrato temporário. Sua formação é em serviço social e está lotada no CRAS *Anita Garibaldi* como técnica PAIF há cerca de três anos; *Humanização* é assistente social, lotada no CRAS *Nise da Silveira* na função de técnico PAIF. É servidora de carreira e está no município há seis anos; *Dignidade* trabalha como técnica de nível superior no CRAS *Maria Quitéria* através de contrato temporário. Possui graduação em psicologia e está no município há dois anos; *Altruísmo* é servidor de carreira. Ocupa atualmente a função de coordenador do CRAS *Anita Garibaldi* e está no município há cerca de dez anos; *Idealismo* é assistente social, atua na equipe PAIF como técnico de nível superior. É servidor de carreira, trabalha no CRAS *Anita Garibaldi* e está no município há doze anos; Por fim, *Ética* é servidora de carreira há seis anos. Atualmente exerce a função de coordenadora do CRAS *Nise da Silveira*.

Passemos à percepção dos trabalhadores acerca do seu contexto de trabalho.

10. 1 Identidade: a construção coletiva de uma política pública

O trabalho social desenvolvido no CRAS exige o compromisso e a responsabilidade dos trabalhadores no que concerne à oferta dos serviços. O conhecimento histórico do caminho percorrido pela assistência social evita a condução assistencial e desfavorecedora da universalidade dessa política de direito.

Inúmeros desafios são postos para a execução da política de assistência social, muito embora nas últimas décadas tenham ocorrido avanços nesse campo. De uma forma geral, as políticas sociais carregam contradições inerentes ao capitalismo e representam formas históricas das lutas sociais dos trabalhadores e das constantes pactuações que nem sempre comportam as necessidades da maior parte da população (MAURIEL, 2012).

Dentro dessa perspectiva, o trabalhador de Maracanaú cria algumas identidades construídas por meio do dia a dia de exercício dentro dessa política. Tal identidade perpassa pela dimensão da garantia de direitos, do fortalecimento da política pública, da ética no exercício do trabalho, mas também pelas dificuldades próprias de um caminhar onde o sistema de proteção social brasileiro continua sendo universal apenas do ponto de vista do marco legal. Assim, *Felicidade* do CRAS *Maria Quitéria* diz que o trabalhador da assistência social deve “[...] ser um profissional comprometido com a política de Assistência Social”. O comprometimento que *Felicidade* indica está intimamente relacionado com a garantia de

direitos no âmbito da proteção social como reforça *Humanização* do CRAS *Nise da Silveira* “Um profissional que tá [...] trabalhando para a questão da garantia de direitos”.

As garantias de direitos faladas por *Humanização* referem-se ao que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) indica como objetivos para a Proteção Social Básica (PSB), sendo eles:

[...] prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras)” (BRASIL, 2004, p. 33).

No entanto, o marco legal construído, ao longo dos anos, na política de assistência social que é o de universalização no acesso aos que dela necessitam, encontram entraves na execução. E o que se percebe na prática é a crescente tendência à focalização na oferta para inclusão dos indivíduos nos serviços, programas e projetos (Werneck Vianna, 2008). Isso repercute diretamente na identidade criada pelos trabalhadores da política de assistência social, interferindo na oferta dos serviços à população, como falam os trabalhadores. Ser um trabalhador de CRAS é:

“[...] desafiador e frustrante (*ESPERANÇA*, CRAS *NISE DA SILVEIRA*)”;

“[...] Você se dedicar ao máximo, com a mínima condição que tem (*CIDADANIA*, CRAS *CLEMENTINA DE JESUS*)”;

“Um trabalhador que é cheio de desafios (*JUSTIÇA*, CRAS *LINA BO BARDI*)”;

“Para mim, ser trabalhadora do CRAS é um desafio! (*DIGNIDADE*, CRAS *MARIA QUITÉRIA*)”.

Outro aspecto que aparece na identidade coletiva dos trabalhadores é a identificação de ser um trabalhador do CRAS por conta dos vínculos profissionais criados. Deste modo, *Amizade* do CRAS *Anita Garibaldi* fala: “[...] tem sido assim bem satisfatório né, principalmente, em relação aos vínculos que eu tenho construído com a equipe [...] é bem gratificante assim trabalhar e ver algumas ações da gente que estão dando certo em relação aos usuários, em relação à comunidade”.

Falamos anteriormente do processo de reestruturação produtiva e como ele impactou distintamente nos inúmeros segmentos de trabalhadores. Com o advento do novo modelo de organização do trabalho, chamado de Toyotismo ou acumulação flexível, passou-

se a exigir um trabalhador mais flexível, polivalente⁴⁴ ou multifuncional (ANTUNES, 2009). A expressão polivalente, mais usual do setor produtivo aparece e se complexifica no mundo do serviço público e passa a ser marca da identidade dos trabalhadores dos CRAS de Maracanaú, como bem coloca *Altruísmo* do CRAS *Anita Garibaldi*: “Ser um trabalhador do CRAS é, primeiramente, tipo aqueles polivalentes que tem na escola né”. A identificação do trabalhador com a categoria polivalente retrata níveis acentuados de exploração e intensificação vivenciados pelo conjunto de trabalhadores dos CRAS em Maracanaú.

A pesquisa percebeu que, de uma forma geral, os trabalhadores dos CRAS de Maracanaú reconhecem a assistência social como política de direito, entendem seu contexto de trabalho no que diz respeito às dificuldades de operacionalização dos serviços em decorrência da focalização e desmonte dos serviços. E indicam a necessidade da aproximação e da ampliação do debate da política de assistência social dos fundamentos teóricos de justiça social na universalização dessa política social.

10.2 A centralidade do trabalho no CRAS: dilemas para o alcance dos objetivos da política de assistência social

O trabalho no Sistema único de Assistência Social (SUAS), especificamente nos CRAS, exige por parte dos entes federados o compromisso na continuidade da oferta dos serviços. E para que isso ocorra é necessário ir para além de ultrapassados mecanismos gerenciais de organização do trabalho. É preciso desprecarizar as condições de trabalho e aí se incluem os vínculos trabalhistas, as estruturas físicas e organizacionais, bem como o fortalecimento ético e político do próprio público atendido pela política de assistência social.

O esforço é coletivo e dá-se no âmbito das três esferas administrativas. O cenário histórico que se desenvolveu a assistência social induz à desvalorização do trabalho e dos trabalhadores dessa política social. Romper com esse cenário exige o compromisso político dos governantes pela gestão do trabalho no SUAS (SILVEIRA, 2011).

O capitalismo contemporâneo e suas condições promovem a criação de uma população de trabalhadores precarizados, pauperizados, flexibilizados, fragilizados politicamente em relação à organização coletiva e com inúmeras perdas de direitos (ANTUNES, 2009). Acrescido a isso, os trabalhadores das políticas sociais ainda sofrem com os desmontes inerentes à condução política partidária dos governantes.

⁴⁴ O perfil desse trabalhador é que ele possua uma visão geral dos vários processos de trabalho e possa fazer parte de cada um deles. A subjetividade do trabalhador é valorizada e ele é chamado a exercer várias funções, mesmo que não sejam de sua atribuição exclusiva (Antunes, 2009).

A partir desse olhar, os trabalhadores dos CRAS de Maracanaú comentam sobre o alcance dos objetivos do trabalho propostos nos CRAS e sua efetiva realização visto sua relação direta com as condições necessárias para alcançá-los.

Num contexto geral, *Esperança* não acredita que os objetivos de seu trabalho sejam alcançados. Sobre seu trabalho fala:

Como é que eu vou trabalhar para conseguir que uma família supere as vulnerabilidades de uma condição estrutural? Eu não consigo entender né, inclusive a política de assistência nesse sentido. Porque pra mim, a política ela tá mais para balançar as estruturas do que pra romper. Então, a gente fica fazendo voz, gritando, balançando, sacudindo, mas nunca a gente vai conseguir superar isso, né! O que são essas vulnerabilidades? É fome, é pobreza, é desemprego, é uma série de outras coisas e aí a gente vai fazer o que em relação a isso? Informar, orientar, encaminhar, isso não vai resolver o problema! Então, assim, eu não percebo que esse objetivo é alcançado, se o objetivo é a superação. Se o objetivo é a orientação, às vezes, agente consegue (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

A inquietação de *Esperança* dá-se no sentido do próprio enfraquecimento do trabalho com a rede socioassistencial e com as políticas setoriais. A intersetorialidade implica:

[...] uma concepção aberta de gestão, pois, ao somar-se o trabalho de várias políticas, integradas pela via do planejamento, da execução, do monitoramento e da avaliação amplia-se a possibilidade para a universalização dos serviços, como forma de acesso aos direitos socioassistenciais. A rigor, nenhuma política social sozinha pode universalizar direitos. A organização, através de redes, possibilita a ampliação e o alcance no campo dos direitos. O território constitui-se o campo, por excelência, para colocar em movimento a intersetorialidade, integrando a assistência social, a saúde, a educação, a habitação, a segurança alimentar e nutricional, entre outras políticas públicas, em uma rede capaz de eliminar as barreiras que impedem o pleno atendimento dos usuários e o alcance de sua cidadania (*CARVALHO; SILVEIRA, 2011, p. 157*).

Não podemos pensar no trabalho social dos CRAS sem essa intersetorialidade. Quando ocorre o enfraquecimento dessa articulação, ocorre o não alcance dos objetivos da política de assistência social. Como bem mostra *Humanização*, sobre o não alcance dos objetivos de seu trabalho:

Não. A maioria dos objetivos, não! [...] Porque assim, os objetivos não dependem só da gente. Depende de toda uma condição socioeconômica da família, geração de emprego e renda, que impactariam no trabalho da gente, nos objetivos. E essa questão da rede também que é complicado, que ainda há um distanciamento muito grande entre as políticas, de saúde, de educação, e, às vezes, a gente não tem esse retorno (*HUMANIZAÇÃO, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Quase todos os participantes da pesquisa não conseguem enxergar o alcance dos objetos de seu trabalho. *Cidadania do CRAS Clementina de Jesus* diz o mesmo: “[...] a gente

perseguir esse objetivo, mas nem sempre a gente alcança e quando alcança não é da forma como você queria. É sempre um pouquinho aquém porque não tem as condições objetivas”.

O fortalecimento da intersetorialidade é tão importante quanto o fortalecimento da própria política de assistência social. A Lei 12.435 de 2011 incorporou avanços significativos para a estruturação do SUAS. Passando de pacto político nas instâncias do SUAS para uma definição legal em instâncias normativo-jurídicas no acesso ao fundo público, permitindo maior articulação na relação intersetorial com as outras políticas setoriais (SILVEIRA, 2011). Sobre as dificuldades do trabalho intersetorial no alcance dos objetivos do seu trabalho, *Idealismo* relata:

[...] algumas coisas a gente consegue, outras não! [...] A gente precisa que as outras políticas também funcionem [...] É complicado, pois o objetivo é garantir direitos, mas a gente está no período de retirada de direitos. A gente encaminha e fica meio que um cachorrinho correndo atrás do rabo, que a gente não consegue muita coisa. Mas a gente faz! Eu não sei se a gente consegue o objetivo final que é garantir o direito real para o usuário (*IDEALISMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Complementando o pensamento anterior a trabalhadora *Ética* diz que:

Trabalhar com as famílias no território do CRAS é trabalhar nessa dimensão da pobreza e o que ela produz. E a gente tem que ter a consciência de que a gente precisa das outras políticas públicas para que esse trabalho se efetive [...] o objetivo é alcançado dentro das inúmeras dificuldades que a gente tem, seja de pessoal, seja de transporte, seja de benefícios, como a cesta básica, que não vem [...] O benefício eventual do auxílio natalidade que chega com certa demora. Então, todos esses objetivos são alcançados dentro dessas questões institucionais maiores não necessariamente do CRAS. Então, essa relação com outras políticas públicas elas têm que ser fortalecidas e o que eu penso ela tem que ser fortalecida em nível institucional de gestão maior entre secretários e entre prefeito. Se eles não pactuarem as ações coletivas, as ações e parcerias, as ações de acompanhamento dessas famílias em todas as frentes, o trabalho na política de assistência social ele só tende a aumentar e só tende a dificultar porque com a demanda maior e os recursos escassos as famílias não serão atendidas e não serão atendidas na sua totalidade de demandas, porque a demanda não é só comida [...] Se a habitação não atender, se a saúde não acompanhar, se a educação não incluir, se a política de trabalho e renda não absorver esse público vai ser cada vez maior e os recursos cada vez mais escassos (*ÉTICA, NISE DA SILVEIRA*).

Para além do trabalho intersetorial, a dimensão do trabalho relacionada ao controle social também é importante no alcance dos objetivos de trabalho dos CRAS. “[...] A participação da sociedade na gestão estatal é uma expressão do direito à participação na formulação da política e no controle público” (CARVALHO; SILVEIRA, 2011, p. 158). A trabalhadora *Justiça* implica seus esforços e concentra os objetivos de seu trabalho na construção coletiva do trabalho social com os usuários, muito embora os ganhos ainda sejam

pequenos, *Justiça* abre a possibilidade de construção democrática de articulação entre Estado e sociedade civil, em que seu:

[...] objetivo maior hoje é o crescimento coletivo dos usuários. Até o momento, o alcance é ínfimo né! [...] Dos usuários se verem como fortalecidos, a partir de estarem coletivamente unidos e acrescentando a isso também a questão da rede territorial. Porque, realmente, nós estamos bem fragmentados. Acho que por isso que as políticas públicas elas têm perdido muito espaço (*JUSTIÇA, CRAS LINA BO BARDI*).

Somado a isso, apareceu na pesquisa que para o alcance dos objetivos propostos pela política de assistência social, faz-se necessário a qualificação, a ampliação da equipe de referência, além das condições materiais na oferta dos serviços no âmbito do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Sabendo que as equipes de referência são formadas por:

[...] profissionais de diferentes áreas, que possuem objetivos em comum, além de conhecimentos e habilidades que se complementam partilhando responsabilidades na oferta de um serviço a determinado número de usuários que apresentam situações de vulnerabilidade e/ou riscos similares, com os quais constroem vínculos e para os quais se tornam um parâmetro, ou referência (MUNIZ, 2011, p. 95).

Entender a composição das equipes de referência no âmbito do PAIF dá a dimensão da capacidade de resolutividade das demandas dos usuários que procuram os serviços, benefícios, programas e projetos disponíveis pelo CRAS, bem como, a intensificação do trabalho que a equipe sofre quando a equipe não está de acordo com aquilo que estabelece a NOB-RH/SUAS de 2006. A fim de dimensionar os processos de trabalhos desenvolvidos pela equipe PAIF, tomemos como base a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais:

Acolhida; estudo social; visita domiciliar; orientação e encaminhamentos; grupos de famílias; acompanhamento familiar; atividades comunitárias; campanhas socioeducativas; informação, comunicação e defesa de direitos; promoção ao acesso à documentação pessoal; mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio; desenvolvimento do convívio familiar e comunitário; mobilização para a cidadania; conhecimento do território; cadastramento socioeconômico; elaboração de relatórios e/ou prontuários; notificação da ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social; busca ativa (BRASIL, 2013, p. 13).

Na condução das atividades pela equipe de referência do PAIF não podemos esquecer que a equipe não se encontra isolada de uma estrutura organizacional maior, de

processos de gestão que impactam em suas atividades e de um contexto sócio-político que condicionam, por vezes, as ações e relações PAIF.

