

O sofrimento psíquico do profissional de saúde na perspectiva do cuidado

Tatiane Bagatini

Lucilda Selli

Nelson Rivero

Resumo: No Brasil, como decorrência do movimento da Reforma Sanitária, a assistência em saúde vem se transformando nos últimos anos. A implementação do SUS propõe um modelo de atenção em saúde voltado para a saúde coletiva. O presente estudo objetiva ouvir os profissionais de saúde engajados no Programa Saúde da Família (PSF), para compreender seu possível sofrimento psíquico na perspectiva do cuidado do cuidador. A abordagem metodológica é qualitativa e o estudo possui caráter exploratório descritivo, amostra intencional, compreendendo como instrumento para a coleta de dados o grupo focal, com uma amostra de doze trabalhadores do PSF. Realizou-se a análise de conteúdo temática, segundo Bardin (1995), Minayo (2000) e Gomes (2001). Nos resultados são trazidas questões acerca do perfil do trabalhador do PSF e as dificuldades e desafios por eles enfrentados. Para que haja o enfrentamento do sofrimento psíquico do trabalhador, detectado no estudo, faz-se preciso construir uma responsabilização coletiva entre trabalhador, gestor e usuário. Surge a necessidade de repensar a formação acadêmica do profissional e a capacitação por parte dos órgãos responsáveis pelo programa, de modo a possibilitar a produção coletiva da saúde. O trabalhador deve criar estratégias coletivas de defesa no próprio ambiente de trabalho, associadas ao cuidado consigo mesmo, sendo reconhecido como portador da necessidade de cuidados.

Palavras-chave: Profissional da saúde. Sofrimento psíquico. Cuidado.



Tatiane Bagatini

Psicóloga e estudante de especialização em Psicologia Social

Bioética 2006 14 (2): 193-217

Este artigo resulta de trabalho de conclusão do curso de Psicologia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), em novembro de 2005, que teve por objetivo ouvir os profissionais de saúde engajados no Programa Saúde da Família (PSF), para compreender seu possível sofrimento psíquico na perspectiva do cuidado do cuidador. Assim, a questão consiste em olhar para o profissional de saúde integrante desse programa do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para seu sofrimento psíquico e buscando alternativas para enfrentá-lo.

Esse projeto, vinculado à pesquisa *A percepção dos profissionais sobre os aspectos éticos do Programa Saúde da Família do município de Campo Bom/RS*, faz parte da linha de pesquisa *Vulnerabilidades em saúde e bioética*, do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisinos. Deli-



Lucilda Selli

Professora pesquisadora no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos/RS)



Nelson Rivero

Psicólogo e professor da Unisinos/RS

neado como recorte dentro de um contexto mais abrangente, o trabalho de campo diferenciou-se por ser uma leitura do sofrimento psíquico do profissional de saúde do PSF em relação a seu processo de trabalho, considerando, especialmente, a substituição do paradigma tradicional para o da promoção da saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de grupo focal.

Os resultados provenientes das falas dos profissionais foram divididos em três categorias: 1ª) o perfil do profissional do PSF frente à mudança de paradigma da saúde; 2ª) o processo de trabalho e a produção coletiva da saúde: dificuldades e desafios; 3ª) o trabalhador do PSF como cuidador: a criatividade diante do sofrimento. Para preservar a identidade de cada participante do grupo focal, seu nome foi substituído por um pseudônimo, com o critério de que seja nome de uma flor. Não houve na escolha diferenciação quanto à categoria profissional, para se obter uma visão da equipe como um todo.

No Brasil, nos últimos anos, a assistência em saúde vem se transformando como decorrência do movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 70. A implementação do SUS propõe um modelo de atenção voltado à saúde coletiva, tendo como princípios a universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade, em substituição ao modelo hospitalocêntrico, centrado no indivíduo e nas técnicas, que levava a visualizar um sujeito parcial em detrimento de seu todo multidimensional.

Esse novo modelo de atenção implica em mudança gradativa nas relações de trabalho, o que pode causar (e causa) aumento do sofrimento psíquico do profissional, uma vez que passa a trabalhar com a promoção da saúde num ambiente onde prevalece uma visão curativa e um olhar voltado para a doença. Ante tais colocações percebe-se a necessidade de pensar o sofrimento psíquico do trabalhador do PSF, que diariamente tem que superar os próprios limites em busca da promoção da saúde do usuário.