Deste modo, *Felicidade* e *Consciência* falam sobre o alcance dos seus objetivos de trabalho em âmbito PAIF:

[...] nem tudo dá para alcançar dos objetivos, um deles é o acompanhamento familiar né! Que é frustrante dentro de uma situação onde a gente tenta diminuir esses atendimentos para dar uma qualidade no serviço, a gente não consegue, muitas vezes, né! De certo modo, assim, o que me inquieta é porque tem “x” famílias para acompanhar e você não consegue dar aquela qualidade no acompanhamento. O trabalho não fica contínuo porque depende de carro que depende disso que depende daquilo. Então causa essa insatisfação por conta disso [...] E nos atendimentos, a gente, dentro do quesito benefícios, nem todas as pessoas que a gente atende são beneficiadas. Outra coisa que entristece bastante e revolta também né porque deveria! Não tá na lei? Porque que não é beneficiada? Então até para você colocar isso para usuário é um tanto delicado (*FELICIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*);

Um dos objetivos da gente é atingir as famílias acompanhadas. Com relação a isso, eu me sinto assim um pouco frustrada, por quê? Porque a gente não vai conseguir nunca essa coisa (*CONSCIÊNCIA, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

O acompanhamento familiar de indivíduos em situação máxima de vulnerabilidade social depende além do trabalho intersetorial, de uma equipe de referência que comporte a quantidade de famílias do território com suas respectivas demandas. Caso isto não ocorra, o trabalho social com famílias tende a ser limitado e não produzirá os efeitos esperados tanto pelo trabalhador, como pela família em acompanhamento e acima de tudo provocará o desgaste emocional do trabalhador levando-o ao adoecimento em decorrência do sofrimento de impotência frente tais adversidades. Além do que é preciso refletir sobre o atingimento de metas que sucumbem à realidade do verdadeiro trabalho social com famílias, provocando unicamente quantificação das situações vivenciadas pelas famílias, sem a qualidade técnica, ética e teórica necessária para a condução de tais situações, provocando um produtivismo desmedido. Assim, Raichelis (2011, p. 56) fala:

É preciso, pois resistir coletivamente ao mero produtivismo quantitativo, medido pelo número de reuniões, número de visitas domiciliares, número de atendimentos, número de cadastros, sem que o profissional tenha clareza do sentido e da direção social ético-política do trabalho coletivo. Por sua vez é nesse âmbito, de ampliação das metas a serem atingidas, que se instalam as estratégias de intensificação do trabalho, potencializadas pelas mudanças tecnológicas nem sempre sob controle dos trabalhadores, exigindo-se permanente requalificação do trabalho, dos processos e métodos de trabalho, dos conhecimentos e saberes acumulados.

A pesquisa identificou também as maiores dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores dos CRAS em Maracanaú. Dentre as dificuldades relatadas, destacou-se a

questão da estrutura física, da escassez de materiais para a condução das atividades, da pouca autonomia nos processos organizacionais do trabalho, a equipe reduzida para o aumento crescente de demandas do território e o fator estrutural do cenário político nacional e local.

Esperança relata em seu discurso um pouco das dificuldades enfrentadas em seu cotidiano de trabalho no CRAS:

[...] acredito que é a precariedade né da própria estrutura que a gente trabalha. A gente trabalha com poucos recursos [...] Aqui agora tem luz, mas antes não tinha. As portas sem trincos [...] As relações de trabalho, eu tô falando assim de vínculo, não tô falando assim pessoais, mas tipo assim, você trabalhar com pessoas de vínculos tão frágeis né, enquanto que você é concursado, que também não é quase garantia nenhuma, isso é ruim, isso prejudica o trabalho né. [...] E a própria condição de trabalho. A gente trabalha em local vulnerável. A gente aqui está sujeito a qualquer tipo de assalto, de tudo. Recentemente, invadiram o terreno ao lado do CRAS, o pessoal do GDE, da facção, que graças a Deus, o dono fez um acordo com eles [...] E assim, a própria carga emocional que esses usuários trazem. Todo dia você ter que ouvir histórias que são muito pesadas e que você não tem como resolver (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Acrescido ao relato da trabalhadora acima, em outros dois CRAS a situação se assemelha no que diz respeito às dificuldades enfrentadas no trabalho:

[...] a autonomia para desenvolver melhor esse trabalho (*fala da falta de autonomia*)
 [...] A questão dos recursos, não só humanos, porque uma equipe maior favoreceria bastante para ter uma qualidade nesses acompanhamentos, recursos materiais também [...] A demora na vinda desses materiais. Se pede Janeiro para chegar em dezembro. Aí quando chega (*FELICIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

Eu acho assim que no caso, particularmente, a vinculação de trabalho, a forma de contratação da maior parte dos profissionais. A gente vê que hoje o quadro de profissionais efetivos ele é muito pequeno em relação à grande demanda [...] Então, uma das principais dificuldades é essa e sem falar nas faltas de condições de trabalho, de equipamentos, de insumos, de tudo (*AMIZADE, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Eu acho que é a questão dos recursos. A limitação de recursos é o que mais tem dificuldade para mim, é o que eu vejo. A gente, realmente, não tem um benefício para oferecer. A gente não tem uma capacitação [...] Então assim, o que eu vejo como a dificuldade é isso, é a falta de recurso, a falta de investimento na política (*DIGNIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

A minha maior dificuldade hoje é a não condição favorável de trabalho. A gente tem uma demanda cada vez mais crescente pra possibilidades de trabalho cada vez mais escassas. Como eu já falei, computador, às vezes, a nossa impressora tá quebrada. É complicado você conseguir trabalhar a contento quando as condições de trabalho elas não são acessíveis né. A gente tenta, mas é complicado [...] E aí hoje a gente tá com sério risco de ficar só com três técnicos, porque vão dois já sair porque o contrato vai acabar. E a gente fala com a gestão e a gestão fala “não a gente só pode fazer algo quando a questão acontecer”, aí, eu digo: vocês nunca ouviram falar na pró-atividade no serviço público? Se você tá mostrando que tá acontecendo, vai acontecer, vai esperar o caos se instalar pra fazer alguma coisa? (*IDEALISMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Altruísmo do CRAS Anita Garibaldi reforça que as dificuldades que enfrenta no cotidiano de trabalho do CRAS é adoeceadora: “É a questão estrutural. Que adoce o trabalhador. A maior dificuldade hoje! Porque eu não tenho dificuldade com relacionamento interpessoal, não tem dificuldade com o compromisso das pessoas. Minha dificuldade hoje é a questão estrutural”.

A falta de estrutura para a oferta dos serviços nos CRAS está presente também no CRAS *Clementina de Jesus*, fazendo inclusive a trabalhadora dispor de seus bens particulares para a finalidade do serviço público. Assim fala *Cidadania*:

É a estrutura [...] Faltou energia aqui e queimou modem, queimou ar-condicionado, queimou impressora. Por conta de sobrecarga. Nós temos problemas estruturais. E aqui é um prédio antigo [...] Só que a gente vem percebendo a resolutividade mínima desses problemas [...] E aí é celular pessoal, é 3G pessoal [...] Utilizo carro, celular, é impressora em casa, é 3G, tudo pessoal. Levo trabalho para casa [...] Você sabe que é um órgão público, que recebe recursos, que tem verba, que precisa as coisas funcionarem, então se não for você, às vezes, no seu individual, as coisas não acontecem. [...] Eu sei que não é certo. Mas não tem como a gente minimamente não fazer a ligação, não usar seu carro. Eu acho que eu nunca usei o carro do CRAS para ir para uma reunião [*fala aqui do uso dos recursos particulares em favor do serviço público*] (CIDADANIA, CRAS CLEMENTINA DE JESUS).

A falta de apoio da gestão municipal na condução dos trabalhos nos CRAS é mencionada como dificultador do trabalho nas unidades sociais. Em que:

As questões institucionais [...] Além de tudo, uma das maiores [*dificuldades*] é a falta de apoio da gestão na política de assistência social, a própria SASC em relação a nós aqui nas unidades. Por que é aqui que eu público chega [...] Aqui acaba sendo a porta de entrada e a porta de saída. Então, espaços melhores nós não temos para esse atendimento. Pessoal, a gente não tem para esse atendimento, pessoal suficiente. Desde iluminação, desde climatização das salas, desde material de expediente caneta, exemplo, falta caneta para quem tá fazendo o cadastro único. Então o entrevistador social do cadastro único passa o dia escrevendo, preenchendo formulário, falta caneta. Se eu não compro, fica sem trabalho, se eu não dou a minha caneta, eles ficam sem fazer o trabalho. Muitas vezes isso acontece [...] E outros materiais de expediente para as palestras, para as oficinas, falta! Então, a questão maior para o trabalho social com as famílias no CRAS é a falta de apoio da gestão municipal em relação à assistência social nas unidades de atendimento que são os CRAS, CREAS ou CentroPop (*ÉTICA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

O avanço para a construção de uma política pública compromissada eticamente para o alcance dos objetivos do projeto político do SUAS depende da

[...] concepção democrática da gestão do trabalho reconhece a indissociabilidade entre exercício de atribuições, funções e prerrogativas das condições em que o trabalho é realizado, das dinâmicas institucionais, do grau de regulações e conquistas no plano normativo-jurídico, político e cultural (SILVEIRA, 2011, p. 33).

O horizonte a ser seguido para que essa construção ocorra de forma a ampliar ganhos para os trabalhadores, passa pela conquista progressiva de relações de trabalho estáveis e acima de tudo de condições institucionais que favoreçam o alcance dos objetivos propostos pela política de assistência social.

Sendo assim, esta pesquisa também se propôs a investigar sob quais condições de trabalho os servidores dos CRAS estão inseridos e a autonomia para a realização das ações propostas pela política. *Amizade, Idealismo e Justiça* esclarecem a relação existente entre autonomia e condições de trabalho:

Está diretamente relacionada, essa falta da qualidade das condições de trabalho com a com a realização e autonomia da realização dele [...] A gente precisa com urgência tá fazendo, desenvolvendo alguma ação, em alguma situação que a gente atendeu. Então, a gente tem uma sala, muitas vezes, tem mais de seis profissionais disputando um computador né. E aí a gente vai contando, muitas vezes, com a solidariedade uns com os outros e a gente vai tentando driblar as dificuldades [...] Então, autonomia a gente tem, enquanto profissional, mas essa autonomia ela se limita diante desse contexto que é adverso (*AMIZADE, CRAS ANITA GARIBALDI*).

É bem complicado. A gente tem famílias aqui, elas têm situações bem complexas e precisam de um tempo, sentar, fazer um relatório embasado pra que ela consiga viabilizar algum direito [...] mas eu não consigo sentar e fazer o relatório [...] não por intencionalidade minha como trabalhadora, mas porque a gente não tem! Por exemplo, uma simples é declaração, ofício para certidão de nascimento, ele (*fala do usuário*) vai ter que vim, passar pelo atendimento [*fala do fluxo que o usuário deverá percorrer para ter acesso à gratuidade no acesso a 2ª via da certidão de nascimento*], se for em mãos, se ele tem uma urgência nessa questão, ele vai ter que passar pelo menos uns três ou quatro dias [*para receber o ofício de acesso à gratuidade*] porque a gente tá sem xerox, sem a máquina de impressão [...] E é uma coisa você fica fazendo o usuário rodar, vim várias vezes, por uma questão tão pequena, que é uma impressão (*IDEALISMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Condições bem precárias! A questão de falta de Recursos Humanos, de recursos materiais, do próprio estado físico do equipamento. E aí a gente tem uma autonomia para organizar o trabalho, mas ao mesmo tempo a falta disso tudo, dessas condições nos tira essa autonomia. Por que dificulta realizar aquilo tudo que a gente organiza e que a gente propõe realizar (*JUSTIÇA, CRAS LINA BO BARDI*).

Por ser coordenador, *Altruísmo* até acredita ter autonomia no desenvolvimento de suas atividades, mas numa reflexão maior percebe que se trata de uma relativa autonomia, em que:

De certa forma, autonomia até tenho. Mas não tem como realizar, mesmo tendo autonomia, uma autonomia ilusória né. Porque a gente tem autonomia quando a gente tem condições de realizar algum trabalho. Então, as condições hoje são muito precárias né. Hoje, o CRAS se encontra sem impressora! Uma simples impressora num território dessa dimensão acabar com o trabalho, barra totalmente o trabalho. Então, condições de trabalho hoje estão estressantes, cansativas! Por isso que a gente tenta sempre cuidar de quem tá trabalhando aqui por conta dessas condições (*ALTRUÍSMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Enquanto para alguns CRAS, a falta de autonomia está muito relacionada às condições objetivas de trabalho, no CRAS *Maria Quitéria* a trabalhadora *Dignidade* indica que a relação de trabalho com a coordenação da unidade mostra-se desgastada pela centralização de suas ações, onde:

Em relação à autonomia, não tem [...] Tudo tem que passar por ela (*pela coordenação da unidade*) [...] A gente não tem uma autonomia de ir no CREAS sem que passe por ela. A gente não tem autonomia de fazer uma ligação pra PSB, seja lá pra quem for, pra resolver um problema, que a gente tá vendo [...] Tudo, tudo, tudo tem que passar por ela [*pela coordenação*!] (*DIGNIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

Diante desse cenário vivenciado nos CRAS de Maracanaú, é preciso dizer que as transformações no mundo do trabalho que afetam aos trabalhadores como um todo impactam de forma diferenciada nas políticas sociais, apontando novas necessidades, novas demandas e novos desafios aos trabalhadores dos CRAS. Com a expansão do SUAS ocorreu contraditoriamente e ao mesmo tempo a intensificação e precarização do trabalho e dos trabalhadores, considerando a própria condição de trabalhadores assalariados dos profissionais do PAIF que se veem subordinados a processos alienantes de trabalho, com pouca ou nenhuma autonomia técnica na condução dos seus trabalhos.

Deste modo, a pesquisa achou interessante trazer à baila a percepção que os trabalhadores dos CRAS possuem sobre a valorização do servidor pelo município. Quase todos os envolvidos na pesquisa indicaram não haver valorização do trabalho e do servidor pertencente à política de assistência social. De acordo com *Felicidade, Justiça e Consciência* temos:

Dentro dessa minha trajetória aqui, eu percebo que falta maior valorização [...] A gente escuta alguns comentários e outras pessoas buscando, realmente, outras fontes de trabalho e, muitas vezes, até exercendo não só como assistente social, pedagoga, psicóloga, mas fazendo outras ações. Digo por que colegas que não são daqui, mas que está numa outra estratégia de trabalho pessoal, vendendo cosmético né ou vendendo perfume especificamente só perfume, mas buscando outros caminhos para complementar exatamente a renda (*FELICIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

Não. Pela administração pública de forma nenhuma. Com todas as percas né, não só salariais, mas com suspensão do plano de cargos e carreiras, mas com outras que vêm afetar o trabalhador, como a lei do atestado, onde ele não pode colocar dois atestados dentro de 90 dias. Então, ele tem que saber quando é que ele vai adoecer e do que ele vai adoecer inclusive. Porque aí ele vai perder parte do salário. Então assim, realmente, essa administração que nós nos encontramos hoje, ela não valoriza o servidor de forma nenhuma. Inclusive todas as mudanças que eles fazem são prejudiciais ao trabalhador (*JUSTIÇA, CRAS LINA BO BARDI*).

Não. A gente tá tão desvalorizado que o gestor maior, ele nem lembra que a gente tem um aumento para se dar, agora data-base em maio. Então, ele nos tirou aumento, ele nos tirou plano de cargos e carreiras, que tá congelado [...] Então, você fica à mercê de um gestor que não valoriza. [...] Aí você vê em outras categorias do município, que ele está dando plano de cargos e carreiras para outras categorias e porque que ele não está valorizando a assistência? Então, isso frustra? Frustra (*CONSCIÊNCIA, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

Percebe-se a insatisfação dos trabalhadores no que rege às perdas de direitos sofridas ao longo dos anos, tais como, a retirada da insalubridade, o não reajuste salarial anual, o congelamento do PCCV, dentre outras, como mostra *Amizade e Ética*:

Não. Eu falo isso assim com muita segurança [...] eu tenho percebido realmente uma crescente desvalorização do servidor. E aí eu coloco aqui não só o servidor contratado, eu coloco o efetivo, coloco de todas as formas de contratação. Eu vejo uma desvalorização. Eu vejo assim, pessoas que, por exemplo, já terminaram uma pós-graduação, mestrado, por exemplo, ainda não tiveram retorno sobre isso (*AMIZADE, CRAS ANITA GARIBALDI*).