Nesse sentido, coloca-se a relevância social desse trabalho, tanto para os usuários como para os gestores do PSF, mas, especialmente, para o profissional de saúde que, nesse programa, está na “linha de frente” do SUS. Estar em contato direto com os problemas das pessoas, os quais muitas vezes extrapolam suas áreas de competência e atuação, pode desencadear a sensação de impotência e aumentar a vulnerabilidade frente ao sofrimento psíquico. O texto discute o perfil do profissional do PSF frente à mudança de paradigma de saúde, o processo de trabalho e produção coletiva da saúde: dificuldades e desafios; e o trabalhador do PSF como cuidador: a criatividade ante o sofrimento.

O perfil do profissional do PSF versus mudança de paradigma na saúde

Da reestruturação das organizações públicas e novos programas de saúde decorre a necessidade de *um novo perfil de trabalhador, protótipo da flexibilidade, sujeito da reestruturação do trabalho, que, ao experimentar essas transformações, tem sua vida significativamente alterada por elas*¹. A primeira categoria analisada refere-se ao significado de ser profissional do PSF, por meio da caracterização do perfil desse trabalhador sob o paradigma da promoção, considerando as mudanças em relação ao modelo tradicional de atenção à saúde.

Conforme Zoboli², a atenção à saúde no PSF e no hospital lida com fatos e valores distintos. Percebe-se, nas falas dos profissionais, que a saúde pública exige um perfil diferente do perfil do trabalhador hospitalar e que sua existência é fundamental ao bom funcionamento da

equipe e ao estabelecimento dos princípios do SUS. Acolhimento, envolvimento emocional com o usuário e seus problemas integram esse serviço, diferente do tradicional.

Não se pode pegar alguém da UTI botar, “puf”, na unidade de um dia pro outro e construir um profissional do PSF. Essa pessoa tem que querer fazer, tem que se preparar pra fazer, tem que estudar e tem que se capacitar (Girassol).

Acho que a partir do momento que tu entra em saúde pública é diferente. Na saúde pública tu tem primeiro que gostar de pessoas, de pessoas que normalmente estão cheias de problemas. Que nem no hospital, tu atende o paciente, ele vai fazer uma cirurgia, faz a cirurgia, faz o curativo, tu orienta ele e ele vai embora. Amanhã já é outro paciente. No PSF não; é mais ou menos as mesmas pessoas. Então, são sempre as mesmas pessoas, os mesmos problemas e tem que saber lidar (Margarida).

Como protagonista no processo de promoção da saúde, o perfil do trabalhador do PSF possui diversas características, conforme relatado no grupo focal: relação de igualdade e humildade entre os integrantes da equipe, não-sobreposição de papéis entre os mesmos, capacidade de pensar em conjunto, respeito aos próprios limites e às idéias do colega, promoção de um ambiente de confiança, ter jogo de cintura, parceria, sentar, conversar e desabafar.

O PSF é o profissional 8h, né, tu fica mais tempo na unidade, não é o profissional que chega e atende, fica 2h e depois vai embora. Então o convívio é maior, né, a gente passa a

maior parte do tempo no serviço, mais do que com nossos familiares, né? E então, ser trabalhador do PSF e relações é... a questão de conhecer um ao outro, de saber respeitar, de entender quando a pessoa tá bem, quando não tá e dividir tudo, né? Até o conhecimento, né? Eu acho que é bom ser trabalhador do PSF, mas exige muito jogo de cintura. Não é para qualquer um, eu acho (Rosa).

Nas falas, percebe-se que, por terem maior convívio com os colegas de equipe, os trabalhadores precisam conhecer uns aos outros, respeitar os colegas. Em reuniões e encontros no ambiente de trabalho evidencia-se a importância da socialização do conhecimento entre a equipe, compartilhando informações que aprendem na prática cotidiana do PSF.

Vários profissionais trabalhando, também entra a questão do respeito e onde termina a liberdade de um inicia a do outro. Tem que ter diálogo entre os profissionais e acho que no PSF, que é uma das coisas que se propõe, ninguém é detentor do saber (Rosa).

Conhecimento não tem nenhum valor guardado pra ti. Um dia tu pode tá precisando também e tu tá com algum profissional que tá sabendo mais sobre algum assunto, e a gente aprende também bastante (Hibisco).