[...] por parte da gestão Municipal, eu acredito que não há nenhuma valorização, porque os direitos que a gente tinha assegurado anteriormente foram, aos poucos, sendo retirados né [...] Foi retirado insalubridade [...] A própria lei do atestado que é uma coisa inconstitucional e a gente não tem pra onde recorrer, nem o sindicato, nem ministério público [...] A questão do plano de cargos e carreiras tá congelado, digamos assim. A questão de você passar mais de cinco dias você já tem um prejuízo financeiro na sua folha de pagamento [*fala da questão de se colocar atestado médico. O atestado que possui mais de 5 dias entrará como licença médica, sendo retirado assim gratificações e quaisquer outros adicionais ao salário*]. A própria licença prêmio que alguns não puderam tirar. Por questão de dias, eu consegui ainda retirar, mas a maioria que entrou ainda nesse período, não teve mais acesso. E a gente não vai mais poder tirar daqui a um tempo. Então, são vários direitos que aos poucos estão sendo retirados e através dessa retirada de direitos a gente vê qual é a valorização que a prefeitura tem com o trabalhador. A questão do reajuste salarial né, nada disso a gente tem assegurado (*ÉTICA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Diante desse contexto adverso, acirrado pelas más condições de trabalho que se constatou através da fala dos trabalhadores, surgiu a necessidade de saber sobre o interesse de permanência ou saída desses servidores dos CRAS ou da própria política de assistência social. A pesquisa constatou que mais da metade dos entrevistados pensam em sair ou do CRAS ou da política como um todo. Seguem alguns relatos:

Sim. Tô estudando para isso. Eu não quero fazer carreira aqui [...] tem muita coisa que não é atrativa. A gente não tem um plano de cargos e carreiras. Eu não quero terminar a minha vida aqui com doutorado ganhando um salário mínimo. Então, não é só o dinheiro. É a própria característica do trabalho também que é adoeecedor. Tô estudando pra sair daqui (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Ultimamente, eu tenho pensado. Não por desacreditar na política, mas por ver o quanto pouco se importam com ela (*FELICIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

[...] Tem dias que a gente pensa em sair. Tem dias que a gente pensa em abandonar. Tem dias que a gente pensa em qualquer outro lugar [...] Tá tudo muito incerto não é?! [...] O cotidiano é pesado, o cotidiano é difícil. O atendimento direto ao usuário, as queixas cotidianas deles e dos trabalhadores é um aspecto desmotivador e porque não dizer adoecedor [...] Então assim, as políticas públicas, hoje, não nos mostram um terreno fértil para o nosso desenvolvimento profissional (*ÉTICA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Diante do exposto, percebe-se que as dificuldades, alinhadas às poucas e precárias condições de trabalho fazem com que grande parte dos trabalhadores dos CRAS queira deixar a política de assistência social. Num movimento de descrença de que a situação possa mudar, o sentimento de impotência no uso completo de suas atribuições e ética no trabalho dão lugar à vontade de evadir-se do local causador de sofrimento. Atrelado a isso, têm-se a intensificação do trabalho que como bem coloca Dal Rosso (2008, p. 195-196), “O assalariamento em atividades governamentais ou serviços públicos não visa ao lucro, mas não fica imune ao processo de intensificação”, sendo a intensidade no trabalho, “uma entre várias condições de trabalho” a que os servidores públicos estão submetidos.

10.3 Trabalho: uma mistura de prazer e sofrimento

Em detrimento do trabalho específico proposto pela política de assistência social, que envolve o atendimento de um público extremamente vulnerabilizado pelo pouco ou nulo acesso às condições ideais de vida, o conceito de intensificação do trabalho deve ser mais amplamente entendido.

Os trabalhadores dos CRAS investem em seu cotidiano de trabalho uma enorme carga emocional que acaba comprometendo aspectos relacionais, emocionais intelectuais, físicos e afetivos. A dupla e contraditória relação de trabalho vivenciada por esta categoria de profissionais é refletida por Raichelis (2011, p. 60):

De um lado, o sentimento de prazer diante da possibilidade de realizar um trabalho comprometido com os direitos dos sujeitos violados em seus direitos, na perspectiva de fortalecer seu protagonismo político na esfera pública; Ao mesmo tempo, o sofrimento, a dor e o desalento diante da exposição continuada à impotência frente à ausência de meios e recursos que possam efetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social.

Sobre o sofrimento, Dejours (1992) fala que:

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais,

psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. *Quando um trabalhador usou de tudo de que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física. Não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento (se bem que este fator seja evidentemente importante quanto à impossibilidade de toda a evolução em direção ao seu alívio). A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento* (DEJOURS, 1992, p. 52).

Clot (2008, p. 100) também identifica que [...] o sofrimento [...] é uma impossibilidade de dizer, de fazer, de relatar e de estimar a si próprio. É um impedimento (CLOT, 2008, p. 100). Acrescido a isto, Seligmann-Silva (2011, p. 144) fala que

[...] as situações de trabalho, associadas a sucessivas frustrações em que ao longo dos anos se acumulam experiências de sofrimento social, vão minando a autoimagem e também estreitam progressivamente as perspectivas quanto ao futuro. Tais experiências, além do desgaste metafórico da identidade e do projeto de vida, correspondem ainda, em diferentes investigações, a quadros de adoecimento.

A psicodinâmica do trabalho, sob a perspectiva dejouriana, refere-se à interrelação que os sujeitos estabelecem entre as condições de organização normativa e as formas de organização real do trabalho, que na sua dinâmica intersubjetiva geram efeitos psicoafetivos na vida dos trabalhadores (Mendes, 2007). Deste modo, compreende-se como formas de organização do trabalho tudo aquilo que envolve os processos de trabalho, os ritmos do trabalho, as cobranças, a quantidade de pessoas para exercício das atividades e a continuidade das ações. A centralidade é o trabalhador e as especificidades de seu trabalho.

A pesquisa percebe na fala da trabalhadora *Ética* exatamente o que Dejours (1992) coloca. Diz o seguinte:

O sofrimento é por não ver a saída. Por não ver a solução para a melhoria das condições de trabalho e as condições de atendimento aos usuários. E isso me causa sofrimento que é administrável, mas de muitos anos nessa situação, talvez, haja o adoecimento (*ÉTICA, CRAS, NISE DA SILVEIRA*).

Acrescido a essa impotência frente à falta de perspectiva de mudança nas condições de trabalho, existe a própria natureza do trabalho social com famílias nos CRAS. Seguem discursos das trabalhadoras:

O que me causa sofrimento [...] quando eu entrei aqui, que eu não entendia, eu não conhecia esse trabalho, eu fiquei muito assustada porque, como eu caí de paraquedas, eu cheguei de supetão atendendo e ouvindo coisas que eu não estava preparada para ouvir e isso me adoeceu profundamente [...] Aí você chega aqui, aí falta caneta, falta luz, não tem trinco [*se refere ao trinco da porta*], falta ar-condicionado, a sala é mofada, falta cadeira! Aí começa! Tudo isso vai somando.

Quando o usuário entra você tem que tá bem, porque ele tá pior do que você [...] E é isso. Desde quando eu acordo de manhã já começa o sofrimento. Aí qual é a hora feliz? É a hora de ir embora. Tu não gosta daqui? É uma condição! São múltiplos fatores que determinam isso. Não é só uma coisa. Quando junta, fica grande demais (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

[...] Todos esses direitos que aos poucos a gente vai perdendo, já perdeu. A insegurança de como vai ser os nossos salários digamos daqui a dois anos, se não houver reajuste. A questão de você não poder adoecer. Muitas vezes, a gente vem trabalhar doente, correndo o risco de tá passando também a doença para o usuário que atender, pra o outro colega de trabalho, mas você pensa bem, eu não posso deixar de trabalhar porque daqui a um mês, dois meses, eu tenho um problema de saúde mais sério. Então, eu acho que isso é muito adoecedor, você ter controle sobre uma coisa que não está sobre o seu controle, que é a questão do adoecimento. E a falta de condições de trabalho também. Eu acho que isso é muito adoecedor também! (*HUMANIZAÇÃO, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Quando *Esperança* do *CRAS Nise da Silveira* diz que o sofrimento começa desde quando acorda, Seligmann-Silva (2011, p. 247) em sua pesquisa relacionou o aparecimento e o agravamento da fadiga nos trabalhadores quando a distância do trabalho e do local de moradia era extensa. Esta situação tornava-se muito mais penosa quando não existiam meios de transportes suficientes e confortáveis para este deslocamento. De acordo com a autora, “[...] Ao cansaço do trabalho acrescentava-se, assim, a necessidade de despertar várias horas antes da entrada no horário do turno, tendo em vista a espera e o tempo de condução ou, mesmo, o tempo a ser gasto com uma longa caminhada”.

Segundo Raichelis (2011), a dinâmica da flexibilização e precarização nas relações de trabalho vem atingindo os trabalhadores das políticas públicas, gerando:

[...] rebaixamento salarial, intensificação do trabalho, precarização dos vínculos e condições de trabalho, perda e/ou ausência de direitos sociais e trabalhistas, pressões pelo aumento de produtividade, insegurança do emprego, ausência de perspectivas de progressão na carreira, ampliação da competição entre trabalhadores, adoecimento, entre tantas outras manifestações decorrentes do aumento da exploração da força de trabalho assalariada.

Isto é confirmado no discurso dos trabalhadores dos CRAS:

[...] é ver que a gente tem que judicializar uma coisa que era direito, orientar a via da judicialização. É quando a gente grita pra gestão, dizendo que não tá dando, que a gente precisa de melhor qualidade e que não é visto. É quando você faz a sua dissertação aos troncos e barrancos e vem um gestor com uma canetada e diz assim: “você não tem mais direito, não é teu esse direito! Eu tirei, acabou!” É quando a gente vê que a gente não tem forças, porque eles têm o poder e eles tiram! Agora mesmo, ele [*refere-se ao prefeito*] pode estar pensando em tirar a GEAS [*Gratificação Especial por Exercício na Assistência Social*] e dizer “tirei!” É quando ele tirou a tua licença prêmio! [...] É quando a gente tem que judicializar o nosso direito como trabalhador. Eu tenho que ir na via judicial e dizer: “olha, eu sou mestre!” É uma questão até lógica, eu preciso ganhar por essa qualificação. Porque

eu não posso tirar o conhecimento adquirido na hora que eu tô fazendo o atendimento, porque o prefeito, por exemplo, não me paga. O meu serviço, ele tende a ser mais qualificado! E o PCCV é isso. É fazer com que o trabalhador continue se qualificando, não fique na mesmice e seja gratificado por isso. Porque aquele trabalho também chega de uma forma mais qualificada para o usuário. Isso que é desestimulante. [...] O que mais desestimula é essa não vontade política (*IDEALISMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

[...] que me causa muito sofrimento ver as pessoas querendo trabalhar, resolver aquilo que e não tem condições de fazer. Uma frase eu repito muito: você não é salvador! (*ALTRUÍSMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

O que mais me causa sofrimento é a desvalorização do trabalhador [...] algumas coisas que estão dando certo e de repente essas coisas tem que parar por conta de uma má administração pública (*JUSTIÇA, CRAS LINA BO BARDI*).

Seligmann-Silva (2011, p. 247) em seu trabalho diz que a condição salarial é indispensável para manter uma qualidade de vida fora do trabalho e para aplacar os impactos psicossociais negativos dele. Segundo a autora “[...] Na quase totalidade dos casos estudados, os baixos salários impediam práticas de lazer ativo e significativo durante as folgas e férias”.

A pauta de reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e pela ampliação de direitos perpassa a esfera dos direitos sociais que a “Constituição Cidadã” traz em no art. 7 dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, visando à melhoria de condição de vida dos indivíduos, remetendo à relação de emprego protegida; salário capaz de atender às necessidades básicas do trabalhador e de sua família, em relação à moradia, à alimentação, ao lazer, à saúde, à educação, ao transporte, dentre outros; proteção do mercado de trabalho da mulher; redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, de higiene e de segurança; dentre outros. Importante colocar que a ampliação de direitos dos trabalhadores ou a melhoria de suas condições de trabalho não deve ser vistas como privilégios e sim como direitos. Sobre o conceito de privilégio e de direito, Chauí (2008, p. 74) estabelece a seguinte distinção: “Um privilégio é, por definição, algo particular que não pode generalizar-se nem universalizar-se sem deixar de ser privilégio [...] Um direito, ao contrário [...], não é particular e específico, mas geral e universal, seja porque é o mesmo e válido para todos os indivíduos, grupos e classes sociais, seja porque embora diferenciado é reconhecido por todos”. É na perspectiva do direito que engendramos nossos esforços.

Mas a fala dos sujeitos desta pesquisa também remete à satisfação da singularidade do trabalho nos CRAS. Justamente a contradição inerente da peculiaridade deste trabalho, como falou Raicheles (2011). Quando os usuários da política de assistência social têm acesso aos serviços públicos, quando um encaminhamento intersetorial dá certo, quando há o empoderamento político e social do indivíduo, quando a esfera pública consegue

dar resolutividade à situação singular das famílias, isto tudo é visto como motivo de satisfação e prazer no âmbito do trabalho, segundo discurso dos trabalhadores dos CRAS. Ademais, o trabalho também se caracteriza como fonte de prazer, pois é por meio dele que o homem constrói suas possibilidades de vida, não somente fonte de sobrevivência, mas de formação política, ética e social.

O prazer, advindo dessas relações especificadas, intersubjetivas e singulares acima, favorece o equilíbrio psíquico necessário de um caminhar mais fortalecedor nas relações de trabalho. Neste horizonte, “[...] compreende-se que a relação do homem e do trabalho está na identificação do labor como um local de produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais, uma mediação entre o psíquico e o social, e o particular e o coletivo” (MARTINS, ROBAZZI e BOBROFF, 2010).

Assim, os trabalhadores relatam sobre satisfação no trabalho o seguinte:

[...] a questão de vê a satisfação do usuário e, às vezes, nem é uma satisfação material. Vê a satisfação material também é bom, mas vê a satisfação maior dele entender onde é que ele tá, dentro desse sistema que a gente vive, realmente [...] e quando ele né reconhece o trabalho que a gente faz! [...] Quando a equipe também age em parceria nas atividades que a gente propõe e idealiza também junto (*JUSTIÇA, CRAS LINA BO BARDI*).

[...] Então, a minha felicidade é ver o resultado né, o alcance mínimo dessa política. Porque é mínimo [...] Eu não vejo um grande impacto hoje da nossa política na vida das pessoas. Mas sem esta política, estaria bem pior (*CIDADANIA, CRAS CLEMENTINA DE JESUS*).

O que me causa prazer é está em atividade [...] É tá trabalhando. Ver que apesar de ser só uma pedrinha mesmo, uma gota d'água no meio do oceano, mas a gente consegue fazer um diferencial às vezes na vida de alguém (*DIGNIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

A psicodinâmica do trabalho entende que os trabalhadores possuem a capacidade de se protegerem coletiva ou individualmente das adversidades do cotidiano laboral onde se incluem as formas de organização do trabalho, bem como, as condições a que estão envolvidos. Os trabalhadores criam alternativas, caminhos de se reapropriar e reconstruir a realidade posta (LANCMAN; SZNELWAR, 2004). Deste modo,

[...] novas concepções de organização do trabalho devem ser buscadas. Há que se estabelecer um compromisso que seja negociado entre quem organiza e quem o executa, assim, pode ocorrer uma evolução e transformação que mudam desde as instalações físicas da instituição até as relações de trabalho. Tal organização é uma relação social, um compromisso entre as metas a serem atingidas, os procedimentos e as dificuldades reais para a execução do labor (MARTINS; ROBAZZI e BOBROFF, 2010).

Nessa direção, os trabalhadores dos CRAS acrescentam que o alcance dos objetivos do trabalho são motivos de prazer e de satisfação no trabalho:

O que me dá prazer é que a gente consiga alcançar os objetivos de realizar um trabalho que a gente planeja e ver o resultado de ter uma equipe integrada que reconhece o trabalho (*ALTRUÍSMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

[...] quando a gente consegue desligar uma família do acompanhamento porque a gente conseguiu alcançar todos os objetivos. São mínimos, mas é muito gratificante quando você vê que aquela sua orientação serviu de melhoria de vida para o usuário (*IDEALISMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Dentro do contexto adverso que permeia o cotidiano dos trabalhadores dos CRAS, a criação de estratégias individuais ou coletivas tem sido o meio encontrado para minimizar os sofrimentos vivenciados. O que mais apareceu no discurso dos trabalhadores foi o seguinte a procura por profissionais da área (psicólogo); o apoio da família; realizar o pontual, o possível; fortalecer as relações socioprofissionais. Segue abaixo alguns discursos dos trabalhadores nesse sentido:

Assim né, eu já fui para psicólogo entendeu [...] E assim, tem dia que é muito ruim, que eu não consigo. Mas tem dia que eu posso sublimar entendeu? [...] Graças a Deus a minha família é uma rede de apoio muito grande, inclusive emocional (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Eu tento focar, perceber o resultado focal assim, pontual. Então, todo dia, eu tento pegar uma coisa deu certo pra poder não entrar em sofrimento mesmo [...] Por que pensar em longo prazo na assistência causa bastante sofrimento. Então hoje, eu tenho pensado só nos resultados pontuais. Essa é a minha estratégia (*JUSTIÇA, CRAS LINA BO BARDI*).

A terapia né que eu já procurei fazer e recebi alta. Procurando me trabalhar todo dia pra minimizar a questão da ansiedade que tava muito forte. E procurar mesmo ter um bom relacionamento com as pessoas entre a gente trabalha (*HUMANIZAÇÃO, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

[...] o que eu faço para amenizar hoje essa situação é cuidar da minha equipe, cuidar em todos os sentidos. De promover ações que façam com que eles se sintam num ambiente saudável (*ALTRUÍSMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Aplacar o sofrimento dos trabalhadores dos CRAS que se materializa na ausência de perspectivas de mudanças e das más condições e relação de trabalho é um desafio imensurável, visto o cenário político, econômico e social em que, não só o município de Maracanaú, mas o Brasil como um todo vivencia.

O trabalho deve materializar-se em sua plenitude como potencializador dos indivíduos e não como desfavorecedor das potencialidades. A dicotomia existente no trabalho

social desenvolvido nos CRAS representa a ponta do *iciberg* de um complexo emaranhado de contradições.

O caminho mostra-se difícil e a saída, às vezes, solitária. Mas, o cuidado com a equipe, como bem coloca *Altruísmo* do CRAS *Anita Garibaldi*, ainda é a solução. Tal cuidado deve partir prioritariamente da gestão municipal em todas as suas frentes e não somente daqueles que estão na execução final dos serviços, ou seja, os trabalhadores dos CRAS.

10.4 Adoecimento no trabalho: elementos para o debate

As representações sobre o adoecimento são percebidas de várias formas. Na cena contemporânea, o processo de intensificação do trabalho não deve ser visto sob o prisma individual, mas sim de uma condição geral do trabalho que é

[...] fixada em regras e normas de conduta, em habitualidade, constituindo um padrão de organização que, portanto, independe dos desejos, das vontades e das características específicas de cada trabalhador. Como quaisquer outras condições de trabalho, o grau de intensidade de uma atividade resulta das relações que entre si estabelecem trabalhadores e empregadores (DAL ROSSO, 2008, p. 43).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) possui um conjunto combinado e diferenciado de formas de precarização e intensificação do trabalho, cujos efeitos podem ser sentidos de modo distinto pelos seus trabalhadores. A reforma neoliberal promovida pelo Estado na década de 1990, cujos efeitos podem ser sentidos na cena atual, sintetizada na “cultura do gerencialismo⁴⁵”, propagou uma campanha de desconstrução e desqualificação do Estado, culminando na degradação das condições e relações de trabalho na esfera pública. Isto impactou diretamente no desenvolvimento das políticas sociais e nos seus trabalhadores (RAICHELIS, 2011).

Todos os trabalhadores que participaram desta pesquisa acreditam haver relação entre as condições de trabalho que estão submetidos e o adoecimento, seja ele físico ou mental. A degradação das condições de trabalho na esfera pública, além de provocar o sucateamento na oferta dos serviços para a população que dela necessita, provoca na mesma

⁴⁵ Seligmann-Silva (2011, p. 487) faz um contraponto entre gerencialismo, precarização do trabalho e desgaste mental no setor público. Para esta autora, o gerencialismo avançou no setor privado por conta da reestruturação produtiva que tinha como objetivo principal a maximização das vantagens através da minimização dos custos. Em vista disso, o problema é que os administradores acabam dando maior importância aos resultados contábeis do que os resultados sociais. Ocorre uma forma fechada de controle para assegurar o atingimento das metas. Em que “[...] Nessa modernização, a desconsideração às variações e complexidades de contextos locais, situações de trabalho, inadequação de recursos e de condições de trabalho não são levadas em conta por muitos dirigentes e gestores”.

mão, a deterioração da saúde dos trabalhadores. Sobre a existência da relação entre adoecimento e as condições de trabalho nos CRAS, alguns trabalhadores dizem o seguinte:

Eu acredito que sim né. E como eu te falei, a gente tinha uma sala que ela mofou e o ar condicionado quebrou. Não tinha como ficar naquela sala realmente. Como é que eu trabalhava? Eu pegava essa cadeira de rodinha, colocava meus livros e saia nos locais do CRAS onde tinha um espaço para fazer minhas evoluções [...] Até na cozinha, eu fazia evoluções. Que é super quente (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Sim. Tem essa relação porque, muitas vezes, as faltas de condições de trabalho né nos causam um estresse, uma raiva, um adoecimento psíquico que, muitas vezes, a gente nem percebe tão na íntegra, mas depois, a gente vai percebendo no dia a dia até, a forma como a gente se posiciona até com o usuário [...] A gente é absorvido por cobranças, por prazos (*FELICIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

Claro que sim. Se a gente está sendo submetido a um nível de estresse, de ansiedade, de angústia, a gente vai, infelizmente, remeter a uma doença, uma doença física, emocional e psicológica, elas tão diretamente ligadas (*DIGNIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

O discurso dos trabalhadores nos trazem alguns elementos: estresse, raiva, cobranças, ansiedade. Tais elementos já foram trabalhados por outros pesquisadores, tais como Seligmann-Silva (2011). A intensificação do trabalho através das cobranças no atingimento das metas, o número crescente de demandas aos profissionais do PAIF, atrelado à falta de reconhecimento e valorização do trabalhador, além de não se ter proporcionado as condições mínimas de trabalho, fazem com que os trabalhadores dos CRAS possam desencadear níveis de estresse e de ansiedade típicos de adoecimento metal.

Além disso, a insatisfação no trabalho foi pontuada pelos trabalhadores como um dos fatores desmotivadores e adoecedores no trabalho dos CRAS. Dentre outras questões que geram insatisfação no trabalho, o que mais apareceu foram: a falta de recursos humanos; a desvalorização do servidor pela gestão municipal; as exigências da secretaria sem esclarecimentos plausíveis e suportes necessários; a falta de investimento no servidor público, como capacitações; a falta de estrutura física para as atividades do serviço e as relações precárias de trabalho.

Além disso, identificou-se que mais da metade das pessoas que participaram da pesquisa informaram ter adoecido em decorrência das condições de trabalho do CRAS. Os relatos são reveladores e nos fazem refletir sobre a relação trabalho/adoecimento nos CRAS. Seguem alguns deles:

Sim. Quando eu entrei aqui, eu fiquei muito chocada. Aconteceu um caso no atendimento que aquilo me deixou mal. Eu não consegui mais separar. Eu não conseguia mais parar de pensar. Era até um caso de tortura contra criança [...] Eu ficava chorando o tempo todo em casa. Eu não conseguia dormir, eu não conseguia

comer direito. Só ficava pensando, pensando. Eu não sabia o que fazer [...] Mas aí com o tempo, eu fui procurando não ficar pensando, tipo esquecendo, vivendo em um mundo paralelo. Tem esse mundo aqui, tem esse outro que eu finjo que não existe! E assim, quando eu fiz os exames, aqueles exames para a gente entrar, o admissional, eu não tinha nenhum problema, eu não tinha nada. E assim, cinco anos depois, eu tenho todos os problemas do mundo (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Sim. Fadiga, estresses, dor de cabeça, ansiedade, taquicardia, até um pouco de depressão já tive porque é frustrante, depressão é da frustração do mundo que você não consegue dar conta. [...] Eu não parava, eu ficava me preocupando, era tudo, tinha que tá organizando tudo, eu tava num nível de estresse muito grande [...] Desde fevereiro que vem essas reuniões. Então chegou num ponto que eu não aguentei mais (*CIDADANIA, CRAS CLEMENTINA DE JESUS*).

Já adoeci. A questão da ansiedade. Enxaqueca, catapora, dengue. Aqui vizinho, porque agora levantaram esse muro, mas essa senhora que mora aqui vizinho, ela joga o lixo lá, qualquer tipo de lixo! E muitas pessoas jogavam [...] E não há coleta regular de lixo aqui [...] A coleta é muito irregular, porque tem ruas que você não consegue ter acesso e a questão da falta de saneamento básico também é complicada (*HUMANIZAÇÃO, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Muitas vezes! Já tive estafa! Dependendo da época, do período, da cobrança, da pressão já tive estafa. Já passei períodos de muita enxaqueca que vai e volta (*ALTRUÍSMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Já. A rinite. Mofo, poeira. Falta de cuidado mesmo e zelo da gestão pelas unidades né. Almojarifado mofado e eu ter que entrar lá, já no outro dia já fechou a garganta, já faltei trabalho por conta disso várias vezes. E de três anos para cá, eu desenvolvi a apneia que é um transtorno do sono. Eu acredito que isto esteja diretamente relacionado ao trabalho [...] Então, eu não dormia à noite, eu não descansava. Eu emendava na rotina sem sono. Muitas vezes, eu dormia ao volante, cochilava dirigindo voltando para casa ou vindo para o trabalho [...] O meu trabalho me causou um adoecimento, seja de ordem psíquica, seja de ordem de outros tipos de saúde [...] Hoje eu me sinto mais ansioso, me sinto mais é agressivo, não no sentido de ser violento, mas na minha própria fala, é agressiva. Meu tom de voz, muitas vezes, é agressivo (*ÉTICA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

O discurso promovido pelos trabalhadores mostra a possibilidade de adoecer pelo trabalho desenvolvido no CRAS. Inclusive, na fala da trabalhadora *Ética*, o surgimento do transtorno do sono tem lhe causado a exposição a riscos maiores, como o de vida, devido à noite mal dormida.

Fadiga, ansiedade e estafa foram as formas de adoecimento mais corriqueiras nos relatos dos trabalhadores dos CRAS, denotando a centralidade do trabalho na vida dessa categoria. Manifestações do desgaste foram analisadas por Seligmann-Silva (2011). Esta autora apontou que distúrbios do sono marcam o agravamento da fadiga patológica, configurando quadros psicopatológicos típicos, podendo haver inclusive crises mentais agudas entre os trabalhadores. Destaca ainda que

A importância do trabalho surge como algo *central*, algo que superpõe às demais experiências do cotidiano individual e familiar, passando inclusive a reger e

estruturar o tempo e outras condicionantes do convívio familiar e da participação social. A disposição para a vida fora do trabalho pode ser fortemente limitada pela *fadiga* (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 279).

A superposição das atividades do trabalho às do convívio individual e familiar são bem retratadas pelo trabalhador *Idealismo* do CRAS *Anita Garibaldi* onde, “[...] É uma coisa desgastante. Adoecedora com relação ao cansaço. Eu não me sinto mais tão motivada pra fazer um passeio com o meu filho, por exemplo [...] Hoje, eu tenho um adoecimento físico”.

Inúmeras são as formas de violência psicológicas que os trabalhadores podem sofrer. Chamou-nos a atenção o aparecimento nos discursos de alguns trabalhadores o assédio moral, que se caracteriza como uma forma de violência psicológica.

Seligman-Silva (2011, p. 502-503) fala que o assédio moral:

[...] só se configura quando a dignidade de alguém é atacada de modo repetitivo, sistemático e deliberado durante um período de tempo prolongado [...] Liderada, explícita, ou veladamente, por quem a perpetra, a prática desmoralizante recebe adesões e se propaga de modo a isolar cada vez mais a pessoa visada. O objetivo é excluir, desqualificar profissionalmente e desestabilizar emocionalmente alguém que, por motivos os mais diversos, tenha se tornado indesejável para o/a perpetrador/a do assédio.

O assédio moral torna-se mais comum quando é executado por pessoas ocupantes de cargos de chefia aos seus subordinados, quando a chefia percebe que o seu subordinado pode ser mais qualificado para exercer sua função, por exemplo. Mas também existem outras modalidades de assédio moral, como a que pode ser cometida pelos subordinados ao chefe; ou o assédio horizontal que pode ser exercido por pessoas ocupantes de um mesmo nível hierárquico e ainda o assédio moral coletivo quando um grupo de trabalhadores é atingido (SELIGMAN-SILVA, 2011).

Sobre o assédio praticado por pessoas ocupantes de cargo de chefia, alguns trabalhadores dos CRAS relatam ter passado ou presenciado situações que remetem aos excessos de alguns coordenadores de CRAS, que pela prática rotineira de alguns comportamentos podem impulsionar o adoecimento dos que estão sob sua gestão. Seguem relatos:

Não aqui [*fala do antigo CRAS que trabalhava em Maracanaú*]. [...] Porque a relação que se estabelecia era horrível. Eu era chamada de meia profissional em todo canto. Quando na realidade, eu era a pessoa que mais fazia atendimentos, eu era a pessoa que mais fazia visitas [...] Então, eu não conseguia tá tranquila porque sempre tinha uma pessoa me cobrando, porque eu estava *estudando* [*não especificaremos o curso para não identificar o servidor*]. [...] Era muito adoecedor. Eu chorava por tudo e por nada! Eu falei isso pra gestão. Me disseram que eu tinha

que ser mais flexível! Quando eu fui dizer que eu não tava aguentando mais! Foi isso que fizeram! Hoje, aqui é muita coisa, é! [*Fala que o CRAS Anita Garibaldi possui mais trabalho, mas que prefere estar neste CRAS a estar no anterior por conta do antigo coordenador*] Mas, eu consigo ser mais tranquila porque as relações, elas são de mais respeito e isso conta muito (*IDEALISMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

[...] Tem uma hierarquização muito grande de coordenação e técnicos. Digamos que tem os preferidos e os não preferidos. [...] Ela sai do profissional e vai para o pessoal [...] Eu acho tão desconfortável ela gritar na recepção, tanto ela como essa outra pessoa faz isso [*Fala das atitudes da coordenação e de um técnico de nível médio que, segundo o entrevistado, é protegido pela coordenação*]. Então, as duas acabam praticando assédio moral. E que não é chamado, não é chamado à atenção da pessoa. E os próprios usuários se sentem incomodados quando acontece isso. Já chegou ao ponto de usuários discutirem com ela dentro da sala de atendimento (*DIGNIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

Assédio moral eu já presenciei coordenadores usando abusivamente do seu *status* de coordenador para prejudicar pessoas. Inclusive gritar com muita autoridade, tipo tentar prejudicar a pessoa falando e restringindo alguma coisa dela na coordenação, eu já vi isso acontecer, inclusive aqui. Mas não comigo (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Sim. Assédio moral [...] Já vi com outras pessoas [*o assédio moral da coordenação com funcionários*] [...] Que essa pessoa chegou a chorar para mim relatando o quanto foi desagradável, porque foi na frente de outras pessoas, e eu fiquei nossa muito entristecida [...] Coordenação com os próprios funcionários. De chamar a atenção na frente de todo mundo, em voz alta. De, até mesmo, constranger. É basicamente isso. (*FELICIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

[...] nós já passamos por coordenações bem complicadas né! Da questão do autoritarismo. Da questão de chamar sua atenção em público, nós já passamos por situações como essas (*HUMANIZAÇÃO, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Sim. Assédio moral [...] A auxiliar de serviços do mesmo jeito. Ela (*a coordenação*) já dizia que a auxiliar de serviços gerais já vinha dando problemas há muito tempo. Mas por quê? Porque ela (*a coordenação*) queria que a auxiliar de serviços gerais servisse o café, fosse deixar café na mesa dela, fizesse comida para ela. [*foi pedida pela coordenação a transferência dessa profissional também*] [...] Com a nova auxiliar de serviços gerais tá do mesmo jeito. A coordenação andou chamando ela, para falar algumas coisas. Ai parece que a mulher disse que próximo mês faria. Ela [*a coordenação*] falou: “você nem sabe se próximo mês tá aqui!”. Ai agora a mulher [*a nova auxiliar de serviços gerais*] faz tudo que ela [*a coordenação*] quer, com medo de ser transferida. Ela [*a coordenação*] não tinha a necessidade disso. Falta profissionalismo (*DIGNIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

O relato dos trabalhadores traz o sentimento de humilhação e de injustiça. Essa mistura de sentimentos é tratada por Seligmann-Silva (p, 506, 2011) como a possibilidade de causar no trabalhador:

[...] Raiva silenciada pelo medo de sanções ou mesmo demissão. O esforço para conter a dor psíquica e a revolta pode tornar-se extenuante. Pois, à medida que o desgaste psíquico paira sobre essas situações, surge o temor de explodir de forma agressiva e assim perder o emprego.