Uma das características do PSF é pretender uma mudança de paradigma no cuidado à saúde da população fundado em equipes multiprofissionais, territorialização do atendimento e vinculação de dada população à equipe^{3,4,5}. Então, pensa-se que capacidade de diálogo e

respeito entre os profissionais é importante condição para um trabalho que pretende ser multidisciplinar. No PSF deve haver uma relação direta entre os profissionais – e não hierarquizada, como no hospital.

Se há necessidade a gente chega direto no médico em alguma situação com algum paciente. Se ele tem disponibilidade. Não precisa sobrecarregar a enfermeira. O que a gente pode resolver a gente resolve e não precisa nem ir adiante (Calêndula).

Os trabalhadores relatam conseguir conversar entre si, nas diferentes especialidades, mas, apesar de o discurso contemplar aspectos que remetem ao trabalho multidisciplinar, percebe-se influência da relação hierarquizada entre as categorias profissionais que formam a equipe. Por exemplo, o médico, ao ouvir os demais integrantes da equipe, pode ou não modificar o diagnóstico, o que comprova que a visão de uma disciplina isolada sobre o sujeito é pobre e que o trabalho em equipe pode ser enriquecido com múltiplas visões a respeito de um caso e da troca de saberes práticos e outros conhecimentos.

Ah, essa troca de experiências entre profissionais diferentes, né? Tipo a enfermeira e o técnico, né? Como a gente fez hoje de manhã, que foi quase um estudo de caso. Sentou uma técnica, a enfermeira e eu. Cada uma com uma visão da mesma pessoa. Certamente nós entramos três pessoas numa sala e saímos três pessoas diferentes, uma acrescentou à outra, houve uma troca... Determinadas condutas eu aprendi com ela, certamente alguma coisa ela aprendeu comigo e há um crescimento (Strelítzia).

Pensa-se que *nenhuma disciplina isolada consegue contemplar a abrangência da relação processo trabalho-saúde em suas múltiplas e imbricadas dimensões: desde as razões sócio-históricas que lhe dão origem à forma como se concretizam nos espaços de trabalho*⁶. Em vista disso, para Leite⁷, *é necessário que o profissional se instrumentalize com o saber tendo sempre em vista o não-saber, ou seja, o fato de que nenhum conhecimento é capaz de totalizar o homem, pois o que sempre se anuncia no horizonte é o viés do desconhecimento*. Reforçando a discussão acerca dos diferentes saberes na equipe, surgem reclamações quanto à presença (ou ausência) de outras categorias profissionais:

Mas eu acho que até a frustração maior da gente... não é tu não ter conseguido fazer. É que tu não tens, se tivéssemos, assim, um apoio maior de profissionais que pudessem ajudar ela, não a nós, mas ajudar ela, a família dela, um apoio pra família dela, a gente ia se sentir menos, mas como a gente não tem um, um assistente social, um psicólogo pro paciente, a gente toma coisas que não é da nossa alçada e daí, claro, que vai frustrar (Calêndula).

Assim, apesar de os integrantes do PSF tentarem trabalhar sob uma perspectiva multidisciplinar em saúde e considerar que o programa deveria contar com a presença de outros profissionais – psicólogo e assistente social –, não percebem formar uma equipe multidisciplinar, pois confundem a multidisciplinaridade com a integralidade. Ao verbalizar que outras categorias proporcionariam maior efetividade às ações da equipe, evidencia-se uma concepção reducionista de saúde entre os profissionais

pesquisados, que enfoca a manifestação e/ou eliminação biológica da doença. Esse reducionismo se faz presente desde a implantação do PSF, na própria formação da equipe básica – que conta com médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Até o momento, não há espaço para psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, embora suas presenças sejam requeridas pelos trabalhadores, pois de fundamental importância para o trabalho em equipe e visão integral de sujeito. No entanto, cabe ressaltar que a inserção de outros profissionais na equipe, por si só, não garante a resolução dos problemas mencionados no grupo focal.

Desde sua criação, o PSF conta com a equipe multidisciplinar, mas percebe-se a necessidade da interdisciplinaridade para promover uma construção coletiva do saber entre os profissionais:

*Na prática, porém, esse esforço de entender para intervir no processo de trabalho em relação com a saúde e a doença encontra barreiras arraigadas de compatibilização dos conceitos. Obriga a superar todo um passado de fragmentação da realidade, reproduzido na formação dos profissionais desde a graduação, que se reflete na tendência à manutenção de ilhas de saber/poder e no receio diante da possibilidade de construir pontes entre as diversas áreas de conhecimento*⁶.