Importante também caracterizar o que Pezé (2002 e 2008) e Soboll (2008) chamaram de assédio organizacional. Os autores distinguem assédio individual do organizacional. Para eles, este tipo de assédio é usado para maximizar a sobrecarga de trabalho, intensificando as ações para conseguir o alcance das metas. Muito embora o praticante do assédio seja individualizado em suas ações, é preciso destacar que os ocupantes de cargos de chefia também sofrem pressões que, por vezes, são tão extenuantes que dependendo da situação e da pessoa, ocorre mesmo uma intermediação do assédio sofrido em cadeia atingindo a todos os trabalhadores. O grande problema se dá na clara distinção entre o que pode ser um caso isolado de assédio individual de um caso de assédio organizacional, o de identificar quando o chefe é apenas um intermediador de um assédio organizacional.

A seguir o discurso de três coordenadores de unidades de CRAS, sobre o assédio moral sofrido por eles:

Hoje! Hoje, numa reunião de coordenadores, onde indiretamente se disse que se não tivesse uma, não foi exatamente a questão de dizer que se não tivesse apoio a tal partido [*político*], a tal candidato, mas que, acho que talvez, não era nem o apoio, mas o que se quer é a falta de embate. E aí inclusive com falas de que a gestão não poderia segurar coordenações se não tivesse suporte das coordenações nos diálogos com os partidos, com os políticos, enfim. É meio uma fala de causar mesmo, de tentar, eu acho, de tentar causar medo. E eu acho que é uma forma de assédio moral (*JUSTIÇA, CRAS LINA BO BARDI*).

Assédio moral, demais! No começo, logo, já tô muito tempo aqui, logo no comecinho, tinha uma pessoa extremamente grosseira que chegava inclusive a chamar os funcionários de burros, em algumas reuniões [...] E recentemente, também! O fato de se ter cobranças indevidas. Eu acho que isso, para mim, é um assédio moral (*ALTRUÍSMO, CRAS ANITA GARIBALDI*).

[...] assédio moral, eu creio que sim. E aí eu amplio. É mais o assédio institucional. A minha coordenadora antiga fazia muito [...] então, quase todo dia tinha ligações, quase todo dia tinha gritos, quase todo dia tinha mandos, quase todo dia tinha vários conflitos com ela [...] Mas nunca levei para uma questão de justiça e tal, mas eu percebia esse assédio moral, o assédio institucional (*ÉTICA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

O que ocorre no caso de um assédio organizacional é que por conta das pressões que os coordenadores sofrem para o alcance das metas e dos resultados que a política de assistência social requer, pode desencadear a liberação de manifestações de assédio individual praticado por eles aos seus subordinados, uma espécie de liberação do sadismo antes contido. Esta possibilidade é trabalhada por Seligmann-Silva (2011).

Toda essa complexidade organizacional que paira sobre os coordenadores de CRAS pode individualizar a culpabilização de algo maior, “[...] Uma interpretação menos individualizadora do assédio também pode contribuir para modificar o foco de atenção,

deixando de restringi-lo à “busca e culpabilização do algoz” para perceber o contexto e a responsabilidade da organização pelo assédio sofrido” (SELIGMANN-SILVA, p. 504, 2011).

Acrescido a este contexto, os trabalhadores de Maracanaú, desde o ano de 2013, sofrem com os impactos decorrentes da Lei nº 2.019 de 25 de junho de 2013. Esta lei alterou o Estatuto do Servidor municipal de Maracanaú no que diz respeito aos atestados médicos apresentados pelos trabalhadores. Fala que em hipótese de falta decorrente de atestado médico, o servidor manterá o salário base e perderá as demais vantagens pecuniárias que lhe dizem respeito. A perda se dará nos seguintes percentuais, conforme art. 45, § 1º “I - Nenhum percentual de desconto, em caso de apresentação de um (01) atestado médico; II - 25% em caso de apresentação de dois (02) atestados médicos; III - 50% em caso de apresentação de três (03) ou mais atestados médicos”. Isto quando o atestado é submetido no prazo de até noventa dias.

O direito de adoecer com dignidade, tendo suas vantagens pecuniárias mantidas, é hoje no município de Maracanaú um caso processual, causador de diversos embates entre gestão municipal e trabalhadores. Numa realidade de trabalho em que mais de 90% dos entrevistados nessa segunda fase da pesquisa relatou ter adoecido em decorrência do trabalho, a sanção de uma lei com esse teor causa uma insatisfação quase que generalizada nos trabalhadores.

A pesquisa então quis entender como se dá a relação adoecimento, perda salarial e notificação do atestado na junta médica de Maracanaú. Perguntamos aos trabalhadores se eles chegaram a negociar com a coordenação imediata não submeter o atestado de saúde na junta médica e mais de 63% indicaram que sim negociam não entregar o atestado médico.

A pesquisa identificou o crescente sub-registro na notificação dos agravos de saúde no município. Inúmeras estratégias foram criadas pelos trabalhadores dos CRAS, a fim de não terem seus vencimentos reduzidos. A trabalhadora *Cidadania* do CRAS *Clementina de Jesus* prefere “prestar o serviço num outro dia que estejam precisando, no sábado, entendeu?”. O trabalhador *Altruísmo* do CRAS *Anita Garibaldi* relata o porquê de negociar o atestado:

[...] Primeiro fator principal: salário né! A gente com aquela lei do atestado, a gente perdeu as gratificações. Então, primeiro fator é esse. Eu acho que na verdade é o único fator! Porque a gente, às vezes, até doente, a gente quer trabalhar. Já aconteceu de doente vim trabalhar, mas pelo compromisso. Tinham questões que tinha que ser resolvido e eu não pude esperar a doença passar né. Mas assim, fator mesmo primordial é a questão do salário. A gente perde tanto!

Importante destacar que o coordenador não libera o servidor do trabalho, ele compensa esses dias de atestado. A compensação ocorre dentro de uma perspectiva que posteriormente os trabalhadores paguem esses dias, não podendo ultrapassar três (acordo criado por algumas coordenações, segundo relatos). Assim, o trabalhador conta com a compreensão e ato discricionário do coordenador para esses assuntos.

Esta situação torna invisível, em alguns casos, a notificação de doenças relacionadas ao trabalho, inviabilizando o trabalho preventivo por parte do município. Este trabalho preventivo foi destacado pelos trabalhadores como algo fundamental no processo saúde/doença. Mais de 72% dos entrevistados indicam que a responsabilidade pela saúde do trabalhador é da gestão municipal, referindo-se à Proteção Social Básica e à gestão do trabalho (Recursos Humanos). No entanto, o que se observa com a pesquisa é que atualmente não há por parte da gestão municipal um trabalho sistemático de acompanhamento e prevenção relacionados à saúde do trabalhador. Os entrevistados, como forma de fomentar a saúde dos trabalhadores na política de assistência social, indicam possíveis saídas. Dizem o seguinte:

Eu acredito que poderia ter um psicólogo que atendesse aos trabalhadores, entendeu? Não no sentido de fazer terapia e tudo, mas no sentido de ajudar a gente a superar algumas coisas que são condição daqui (*ESPERANÇA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

O trabalho é de segunda a sexta, mas tirei a sexta-feira para nas unidades, separadamente, uma atividade laboral, mais a nível de recreativo, mais lúdico [...] Fosse feito, promovido um movimento de cuidado do trabalhador com massoterapia, com atividades de, possivelmente, trouxessem um comediante, uma zumba, pra poder tá dançando ou outro tipo de ritmos, aulas de ritmos. Um dia “D” cuidado com a saúde do trabalhador (*FELICIDADE, CRAS MARIA QUITÉRIA*).

Aqui são vários fatores né! Eu acho que melhores condições de trabalho. Eu penso assim que, eu vou dizer da isonomia salarial [...] Porque hoje a gente encontra profissionais de vínculos diferenciados, realizando as mesmas atividades, com a mesma carga horária e assim, às vezes, tem redução, uma disparidade enorme [...] Na minha seleção, nós tivemos redução salarial de 10% sobre o salário. Isso impactou demais. No momento em que isso aconteceu, eu tava de licença (*médica*). Então, o momento que eu mais precisei, veio sem aviso de repente a redução (*AMIZADE, CRAS ANITA GARIBALDI*).

Criação de espaços de atendimento ao servidor. Aí a minha sugestão, ficaria sugestão setor de recursos humanos, e esse recursos humanos encaminharia para o atendimento direto ao trabalhador [...] Ter que ter um órgão, um local que ele possa ser encaminhado para algum tipo de adoecimento, seja físico ou mental. Então, a sugestão sempre foi essa. Quem nos escuta? Quem nos atende? Quem paga plano de saúde é a gente, quanto tem! E o município não dispõe desse núcleo de atendimento ao trabalhador. E a gente é que tá direto com o usuário, a gente que tá direto vivenciando esse caos. E aí? (*ÉTICA, CRAS NISE DA SILVEIRA*).

Assim, o indicativo de melhoras nas condições de trabalho é o cerne das sugestões dos trabalhadores para se ter um trabalho coeso em saúde do trabalhador. Como condições de trabalho é preciso pensar em diminuições da intensificação do trabalho, através de aumento do número de trabalhadores nas equipes; melhoria na estrutura física dos CRAS; recomposição salarial; propostas de incentivo para que o servidor permaneça na política de assistência social; retomada do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos que está parado desde o ano de 2016 e o fortalecimento da política de gestão de trabalho.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs reunir elementos que contribuam na discussão da relação saúde/trabalho. Tivemos como questão central analisar em que medida aspectos relacionados ao trabalho poderiam impactar na saúde física e mental dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de Maracanaú. Para isso, tomamos como norte conhecer e avaliar o contexto de trabalho, bem como, a percepção que os trabalhadores dos CRAS possuem sobre a relação entre trabalho e saúde.

As dificuldades no caminhar desta pesquisa foram muitas, mas a maior deu-se na busca pela caracterização dos afastamentos por motivo de saúde dos trabalhadores do ano de 2005 até 2017. Esta caracterização não foi possível, pois a Junta Médica de Maracanaú, mesmo com o termo de fiel depositário (Apêndice 3) e os ritos formais de uma pesquisa, não nos disponibilizou os dados que necessitávamos. Entendemos que a não disponibilização desses dados é um indicativo de que não há uma sistematização dos mesmos para publicação, assim como, uma preocupação de trabalhá-los numa perspectiva mais ampliada da promoção da saúde dos trabalhadores.

A política de assistência social é nova em seu caminhar, já que sua inclusão com os moldes de política pública deu-se a partir de sua inclusão na Constituição Federal de 1988, e sua estruturação ocorreu somente com a criação da Política Nacional de Assistência Social em 2004. A sua consolidação ainda é um processo a ser cotidianamente buscado por cada um que compõe a rede complexa de proteção social. Por conta disto, e de outros elementos que dizem respeito ao conservadorismo de uma sociedade que tem em sua base a escravidão como processo de formação social, historicizasse a culpabilização do indivíduo por sua condição de pobreza e não disponibiliza para o mesmo uma rede de proteção suficientemente forte para romper a questão da pobreza.

O não investimento na política de assistência social e a não valorização dos seus trabalhadores provocam tanto a má oferta dos serviços à população, como o adoecimento dos que estão responsáveis pela operacionalização desta política de direitos, tão fundamental numa sociedade extremamente desigual em renda e em capital cultural como a brasileira. A justiça social ainda é um horizonte.

Acreditamos que a construção de um fazer diferente, mesmo com as limitações do dia a dia, é realizada com maestria pelos trabalhadores da política de assistência social no município de Maracanaú. Numa tentativa de driblar a insatisfação, a intensificação do trabalho e todas as condições adversas, os trabalhadores se reinventam cotidianamente para

melhor atender seu público, no entanto, veem-se desprovidos do suporte necessário para se evitar adoecer pelo trabalho.

Reconhecemos a complexidade que permeia a relação existente entre saúde e trabalho. Diante disto, a pesquisa buscou ampliar as possibilidades utilizando uma metodologia que abarcasse a dimensão de elementos que contribuíssem para a problematização do adoecimento pelo trabalho. O recurso dos questionários da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho proporcionou uma visão mais ampliada dos aspectos relacionados às condições de trabalho, à organização do trabalho e às relações socioprofissionais em que vivem e se relacionam os trabalhadores dos CRAS. Tal metodologia pode alcançar 83,67% dos trabalhadores dos CRAS de Maracanaú. Este número representou, em nossa avaliação, uma boa adesão à pesquisa na parte da aplicação dos questionários EACT.

Obtivemos a adesão de 100% das unidades de CRAS na resposta dos questionários. Constatamos que a maioria dos trabalhadores é mulher, indicando que a política de assistência social na Proteção Social Básica (PSB) é conduzida por mulheres. Apesar do número de servidores efetivos ter diminuído dos anos de 2013 até 2017, os CRAS ainda possuem a maior parte de seus servidores como profissionais de carreira. O grupo de trabalhadores envolvidos nesta pesquisa possui como característica a busca pela qualificação profissional, pois 82,92% possuem algum tipo de pós-graduação. A formação que se destaca é a de serviço social, seguida pela formação de pedagogos e de psicólogos. A carga horária de trabalho nos CRAS ainda é bastante diferenciada, pelos mais diversos motivos, variando de 40h até 24h. Os trabalhadores com cargas horárias diferenciadas não apresentaram diferenciações na execução dos serviços nos CRAS, muito embora apresentem distinção salarial.

No geral, o que a pesquisa identificou foi que todos os CRAS de Maracanaú encontram-se em “situação-limite” para o adoecimento. Em primeiro lugar, quando analisamos cada um dos blocos separadamente, a pesquisa mostrou que as condições de trabalho nos CRAS representam o maior fator de risco para o adoecimento com um resultado considerado pela escala como grave, indicando que os trabalhadores estão submetidos a condições de trabalho degradantes com forte risco de adoecimento, exigindo da gestão municipal uma intervenção imediata. Em segundo lugar, a pesquisa mostrou que a organização do trabalho aparece como fator de risco para o adoecimento dos trabalhadores dos CRAS, com um resultado crítico, requerendo do município intervenção a curto e médio prazo. As relações socioprofissionais mostram-se satisfatórias para a maioria dos CRAS.

A pesquisa então evidenciou que são as condições de trabalho os maiores geradores de adoecimento dos trabalhadores lotados em CRAS. Por condições de trabalho entendemos o seguinte: a precariedade das relações de trabalho, o ambiente físico, o mobiliário, o material e os instrumentais de trabalho e o próprio local em que o CRAS está inserido.

Quando vamos para uma relação mais aproximada com os trabalhadores, e isto pode se dar através das entrevistas, o que nos chamou a atenção foi o fato de que os relatos de sofrimento em decorrência do trabalho nos CRAS são pelos mais distintos motivos, mas o mais recorrente foi pelo baixo número de servidores para a execução dos serviços, frente a uma demanda que só aumenta; a desvalorização do trabalhador pela retirada da complementação salarial (insalubridade); não reajuste salarial na data base municipal; congelamento do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV); a péssima infraestrutura da grande maioria das unidades de CRAS; a falta de recursos materiais para a execução das atividades; uma gestão municipal não resolutiva, que não se empenha em sanar os problemas dos CRAS; o nível de cobrança que a secretaria lança aos trabalhadores sem o suporte necessário.

Percebemos que os trabalhadores reconhecem que o trabalho e as condições que estão inseridos são causadores de adoecimento e por isso usam inúmeras estratégias para minimizar o sofrimento vivenciado como recorrer à terapia, à família ou à própria fuga da realidade que estão inseridos, através da negação de sua condição.

Vinte e três trabalhadores que aderiram à pesquisa na resposta do questionário EACT disseram ter adoecido em decorrência do trabalho que executa. Isso corresponde a 56,09% do total. Este número é revelador e necessita da gestão municipal uma intervenção imediata. O reconhecimento de que o trabalho é causador de adoecimento também abre possibilidades para a prevenção. Os trabalhadores indicaram a criação pela gestão municipal de uma política de saúde do trabalhador, com atividades e profissionais para atender e encaminhar as situações de adoecimento quando necessárias. Falaram também da recomposição salarial e da melhoria das condições insalubres que estão submetidos.

Diante desse cenário e de uma redução no orçamento para o funcionamento do SUAS para o ano de 2019 em 50%, acreditamos que a degradação do trabalho e a ofertas dos serviços tenderão a piorar nos próximos anos, aumentando assim a possibilidade do trabalhador das unidades de CRAS adoecerem com maior frequência, caso não haja a recomposição orçamentária necessária.

Este estudo não pretendeu ser conclusivo no que diz respeito às relações existentes entre as condições de trabalho e o adoecimento dos trabalhadores dos CRAS. Deixamos como possibilidade de novas pesquisas, o aprofundamento da questão do assédio moral institucional, individual, bem como, a perseguição política aos trabalhadores da política de assistência social e como os trabalhadores criam as resistências locais, através do Fórum dos Trabalhadores e sindicatos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, E. L. de. **Gestão do trabalho no SUAS**: uma análise a partir das perspectivas dos trabalhadores dos CRAS de Maracanaú. Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Estadual do Ceará. Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social. Fortaleza, 2016.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 1. reimp. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. – São Paulo: Boitempo, 2011.

ANIBAL, Quijano. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. *In.*: **A colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias sociales. Buenos Aires. 2005. Disponível em http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf. Acesso em 08 jul. 2018.

ANTUNES, R. L. C. **Adeus ao trabalho?** : ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

_____. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. – [2.ed., reimpr. Ver. e ampl.]. – São Paulo, SP: Boitempo, 2009.

ARAÚJO, C. C. *et al.* **Implantação e implementação do Sistema único de Assistência Social (SUAS) nos estados do Pará, Maranhão, e Pernambuco**: uma análise dos resultados de pesquisa empírica. *In.*: O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. Berenice Rojas Couto... [et al.]. – 2ª. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. **Crise do capital, fundo público e valor**. *In.*: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história / Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 9. ed. – São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica de serviço social ; v.2).

BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. – São Paulo: Cortez, 2016.

_____. Condições de trabalho e a luta dos (as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas. *In.*: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 107, p. 557 – 584, jul./set. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado, 1988.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo: 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230765&search=ceara|maracanau>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011**. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm > Acesso em: 06 jan. 2018.

_____. **Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919**. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919-571001-publicacaooriginal-94096-pl.html> > Acesso em : 08 out. 2017.

_____. **Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967**. Integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5316-14-setembro-1967-359151-publicacaooriginal-35290-pl.html> > Acesso em: 08 out. 2017.

_____. **Lei nº 3.397, de 24 de novembro de 1888**. Fixa a despesa geral do império para o exercício de 1889 e dá outras providências. Disponível em: < <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50433&norma=66223> > Acesso em: 08 out. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm > Acesso em: 08 out. 2017.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm > Acesso em: 03 nov. 2018.

_____. **Lei nº 12.435, de 6 de Julho de 2011**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social.

_____. **Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração d o trabalho do Assistente Social.

_____. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

_____. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. – 1.ed. Brasília. 2009.72p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2012**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de

Assistência Social, 2013. Disponível em <
<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2013**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2014. Disponível em <
<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2014**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2015. Disponível em <
<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2015**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2016. Disponível em <
<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2016**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017. Disponível em <
<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2017**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2018. Disponível em <
<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. PNAS/2004. Brasília, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadernos de Orientações sobre o índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social – IGDSUAS**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Gestão do SUAS. Coordenação Geral de Apoio ao Controle Social e a Gestão Descentralizada. Brasília, maio de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. Brasília – DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Organizado

por Elizabeth Costa Dias. Colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114).

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Nota técnica nº 2/2011/DPSB/SNAS/MSD**. Nota técnica – Metas de Desenvolvimento dos CRAS por períodos anuais 2008/2013: Históricos e Objetivos. Brasília, DF. 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Nota técnica nº 27/2015/DGSUAS/SNAS/MDS**. Metodologia de cálculo relativa aos novos indicadores de desenvolvimento das unidades CRAS e CREAS – IDCRAS e IDCRES referentes ao ano de 2014. Brasília. 2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual de preenchimento do questionário CRAS**. Censo SUAS 2017. CRAS. Brasília. 2017.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

_____. **Resolução nº 21, de 18 de dezembro de 2018**. Publica as deliberações da 11ª Conferência Nacional de Assistência Social. Disponível em: < <https://blogcnas.org/2017/12/19/conselho-nacional-de-assistencia-social-publica-as-20-deliberacoes-da-11a-conferencia-nacional-de-assistencia-social/> >. Acesso em: 09 jan. 2018.

CARVALHO, A. M. P; SILVEIRA, I. M. M. **A consolidação da assistência social como política pública no século XXI**: O desafio da educação permanente como princípio estratégico na gestão do trabalho. *In.*: Gestão do trabalho no SUAS: uma contribuição necessária para ressignificar as ofertas e consolidar o direito socioassistencial. Brasília. DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidade e limites na pesquisa em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, jun., 2008.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAVALCANTE, G. B.; AZEVEDO, M. R de C. **Observação participante**: o olhar que aproxima e revela. *In.*: ALVEZ, Giovanni; SANTOS, João Bosco Feitosa dos (orgs). – Bauru: Canal 6, 2014.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível?. 4. ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

CHAUÍ, M. **Cultura e Democracia**. *Crítica e Emancipación*. Ano I, n. 1, 2008.

CRENSHAW, Kimberle. **A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero.** Relações raciais (1ª edição). 27 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2018.

CLOT, Y. *Agir em clinique du travail*. Toulouse: Èrès, 2010.

DAL ROSSO, S. **Mais Trabalho!** A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. – 5. ed. Ampliada – São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DYE, THOMAS R. **Models of politics:** some help in thinking about public policy. In.: DYE, Thomas. *Understanding public policy*. New Jersey: Prentice Hall, 1972.

DIAS, E. C. **Saúde do trabalhador.** In.: TODESCHINI, R. (Org.). Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: Fundacentro/CUT, 1996.

_____. **A organização da atenção à saúde do trabalhador.** In: FERREIRA FILHO, M. (Org.). *Saúde no trabalho*. São Paulo: Rocca, 2000.

FONTENELE, I. C. **A trajetória Histórica da Assistência Social no Brasil no Contexto das Políticas Sociais.** In.: Política de Assistência Social e temas correlatos. Org. Solange Maria Teixeira. – Campinas: Papel Social, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, M. **A arte de Pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 7º ed. – Rio de Janeiro: Record, 2003.

GOMES, A. M. A. et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014>. Acesso em: 08 jan. 2018.

GORZ, A. **Crítica da organização do trabalho.** São Paulo: Martins Fontes, 1980.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; NEWMAN, T. B. **Delineando estudos transversais e de coorte.** In.: Delineando a pesquisa clínica. HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional / Marilda Villela Iamamoto. – 21. Ed. – São Paul, Cortez, 2011.

_____. **O serviço social na cena contemporânea.** In.: Conselho Federal de serviço Social (CFESS). Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.

IIDA, I. **Planejamento estratégico situacional**. Prod. Vol. 3. nº 2. São Paulo. Jul./Dec. 1993. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65131993000200004 > Acesso em: 02 nov. 2018.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; FROZZA, K. M. **Instrumentos e mecanismos de gestão**: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. Rev. Adm. Pública – Rio de Janeiro 49 (4): 1059-1079, jul/ago. 2015.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LANCMAN S, SZNELWAR L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Org., Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

LAST, J. M. **Dictionary of epidemiology**. 3th ed. Oxford: Oxford University, 1995.

LOURENÇO, E. A. S. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Capitalismo Contemporâneo**. In.: Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo / org.: Edvânia Ângela de Souza Lourenço. – Campinas: Papel Social, 2016. 428 p. (27-48).

MACHADO, J. M. H., 1997. **Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Cadernos de Saúde Pública, 13 (2): 33-45.

MALINOWSKI, B. **Objeto, Método e alcance desta pesquisa**. In.: Os Argonautas do Pacífico Ocidental. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MARACANAÚ. **Lei Nº 447 de 19 de setembro de 1995**. Estatuto dos servidores públicos da administração direta, autarquias, fundações públicas do município de Maracanaú. 1995.

_____. **Lei Nº 1.872, de 29 de junho de 2012**. Institui o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos Servidores Públicos do Poder Executivo do Município de Maracanaú, reestrutura o quadro de cargos na Administração Pública, na forma que indica, e adota outras providências. Maracanaú. 2012a.

_____. **Lei Nº 1.874, de 29 de junho de 2012**. Institui o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos Servidores Públicos do Órgão gestor da Política de Assistência Social do Município de Maracanaú, reestrutura o quadro de cargos do SUAS, na forma que indica, e adota outras providências. Maracanaú. 2012b.

_____. **Lei Nº 2.019, de 25 de junho de 2013**. Altera a Lei Municipal nº 447, de 19 de setembro de 1995, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos da Administração Direta, Autarquias e Fundações Públicas do Município de Maracanaú, modificada pela Lei nº 1.985, de 10 de abril de 2013, na forma que especifica. Maracanaú. 2013.

_____. **Lei nº 2.600, de 13 de abril de 2017**. Define, nos termos da constituição federal de 1988 e da lei complementar nº 101/2000, os critérios para a efetivação das promoções e progressões e outras alterações na estrutura da carreira nos planos de cargos, carreiras, vencimentos e remunerações dos servidores públicos de que tratam as leis nº 1.510 de 29 de dezembro de 2009, alterada pela lei nº 2.567 de 29 de dezembro de 2016, 1.872 de 29 de

junho de 2013, 1.874 de 29 de junho de 2012, 1.875 de 29 de junho de 2012 e 1.583 de 17 de junho de 2010, e dá outras providências. Maracanaú. 2017.

_____. **Plano Municipal da Assistência Social de Maracanaú 2014-2017**. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Maracanaú. 2014.

_____. **Plano Municipal da Assistência Social de Maracanaú 2018-2021**. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Maracanaú. 2018.

_____. **Relatório de Gestão de 2016**. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Maracanaú. 2016.

_____. **Relatório de Gestão de 2006**. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Maracanaú. 2007.

MARTINS, J. T; ROBAZZI, M.L.C.C; BOBROFF, M.C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão às luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm USP**. 44(4):1107-11, 2010.

MASCARO, A. L. **Estado e forma política** – São Paulo, SP: Boitempo, 2013.

MATTOSO, J. E. L. **A Desordem do Trabalho**. São Paulo: Página Aberta / Escrita, 1995.

MAURIEL, A. P. O. **Pobreza, seguridade e assistência social**: desafios da política social brasileira. *In.*: Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. Ana Elizabete Mota (org.). – São Paulo: Cortez, 2012.

MAURO, M. Y. C. et al. **Riscos ocupacionais em saúde**. R. Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, n. 12, p. 338-45, 2004.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Contexto de Trabalho**. *In.*: Mirlene Maria Matias Siqueira. (Org.). Medidas do Comportamento Organizacional: Ferramentas de Diagnóstico e Gestão. Porto Alegre RS: Artmed, 2008, p. 111-123.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Saúde dos trabalhadores**. *In.*: ROUQUAYROL M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Eds.). Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 431-456.

MENDES, J. M. R.; MACHADO, F. K. S. **Saúde do trabalhador no SUAS**. *In.*: FERNANDES, Rosa.M.C; HELLMANN, Aline. (org.). Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil. – Porto Alegre. 1ª ed. Ed. UFRGS, 2016. 320 p.; il. (Coleção CEGOV: Transformando a administração pública).

MENDES, J. M. R.; OLIVEIRA, P. A. B. **Medicina do trabalho**: o desafio da integralidade na atenção à saúde. *In.*: VIEIRA, S. I. V. (Coord.). Medicina básica do trabalho. Curitiba: Gênese, 1995. v. 4

MENDES, J. M. R. e WUNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MENDES, R; WAISSMANN, W. **Aspectos históricos da patologia do trabalho**. In.: Mendes R. (org.). Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003: 02-45.

_____. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, 32 (115): 153-163, 2007.

MENES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, R. **A atualidade da obra de Ramazzini, 300 anos depois**. In.: As doenças dos trabalhadores. Tradução de Raimundo Estrêla. – 4 ed. – São Paulo: Fundacentro, 2016, 321 p.; il. Color.; 24 cm.

_____. **Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: Contribuição para definição de uma Política**. Tese de livre docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1986.

MENY, Y.; TOENING, J.C. **Las políticas públicas**. Barcelona: Editorial Ariel, 1992.

MÉSZÁROS. I. **O século XXI: socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo, 2003.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____. **O desafio do Conhecimento**. São Paulo. Hucitec, 1993.

MUNIZ, E. **Equipes de referência no SUAS e as responsabilidades dos trabalhadores**. In.: Gestão do trabalho no âmbito do SUAS: Uma contribuição necessária para ressignificar as ofertas e consolidar o direito socioassistencial. Brasília. DF: MSD: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

NOGUEIRA, A. J. F. M. **Relações de trabalho no setor público**. In: Anita Kon. (Org.). Indústria, Trabalho e Tecnologia: Subsídios à Política Pública. São Paulo: CAPES / EITT-PUCSP, 2005, v. , p. 7-36.

OLIVEIRA. F. **Economia e política das finanças públicas: uma abordagem crítica da teoria convencional, à luz da economia brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2009.

OLIVEIRA. F. de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, M. H. B de. ; VASCONCELLOS, L. C. F. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 8 (2): 150-156, abr/jun, 1992.

PEREIRA, P. A. **A assistência social na perspectiva dos direitos: Crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil**. Brasília, Thesaurus, 1996.

PEREIRA, Ana Paula da Silva. **O projeto de revisão do plano diretor de Maracanaú-CE: experiência de participação popular?** Dissertação (Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade). Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza, 2011.

PEZÉ, M. *Ils me mouraint pas tous, mais tous étaint frappes*. Paris: Pearson, 2008.

_____. *Le deuxième corps*. Paris: La Dispute, 2002.

PIERSON, C. **Beyond the Welfare State?** Cambridge: Polity Press, 1991.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

POTYARA, A. P. P. **A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil**. Revista Ser Social. 119-132. 1998.

_____. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania**. In.: Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. Ivanete Boschetti (org.). – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

RAICHELIS, R. **O trabalho e os trabalhadores do SUAS: o enfrentamento necessário na assistência social**. In.: Gestão do trabalho no âmbito do SUAS: uma contribuição necessária. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – Brasília. DF: MDS: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. 176 p.; 23.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrêla. – 4 ed. – São Paulo: Fundacentro, 2016. 321 p.: il. Color.; 24 cm.

SALVADOR, E. et al. **Financiamento tributário da política social pós-Real**. In.: Financeirização, fundo público e política social. (orgs.). – São Paulo: Cortez, 2012.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X; SAMPAIO, A. M. **Saúde Mental**. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. C. da S.. Epidemiologia & Saúde. 7. ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 736p.

SANTOS, J. S. **“Questão social”**: particularidades no Brasil. – São Paulo: Cortez, 2012. – (Coleção biblioteca básica do serviço social; v. 6).

SANTOS, J. B. F.; OSTERNE, M. S. F.; ALMEIDA, R. O. **A entrevista como técnica de pesquisa do mundo do trabalho**. In: ALVEZ, G.; SANTOS, J. B. F. dos (orgs.). – Bauru: Canal 6, 2014.

SANTOS, L. A. de C. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n.2, p. 193-210, 1985.

SANTOS, W. G. dos. **Décadas de Espanto e Uma Apologia Democrática**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SCHILLING, R. S. F. **More effective prevention in occupational health practice**. Journal of the Society of Occupational Medicine, n. 39, p. 71-79, 1984.

SETÚBAL, A. A. **Análise de conteúdo**: suas implicações nos estudos das comunicações. In: MARTINELLI, M. L. (org). Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. – São Paulo: Veras, 1999. – (Série Núcleo de Pesquisa; 1).