Atualmente, parece haver nova ordem nos relacionamentos, marcada por *desnecessária participação dos indivíduos em efetivas relações, ou seja, implicados em um campo social mais amplo e na coletividade*⁸. A sociedade quer que

sejamos individualistas, mas o PSF prioriza o paradigma do coletivo, as relações. No que se refere às relações da equipe com o usuário, a sensibilidade para escutar a dor/queixa do mesmo, normalmente portador de diversos problemas, surge como pré-requisito para o profissional de saúde. De acordo com as discussões focais em grupo, evidencia-se que a responsabilização para com o usuário é bem maior do que em um serviço de saúde tradicional, pois há vínculo e envolvimento emocional não só com este, mas também com sua família, foco do atendimento no PSF. Por parte do usuário, há cobrança no sentido de que a equipe resolva seu problema, visto que, no desenvolvimento do programa, o trabalhador torna-se referência para a comunidade.

A gente sabe da vida dela e isso implica em não só tratar a dor de cabeça daquele momento. Por que ela tá com dor de cabeça? Porque ela não tem um emprego, porque ela tá estressada. Acho que é mais ou menos isso que é ter jogo de cintura. Nem sempre é remédio que ela precisa ou o remédio não vai adiantar (Strelítzia).

Conforme Franco e Merhy, vincula-se nova relação que foge ao paradigma tradicional no qual um é sujeito e outro objeto, sobre o qual há uma intervenção curativa⁹. Nessa nova relação, que valoriza os sujeitos, profissional e usuário são vistos como “produtores de saúde” e a comunidade passa a entender o objetivo do PSF (perceber a família como um todo), visualizando a relação de comprometimento interna (entre a própria equipe) e externa (com usuários e gestores) da equipe. Trad e colaboradores revelam que a implantação do PSF *pertence a*

*um processo mais amplo de aprendizagem e compreensão acerca de uma nova perspectiva de atenção*¹⁰. Essa compreensão acontece no confronto cotidiano entre o modelo de atenção e a prática, haja vista que a mudança do modelo tradicional para o da promoção da saúde implica que os atores sociais envolvidos se articulem de maneira diferenciada da que até então faziam.

No PSF, a identidade dos sujeitos envolvidos no trabalho fica menos delimitada do que nos serviços de saúde tradicionais, podendo ser fonte de conflito permanente entre os profissionais⁵. O perfil do profissional do PSF revela a transição com o modo de ser trabalhador, pois efetivamente seu papel na saúde coletiva compreende mais do que a realização de procedimentos e técnicas (paradigma curativo), mas também acolhimento, vínculo, responsabilização e comprometimento pessoal com o trabalho que realiza. Portanto, a reestruturação do processo de trabalho no PSF torna-se fundamental para a efetivação do modelo promoção da saúde – que constitui um processo em andamento.

O PSF caracteriza-se por ser um programa de saúde coletiva de atendimento integral^{3,4,5}. Entende-se estar presente na abordagem de cada profissional a percepção do usuário e sua família de maneira integral, procurando desenvolver ações no sentido de contemplar o sujeito como um todo. Percebe-se a participação de outras categorias profissionais no PSF como possibilidades de ampliar a visão do processo saúde/doença na comunidade atendida. Contudo, faz-se necessário abordar o sujeito na dimensão coletiva, pertencendo a uma família e

comunidade; atravessado por uma rede de relações e verdadeiramente implicado na produção dos fatores que marcam sua vida.

Assim, a pesquisa evidencia que o perfil profissional no PSF compreende como características fundamentais ser capaz de trabalhar em equipe, perceber o usuário de maneira integral e gostar de saúde coletiva. A seguir, é discutida a questão profissional na prática cotidiana, ou seja, como a pessoa que tem perfil para trabalhar em saúde pública está lidando com as dificuldades e desafios enfrentados no PSF.

O processo de trabalho e a produção coletiva da saúde: dificuldades e desafios

As questões apontadas pelos profissionais no grupo focal dizem respeito tanto às dificuldades encontradas na prática de trabalho cotidiana no PSF como aos desafios vivenciados em relação ao processo de trabalho^{9,10}. Para melhor clareza das dificuldades e desafios, as unidades temáticas de análise foram divididas em duas subcategorias – focos de tensão: as dificuldades encontradas no trabalho; desafios a serem vencidos: como deveria ocorrer o processo de produção de saúde –, a seguir explicitadas.