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

SILVA, A. do C. **Evolução da administração pública no Brasil e tendências de novos modelos organizacionais**. Pós-graduando em Gestão Pública com ênfase em Licitações e Contratos – ICE – Cuiabá. 2013. Disponível em: < <file:///C:/Users/Isabelle/Downloads/27b4d512efbac7d37520bc37aa78cac1.pdf> > . Acesso em: 03 nov. 2018.

SILVA; BARRETO JUNIOR; SANT'ANA. **Saúde do trabalhador no âmbito municipal**. São Paulo em perspectiva, 17(1): 47-57, 2003.

SILVA, M. B. **Assistência social e seus usuários**: entre a rebeldia e o conformismo. – São Paulo: Cortez, 2014

SILVEIRA, J. I. **Gestão do trabalho**: concepção e significado para o SUAS. In.: Gestão do trabalho no âmbito do SUAS: uma contribuição necessária. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – Brasília. DF: MDS: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. 176 p.; 23.

SINGER, A; LOUREIRO, I. **Elementos para uma cartografia dos desenvolvimento lulista**. In.: As contradições do lulismo: a que ponto chegamos? / organização André Singer, Isabel Loureiro. 1. ed. – São Paulo: Boitempo, 2016. Coleção Estado de sítio.

SOBOLL. L. A. **Assédio moral no Brasil**: a ampliação conceitual e suas repercussões. In.: (Org.). Violência psicológica e assédio moral no trabalho: pesquisas Brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 23-55.

SOUSA NETO, Francisco Oliveira de. **Deslocamentos cotidianos no espaço metropolitano**: as trajetórias Maracanaú-Fortaleza. Dissertação do Programa de Pós-graduação em Geografia - Universidade Federal de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

SPOSATI, A. **Desafios do sistema de proteção social**. In.: Assistência social e filantropia: cenários contemporâneos. Carolina Gabas, Renato Francisco dos Santos Paula, Rosângela Dias Oliveira da Paz (Org.). – São Paulo: Veras Editora, 2012. – (Coleção coletâneas).

_____. **Modelo brasileiro de proteção social não contributiva**: concepções fundantes. In.: Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. 424 p. (13-56).

VASCONCELOS, L. C. F. de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado.** [Tese]. Rio de Janeiro: s.n., 2007. xviii, 421 p.

WAISSMANN W. A. **“Cultura de Limites” e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho.** [Tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2000. 299p.

WERNECK VIANNA, M. L. T. **A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica?** *Praia Vermelha*, Rio de Janeiro, UFRJ, n. 18, 1º sem. 2008.

WÜNCH FILHO, V. **Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores.** *In: MONTEIRO, C.A. (Org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças.* São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 1995.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Em relação à pesquisa: Convidamos o (a) senhor (a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**Trabalho contemporâneo e adoecimento: uma análise dos Centros de Referência de Assistência social de Maracanaú-CE**”, realizada por Isabelle Marques Barbosa e por José Weyne de Freitas Souza. A pesquisa tem por objetivo analisar se existe relação entre as condições de trabalho dos (as) servidores (as) da política de assistência social de Maracanaú-CE com o adoecimento físico e/ou mental, especificamente os lotados nas unidades dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Caso aceite participar da nossa pesquisa, a mesma será dividida em duas etapas. Na primeira, o (a) senhor (a) responderá um questionário, composto por perguntas classificadas por dimensões referentes às condições de trabalho, à organização do trabalho e às relações socioprofissionais. Nessa primeira etapa, o (a) senhor (a) será perguntado (a) se deseja participar da segunda fase da pesquisa. Caso aceite, poderemos realizar com o (a) senhor (a), a critério do estudo, a aplicação de uma entrevista individual composta por blocos de perguntas relacionadas, por exemplo, a vivências, à trajetória profissional, a representações sobre o adoecimento no trabalho, dentre outras questões. Nesta segunda etapa do estudo, a partir do bloco de perguntas relacionadas à identidade, as respostas serão gravadas, caso aceite participar desta pesquisa. A duração média prevista para a entrevista é de 30 minutos, ocorrendo em lugar de conveniência indicado pelo (a) participante da pesquisa.

Em relação aos direitos assegurados aos (às) participantes: Assegura-se a todos (as) os (as) participantes o acesso a todas as informações, bem como, os objetivos e os resultados a que se propõe esta pesquisa. Mantêm-se também o total sigilo, confidencialidade e privacidade dos dados, que somente serão usados nesta pesquisa. O (a) senhor (a) não terá nenhum gasto nesta pesquisa.

Em relação aos riscos relacionados à pesquisa e medidas adotadas para saná-los: Durante a fase da pesquisa relacionada à entrevista, poderá surgir algum desconforto emocional ocasionado por lembranças descontentes. Para minimizarmos ou sanarmos os riscos, respeitaremos esse momento, e caso necessário, interromperemos a entrevista. Também adotaremos como medidas de enfrentamentos aos riscos, que as entrevistas sejam realizadas em local que garanta o sigilo das informações, bem como, a liberdade de o (a) participante não responder perguntas que julgue como constrangedoras. O (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa em quaisquer etapas. E por fim, o (a) senhor (a) terá livre acesso aos resultados desta pesquisa em qualquer tempo.

Em relação aos benefícios esperados com a pesquisa: Os benefícios esperados com os resultados deste estudo é o de conhecer os elementos que formam as relações de trabalho nos Centros de Referência de Assistência Social, identificando possíveis fatores de risco para o adoecimento dos (as) trabalhadores (as) deste local, para assim, dar subsídios para ajudar na elaboração de estratégias para a prevenção do adoecimento decorrente do trabalho.

O comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB) poderá ser consultado sobre a presente pesquisa, a qualquer tempo, no endereço Rua sala 303, 3º andar, bloco D, Auroras nas segundas (8h às 12h), nas quartas (13h às 17h) e nas sextas (8h às 12h) ou pelo telefone: (85) 3332.6190. Caso precise falar conosco, seguem nossos contatos:

Isabelle Marques Barbosa (Assistente social, CRESS 5712) – Telefone: (85) 98841.6664 /
Endereço eletrônico: isabellemarx05@gmail.com

Prof. Dr. José Weyne de Freitas Souza – Endereço eletrônico: joseweyne@unilab.edu.br

CONSENTIMENTOS PÓS-ESCLARECIMENTOS

Eu, _____, RG/CPF, _____, declaro que fui esclarecido sobre a pesquisa supracitada, que foi dada a possibilidade de indagar e de ter minhas dúvidas sanadas sobre quaisquer assuntos relacionados ao estudo. Sendo assim, concordo em participar e contribuir para esta pesquisa, conforme os acordos apresentados neste termo de consentimento, ficando claro que minha participação é voluntária.

Maracanaú-Ce, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante do estudo



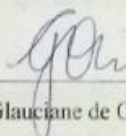
Assinatura da pesquisadora – Isabelle Marques Barbosa

APÊNDICE 2 - TERMO DE ANUÊNCIA**TERMO DE ANUÊNCIA**

Eu, Glauciane de Oliveira Viana, Secretária de Assistência social e Cidadania, declaro para os devidos fins que estou de acordo com a execução da pesquisa intitulada "Trabalho contemporâneo e adoecimento: uma análise dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú-CE", a ser realizada por Isabelle Marques Barbosa sob a coordenação e a responsabilidade do Prof. Dr. José Weyne de Freitas Souza, do programa mestrado Interdisciplinar em Humanidades da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB.

Autorizo a pesquisadora a utilizar os espaços das unidades da Secretaria de Assistência Social e Cidadania – SASC para aplicação de questionários, entrevista individual, observação e registros relevantes à pesquisa.

Maracanaú, 11 de Setembro de 2017.



Glauciane de Oliveira Viana

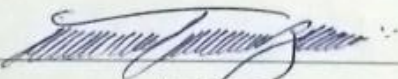
Secretária de Assistência social e Cidadania – SASC

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA – SASC
CENTRO ADMINISTRATIVO
Av. II, nº 150 – Jereissati. CEP: 61.900-370. Telefone: 35215102
www.maracanau.ce.gov.br

APÊNDICE 3 – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO
JUNTA MÉDICA DE MARACANAÚ**

Eu, Thiago Coelho Bezerra,
RG 98002412730, responsável pela Junta Médica de Maracanaú, fiel depositário dos prontuários médicos dos trabalhadores lotados nos Centros de Referência de Assistência Social pertencentes à Secretaria de Assistência Social e Cidadania – SASC, autorizo Isabelle Marques Barbosa a colher dados dos prontuários para fins de seu estudo: “Trabalho contemporâneo e adoecimento: uma análise dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú-CE”.

Maracanaú-CE, 02 de ABRIL de 2018.


Assinatura

Responsável pela Junta Médica de Maracanaú

Thiago Coelho Bezerra
Diretor Presidente - 4PM
Matrícula 99788

APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE CAMPO

ROTEIRO LEVANTAMENTO DE DADOS DO TRABALHADOR DE LICENÇA POR MOTIVO DE SAÚDE NA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL

Pesquisa: Trabalho contemporâneo e adoecimento: uma análise dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú-CE

Pesquisadora: Isabelle Marques Barbosa

Orientador: José Weyne de Freitas Souza

Data da coleta: _____

Identificação do prontuário/arquivo do servidor: _____

I – Caracterização sociodemográfica do trabalhador

1. Idade: _____
2. Gênero: _____
3. Estado civil: _____
4. Filhos: () sim () não. Se sim, quantos: _____
5. Escolaridade: _____
6. Local de moradia: _____

II – Relações e condições de trabalho

1. Local de lotação/ Setor de trabalho: _____
2. Cargo/ função desempenhada: _____
3. Tempo de serviço: _____
4. Faixa salarial: _____
5. Vínculo empregatício com Maracanaú: _____

III – Processos de saúde-doença e licenças do trabalho

1. Motivo do afastamento: _____
2. Período de afastamento: _____
3. Qual a caracterização da Classificação Internacional de doenças e Problemas relacionados à saúde – CID: _____
4. Intervenções necessárias realizadas por este setor: () sim () não. Se sim, quais:

-
5. Houve reabilitação profissional? () sim () não. Se sim, existe descrição de procedimento seguido? Qual? _____
6. Houve deslocamento do trabalhador para outras funções distintas da executada por conta do adoecimento? () sim () não. Se sim, para qual? _____
7. Foi caracterizado como doença do trabalho? () sim () não
8. O trabalhador recebeu a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT? () sim () não

Fontes utilizadas: Documentais relacionadas aos prontuários médicos. Fichas de atendimento próprias do setor.

APÊNDICE 5 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE CAMPO

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO –

PRIMEIRA ETAPA

Questionário nº: _____
Data da aplicação: ____ / ____ / ____

Parte I – Caracterização do trabalhador

1.1. Nome: _____

1.2. Data de nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____

1.3. Gênero/sexo:

homem mulher homem trans mulher trans travesti outro/indefinido

1.4. Grupo étnico:

amarelo branco indígena negro pardo outro: _____

1.5. Estado civil:

solteiro (a) casado (a) união estável divorciado (a) outro _____

1.6. Escolaridade:

Graduação Especialização Mestrado Doutorado Outro _____

1.7. Qual a sua graduação?

Pedagogia Psicologia Serviço social Outra: _____

1.8. Qual seu local de trabalho?

- CRAS Acaracuzinho CRAS Alto Alegre CRAS Antônio Justa
 CRAS Indígena CRAS Jardim Bandeirantes CRAS Jereissati
 CRAS Mucunã CRAS Pajuçara CRAS Parque São João
 CRAS Timbó

1.9. Qual a função que ocupa no CRAS?

Assistente social Pedagogo (a) Psicólogo (a) Coordenador (a)

1.10. Vinculação de trabalho com Maracanaú

Concursado Terceirizado Cargo comissionado Contrato por tempo determinado Outros: _____

1.11. Carga horária de trabalho semanal em Maracanaú

20 horas 30 horas 40 horas Outros: _____

1.12. Indique sua faixa salarial em Maracanaú

() 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos () 4 a 5 salários mínimos () mais que 5 salários mínimos

1.13. Tempo de serviço na prefeitura de Maracanaú? _____ anos

1.14. Tempo de serviço no CRAS? _____ anos

Parte II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CONTEXTO DE TRABALHO (EACT)

Objetivo: O objetivo desta escala é obter informações de como você percebe o seu contexto laboral. Busca-se conhecer os aspectos no trabalho que influenciam na saúde dos trabalhadores. As informações fornecidas a seguir são sigilosas e serão analisadas em conjunto com a resposta de outros (as) trabalhadores (as). Você não será, em nenhuma hipótese, identificado (a).

Orientação: Leia os itens enumerados abaixo e relacione a cada um deles uma avaliação correspondente ao seu contexto de trabalho. Onde:

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Bloco I – Condições de trabalho (CT)

1	As condições de trabalho são precárias?	1	2	3	4	5
2	O seu ambiente físico é desconfortável?	1	2	3	4	5
3	Existe muito barulho no ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
4	O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado?	1	2	3	4	5
5	Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas?	1	2	3	4	5
6	O local de trabalho é inadequado para a realização das tarefas?	1	2	3	4	5
7	Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários?	1	2	3	4	5
8	O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado?	1	2	3	4	5
9	As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas?	1	2	3	4	5
10	O material de consumo é insuficiente?	1	2	3	4	5

Bloco II – Organização do trabalho (OT)

1	O ritmo de trabalho é excessivo?	1	2	3	4	5
2	As tarefas são cumpridas com pressão de prazos?	1	2	3	4	5
3	Existe forte cobrança por resultados?	1	2	3	4	5
4	As normas para a execução das tarefas são rígidas?	1	2	3	4	5
5	Existe fiscalização do desempenho?	1	2	3	4	5
6	O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas?	1	2	3	4	5

7	Os resultados esperados estão fora da realidade?	1	2	3	4	5
8	Falta tempo para realizar pausa de descanso no trabalho?	1	2	3	4	5
9	Existe divisão entre quem planeja e quem executa?	1	2	3	4	5
10	As tarefas são repetitivas?	1	2	3	4	5
11	As tarefas executadas sofrem descontinuidade?	1	2	3	4	5

Bloco III – Relações socioprofissionais (RS)

1	As tarefas não estão claramente definidas?	1	2	3	4	5
2	A autonomia é inexistente?	1	2	3	4	5
3	A distribuição das tarefas é injusta?	1	2	3	4	5
4	Os trabalhadores são excluídos das decisões?	1	2	3	4	5
5	Existem dificuldades na comunicação chefia e subordinados?	1	2	3	4	5
6	Existem disputas profissionais no local de trabalho?	1	2	3	4	5
7	Falta integração no ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
8	A comunicação entre funcionários é insatisfatória?	1	2	3	4	5
9	As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso?	1	2	3	4	5
10	Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional?	1	2	3	4	5

Parte III – Aspectos de saúde

3.1. Você já adoeceu em detrimento das condições de trabalho no CRAS?

() sim () não. Se SIM, indique a doença: _____

Você deseja participar da segunda etapa do estudo? Aplicação de entrevista.

() sim () não

Se sim, preencha os dados abaixo para entrarmos em contato posteriormente, caso seja avaliado necessário pelo estudo:

Telefone de contato: _____

E-mail: _____

APÊNDICE 6 – DIÁRIO DE CAMPO

Data da observação: ___ / ___ / ___

Local observado:

Sujeitos observados:

Atividades/ Situações identificadas:

Início da observação: ____ h ____ min

Término da observação: ____ h ____ min

Duração total da observação: _____

APÊNDICE 7 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE CAMPO
ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL – SEGUNDA ETAPA

Formulário nº : _____
 Data da aplicação: ____ / ____ / ____

Parte I – Caracterização do trabalhador

1.1 Nome: _____

Nº	QUESTÃO	CATEGORIAS	
1.2.	Local de moradia	Caucaia	1
		Fortaleza	2
		Maracanaú	3
		Maranguape	4
		Outro. Qual? _____	5
		Não respondeu	99
1.3	Possui filhos	Sim. Quantos? _____	1
		Não	2
		Não respondeu	99
1.4.	Possui alguma deficiência	Sim	1
		Não	2
		Não respondeu	99
1.5.	Há desvio de função?	Sim	1
		Não*	2
		Não respondeu*	99
* Ir para a questão 1.7.			
1.6.	Por que há o desvio de função? _____ _____ _____		
1.7.	Possui vínculo de trabalho em outro local?	Sim	1
		Não*	2
		Não respondeu*	99
* Ir para questão 1.11.			
1.8.	Qual o tipo de vínculo?	Concursado (a)	1
		Terceirizado (a)	2
		Cargo comissionado	3
		Contrato por tempo determinado	4
		Outra. Qual? _____	5
		Não respondeu	99
1.9.	Por que tem esse outro vínculo? _____ _____ _____		

1.11.	É o (a) único (a) provedor (a) do lar?	Sim * Não Não respondeu	1 2 99
* Ir para questão a parte II – Identidade			
1.12.	Com quem mais divide as despesas	Mãe/pai Esposa/marido Filho (a) Outro. Quem? _____ Não respondeu	1 2 3 4 99

(A partir desse bloco, as respostas serão gravadas)

Parte II – Identidade

2.1. O que é ser um trabalhador do CRAS?

Parte III - Sociabilidade

3.1. Comente sobre sua relação de trabalho com:

- a) os (as) técnicos (as) da unidade;
- b) o (a) coordenador (a);
- c) os (as) usuários (as);
- d) gestão municipal.

Parte IV – Situações de trabalho

- 4.1. Como você imaginou o trabalho na política de assistência social?
- 4.2. Comente sobre os objetivos do seu trabalho. Você percebe o alcance desses objetivos?
- 4.3. Quais as maiores dificuldades para o desenvolvimento do seu trabalho?
- 4.4. Comente sobre as condições de trabalho e de autonomia para realizar as exigências solicitadas a você no cotidiano laboral.
- 4.5. Quais estratégias usadas por você para enfrentar essas exigências?

Parte V – Trajetória profissional

- 5.1. Fale brevemente sobre sua trajetória profissional.
- 5.2. O que fez você escolher trabalhar na política de assistência social?
- 5.3. Depois que você entrou na política de assistência social, quais foram as possibilidades de desenvolvimento profissional?
- 5.4. Existe valorização do servidor? Comente.
- 5.5. O que de atrativo a política de assistência social tem?

5.6. Você pensa em sair do CRAS ou da própria política de assistência social? Comente.

Parte VI – Organização política

6.1. Como é sua relação com o sindicato? Comente.

6.2. Como é sua relação em o Fórum Municipal dos (as) trabalhadores (as) da política de assistência social de Maracanaú? Comente.

Parte VII – Vivências

7.1. O que no seu trabalho lhe dá prazer e o que lhe causa sofrimento? Comente.

7.2. Quais as estratégias utilizadas por você para minimizar o sofrimento no trabalho?

Parte VIII – Representações sobre o adoecimento no trabalho

8.1. Como você vê a relação entre o adoecimento e o trabalho no CRAS? Comente.

8.2. Você já adoeceu em decorrência do trabalho desempenhado no CRAS? Comente.

8.3. Quando adoeceu, negociou com o coordenador da unidade a NÃO entrega do atestado médico na junta médica municipal? Comente.

8.4. Você acredita existir relação entre as condições de trabalho que está exposto e o adoecimento físico e/ou mental do trabalhador? Comente.

8.5. Cite alguma situação em que você vivenciou ou presenciou que seja causadora de adoecimento.

8.6. Indique os fatores que geram insatisfação no seu trabalho. Comente.

8.7. Você já viveu ou presenciou algum tipo de assédio moral e/ou perseguição política no local de trabalho? Comente.

8.8. A quem você atribui o cuidado com a saúde do trabalhador? Comente.

8.9. Como o adoecimento no trabalho poderia ser evitado?

Parte IX – Sobre a entrevista

9.1. Como você se sentiu sobre os assuntos abordados nesta entrevista?

9.2. O que você achou sobre os assuntos e a forma como foram abordados?

9.3. Existem assuntos/perguntas relevantes à pesquisa que não foram tratados nesta entrevista? Quais? Gostaria de comentar ou responder, por favor?

ANEXO

ANEXO 1 – CARTA DE INTENÇÃO DO FÓRUM MUNICIPAL DE TRABALHADORES DO SUAS MARACANAÚ

“Nós trabalhadores (as) e do SUAS de Maracanaú, vimos por meio deste documento, expressar nosso tamanho descontentamento pelo modo como a política de assistência social vem se materializando neste município. Cidade tão premiada pelas boas práticas na efetivação da política de assistência social, reconhecida como referência, entretanto, não nos construímos baseados única e exclusivamente no passado. O cotidiano grita e pede socorro! Apresentando-nos um espaço sócio-ocupacional doente. Sabemos que o contexto nacional se apresenta para o desmonte de várias políticas sociais, mas gostaríamos de enfatizar que nossas péssimas condições de trabalho se desenham desde o ano de 2012, quando falamos de ambientes que não nos proporcionam as mínimas condições de trabalho, a saber: computadores obsoletos; internet de péssima qualidade; telefones fixos com defeitos; celulares institucionais com quantidade ínfima de créditos, que não satisfaz a demanda de contato com os usuários, tão pouco com a rede intersetorial; as salas sem as mínimas condições físicas para um atendimento de qualidade, inclusive que garanta o sigilo ao usuário, isso quando esta mesma sala não é compartilhada entre dois setores, onde o colega de trabalho tem de sair para o outro atender; não há impressoras em todos os equipamentos apesar de há pouco algumas unidades terem recebido impressoras locadas, quando já se existe uma própria – o que faltava era o tonner; Falta um carro de cada unidade. Hoje usamos carros compartilhados, o que restringem as visitas domiciliares e institucionais; benefícios socioassistenciais, compreendidos como de ordem municipal, pouco conseguimos garantir. O acesso está difícil até para o que está em lei, como o auxílio natalidade, o qual a última vez que conseguimos conceder foi final de setembro e início de outubro de 2016, véspera de eleição. São situações que fragilizam e dificultam a organização dos fluxos estabelecidos para a promoção da garantia de direitos aos usuários. Desse modo, como se dão os serviços? De modo sufocante e por vezes desanimador, pois não bastasse a dificuldade de acesso aos requisitos básicos para o bom funcionamento das nossas atividades, não temos recursos humanos suficientes diante da demanda cada vez mais crescente. Vale ressaltar ainda a situação de insegurança vivenciada nos equipamentos, no qual não há a garantia de profissionais que possam resguardar a vida de funcionários e usuários. Nós trabalhadores de diversos vínculos contratados, terceirizados, FAD’s e concursados, estes últimos em números gradativamente decrescentes, de vários níveis de escolaridade, temos vivenciado a cada dia um contexto de perdas. A impossibilidade de adoecer com a chamada Lei do Atestado; corte de insalubridade; congelamento de

gratificações que estão em lei; mudanças de data base para reajustes salarial, inclusive este, abaixo da inflação; falta do próprio reajuste que ocorreu em 2016; demissões repentinas; redução do salário de contratados, sem aviso prévio; seleções com propostas de salários baixos; desrespeitos às regras de promoção e progressão do plano de cargos e carreiras, dessa forma não sendo efetivado, dentre outras perdas. Estamos adoecendo e não por causa de conflitos entre profissionais ou demais questões de ordem individual. Estamos adoecendo em decorrência do alto fluxo de atendimentos a uma população cada vez mais exposta às vulnerabilidades sociais, enquanto não temos o mínimo. Estamos adoecendo por vermos nossos salários sendo reduzidos, ou mesmo, o PCCV indo à falência. Com discursos que profetizam uma crise que só chega para os trabalhadores e para os usuários e que é resultado da má gestão dos recursos públicos e de corrupção. Estamos adoecendo por causa da falta de diálogos e vontade política de uma administração que nos vira as costas, pelo simples fato de lutarmos pelos nossos direitos. Estamos doentes por causa de um contexto nacional tão adverso, e por conta de uma gestão que procura sempre brechas para prejudicar servidores, reduzindo direitos e conseqüentemente desrespeita a possibilidade de uma população usufruir de uma história da política de assistência social que ficou no passado, que serve apenas de holofotes, mas que na prática, não se concretiza. Diante do exposto, solicitamos respeito e providências urgentes para com os trabalhadores e usuários da política de assistência social. Respeito, pois estamos cotidianamente trabalhando em péssimas condições de trabalho, visando garantir mínimos sociais aos usuários, enquanto não alcançamos os próprios direitos. Providências urgentes no que tange à promoção de um ambiente de trabalho profícuo para o bom desenvolver das nossas atividades e salários dignos. Não podemos admitir que a “cidade do futuro” haja de forma tão devasta. Desrespeitando direitos e sobrevivendo de *marketings* que pouco retrata a realidade. Enfim, resumindo: as condições humanas, estruturais, financeiras de trabalho e a desproteção social para com o usuário é o que está causando a insatisfação e o adoecimento do trabalhador. Não é necessário ser um estudioso para diagnosticar tal fato, apesar de a maioria que serve a esta política se identificar com a mesma. Para finalizar, trabalhadores que aqui estão se vocês se reconhecem como tal, façam sua parte também como sujeitos de direitos laborais”.

ANEXO 2 - CARTA DE ENCAMINHAMENTO



CI Nº 102/2017

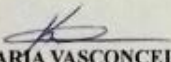
CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Prezado(a) Coordenador(a),

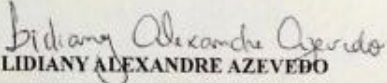
A Gestão do Sistema Único de Assistência Social – GESUAS / Gestão do Trabalho vem, por meio desta, comunicar oficialmente que o projeto de **ISABELLE MARQUES BARBOSA** CPF 003.840.173-80 RG 98030016445 -, com o título, Trabalho Contemporâneo e Adoecimento: uma análise dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú-CE, foi aprovado pela Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) de Maracanaú.

Para o desenvolvimento do estudo, a supracitada pesquisador(a) precisará coletar dados em campo, para tal, solicitamos seu ingresso no equipamento sob sua coordenação e o devido apoio segundo determina Portaria nº 41, de 29 de agosto de 2012, que dispõe sobre as normas para pesquisa e publicação de trabalhos envolvendo os equipamentos vinculados à Secretaria de Assistência Social e Cidadania do município de Maracanaú e dá outras providências.

Certos de contarmos com sua colaboração, agradecemos a atenção.

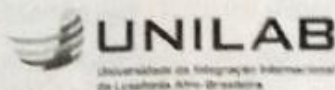

KELMA MARIA VASCONCELOS CARDOSO

Coordenadora GESUAS
KELMA MARIA VASCONCELOS CARDOSO
Administradora - CRA: 6066 - Mat. 15407
Coordenadora de Gestão do Sistema Único
de Assistência Social / SASC/PMAC-CE


LIDIANY ALEXANDRE AZEVEDO

Técnica da Gestão do Trabalho

Lidiany Alexandre Azevedo
Psicólogo - CPF Nº 11.06898
Gestão do Sistema Único de
Assist. Social - GESUAS

ANEXO 3 – OFÍCIO DE APRESENTAÇÃO UNILAB

Universidade da Integração da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PROPPG
Instituto de Humanidades e Letras - IHL
Mestrado Interdisciplinar em Humanidades - MIH

Ofício Nº 01/2018/MIH/UNILAB

Redenção, 21 de março de 2018.

Ao Ilmo Sr.
Thiago Coelho Bezerra
Junta Médica de Maracanaú

Assunto: Ofício de Apresentação.

Senhor Thiago Coelho Bezerra,

A Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB vem, por meio do Mestrado Interdisciplinar em Humanidades – MIH, apresentar a pesquisa da aluna **Isabelle Marques Barbosa**, matrícula nº. 2017101951, CPF: 003.840.173-80, sob a orientação do professor Dr. José Weyne de Freitas Sousa e pedir a colaboração de vossa Instituição. Isabelle Marques Barbosa desenvolve uma pesquisa sobre o município de Maracanaú, que é intitulada: "Trabalho contemporâneo e adoecimento: uma análise a partir dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú-CE". A coleta de dados é necessária para o desenvolvimento do projeto, escrita da dissertação e conclusão do curso stricto sensu de pós-graduação. O acesso a essas informações relacionados aos afastamentos por motivos de doença dos trabalhadores do município de

Campus das Auroras, Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970 – Redenção – CE – Brasil
Tel.: (85) 3332.6189

Maracanaú-CE (Junta Médica do Município), justifica-se como parte do processo de pesquisa. Faz-se também necessário que a discente pesquisadora obtenha licença junto ao Comitê de Ética da UNILAB/Brasil para atuar nesse campo, para tanto ela precisará também do consentimento do responsável pela junta médica municipal de Maracanaú, que deverá assinar o Termo de Fiel depositário (Documento necessário para o comitê de ética). Contamos com a colaboração da junta médica de Maracanaú, já que esse tipo de pesquisa interdisciplinar, que olha o paciente, tanto pelo viés das biomédicas, como pelo viés das humanidades é de extrema importância para a sociedade atual, como serve de base para novas políticas públicas.



Prof.^a Dr.^a Larissa Oliveira e Gabarra
Mestrado Interdisciplinar em Humanidades- MIH
Coordenadora em Exercício

Prof. Larissa Oliveira e Gabarra
INSTITUTO DE HUMANIDADES
& LETRAS - UNILAB
SUPE 1001/18

ANEXO 4 – PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trabalho contemporâneo e adoecimento: uma análise dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú-CE

Pesquisador: ISABELLE MARQUES BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88845118.6.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.849.890

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como objetivo "Analisar em que medida aspectos relacionados ao trabalho podem impactar na saúde física e mental dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú – CE" por meio de metodologias diversas. Trata de tema relevante e cientificamente válido.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos listados pelo projeto são:

"Analisar em que medida aspectos relacionados ao trabalho podem impactar na saúde física e mental dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social de Maracanaú – CE; Caracterizar os afastamentos por motivos de doenças dos trabalhadores dos Centros de Referência de Assistência Social no período de 2005 a 2017; Avaliar o contexto de trabalho e sua relação com o adoecimento dos trabalhadores; Compreender a percepção dos servidores com relação ao adoecimento no trabalho."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios apresentados são coerentes com a proposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto atende as indicações necessárias à pesquisa.

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 2.849.890

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O texto do TCLE apresenta de modo claro os riscos e benefícios da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O texto do projeto e os documentos apresentados estão dentro do exigido pelas resoluções pertinentes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_991940.pdf	29/07/2018 17:02:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_novo.pdf	29/07/2018 17:00:58	ISABELLE MARQUES BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_novo.pdf	29/07/2018 16:59:50	ISABELLE MARQUES BARBOSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/07/2018 16:59:00	ISABELLE MARQUES	Aceito
Outros	Curriculum_Lattes.pdf	25/04/2018 09:39:05	ISABELLE MARQUES	Aceito
Outros	Declaracao_de_ausencia_de_onus.pdf	25/04/2018 09:38:21	ISABELLE MARQUES	Aceito
Outros	ESCALA_DE_AVALIACAO_DO_CONTEXTO_DE_TRABALHO_NOVO.pdf	25/04/2018 09:33:25	ISABELLE MARQUES	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_PARA_COLETA_DE_CAMPO_ENTREVISTA_SEGUNDA_ETAPA.pdf	25/04/2018 09:32:05	ISABELLE MARQUES BARBOSA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/04/2018 09:27:59	ISABELLE MARQUES	Aceito
Outros	ROTEIRO_LEVANTAMENTO_NA_JUNTA_MEDICA_MUNICIPAL.pdf	25/04/2018 09:26:17	ISABELLE MARQUES	Aceito
Outros	Diario_de_Campo.pdf	25/04/2018 09:24:26	ISABELLE MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/04/2018 17:24:20	ISABELLE MARQUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_encaminhamento_original.pdf	08/04/2018 16:31:14	ISABELLE MARQUES BARBOSA	Aceito
Outros	oficio_de_apresentacao_unilab.pdf	08/04/2018	ISABELLE	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 2.849.890

Outros	oficio_de_apresentacao_unilab.pdf	16:30:13	BARBOSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_original.pdf	08/04/2018 16:29:21	ISABELLE MARQUES BARBOSA	Aceito
Outros	termo_fiel_depositario_assinado.pdf	08/04/2018 16:26:33	ISABELLE MARQUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 28 de Agosto de 2018

Assinado por:
Emília Soares Chaves
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br