Focos de tensão: as dificuldades encontradas no trabalho

Nessa subcategoria, o processo de trabalho no PSF surge a partir dos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho, pois, segundo Campos, *sem alteração no processo de trabalho das unidades de saúde não haveria como efetivamente implantar o SUS*¹¹. Os principais focos de ten-

são apontados são a sobrecarga do profissional, a rotatividade e a relação com o usuário do PSF.

A questão da sobrecarga do profissional ante as demandas trazidas pelo usuário revela-se nos sentimentos de frustração, desânimo e irritação, que demonstram, além de fadiga, cansaço e estresse diante da impossibilidade de “abraçar tudo”.

Eu acho assim, quanto à demanda, eu acho que não tem ninguém que não tem uma doença muito grande. Então não sei se é em função do PSF dessa acolhida, as pessoas têm mais liberdade de chegar. Então, a demanda é grande em todos os sentidos (Margarida).

A questão da rotatividade é permanente foco de tensão a desestabilizar a equipe. Motivo de controvérsias, envolve tanto a relação entre trabalhadores dentro da própria equipe como entre esses e o usuário.

Os favoráveis à rotatividade pensam ser bom para o profissional da rede pública, pelo fato de representar renovação para a unidade, “gás novo”, “sangue novo”. A diferenciada forma de abordar as pessoas e os problemas poderia trazer maior resolubilidade ao PSF, além de propiciar maior aprendizado à equipe.

E ela veio com um gás novo e nesse ponto é bom. Esses tempos tu também tinha falado sobre essa questão de, daí tu cansa, chega um ponto que tu esgota os teus, teus grupos, né. Vou falar o que se eu já falei tudo? Se tu tá num outro local tu tem esse lado também. Daí tu ainda tem lá, nem se for pra falar tudo de

novo tu não tá te repetindo. Trouxe um sangue novo lá pra nós também (Calêndula).

Já os contrários alegam que a mudança do profissional para outra unidade encerra seu vínculo com o usuário – o qual fica triste, pois acostumado com o profissional não suporta sua ausência. Nessa circunstância, o novo profissional terá que estabelecer novos vínculos, conhecendo as pessoas e os problemas, além de sofrer comparações com o antigo ocupante do cargo, pois a comunidade o irá testar. A troca de pessoal entre as equipes pode ocorrer por determinação da gestão municipal, o que desagrada aos trabalhadores, que consideram contraproducente tirar alguém da “equipe que funciona” para colocar na que “não funciona”.

Quando uma equipe funciona e a outra não funciona eles tiram aquela que funciona pra ir pra que não funciona e aí acaba estragando, na realidade, outra equipe... Com isso nós também enfrentamos esse problema e isso também interfere nas relações, né? Pô, a tua equipe tá funcionando maravilhosamente, mas a equipe lá do fulano de tal não funciona, vamos ter que tirar um da tua equipe e passar pra lá pra fazer a troca... (Margarida).

Diversos aspectos relacionados à rotatividade revelam-se problemáticos. Em relação ao assunto, relata-se o sentimento de desconforto pelo fato de o gestor somente investir na capacitação de profissionais concursados, e não dos contratados, alegando que o saber e o conhecimento não podem sair do município – o que desestimula o profissional de saúde, incentivando seu abandono da equipe. Percebe-se que a mudança

de pessoal desestabiliza a equipe já integrada, na qual os integrantes tinham mútua confiança e trabalhavam bem. Quando o profissional não é trocado de unidade pelo gestor, ele mesmo, devido à falta de estabilidade financeira ou por não se adequar ao perfil do PSF, pode sair da equipe e também do município.

Às vezes não tem estabilidade, daí o que acontece? Muitas vezes fica ali por um período, tá esperando, de repente surge um concurso em outro local ou alguma coisa assim mais estável e acaba saindo... Então, além de, muitas vezes, claro que o profissional não ter, não ter o perfil, né, também tem essa questão do vínculo com o emprego (Crisântemo).

Analisando as falas referentes à rotatividade na equipe infere-se que assim como a queixa trazida pelo usuário muitas vezes não tem a ver com a demanda real, também o trabalhador em saúde pode estar queixando-se de fatores que encobrem outros conflitos pertinentes ao trabalho no PSF. Bleger afirma que *o conflito de que se queixa encobre os verdadeiros conflitos ou problemas que não só se acham deslocados em seus objetos como também podem estar nos níveis de estratificação da instituição: o conflito de um nível se acusa em outro*¹².

Nesse sentido, um exemplo de conflito pode ser identificado quando o trabalhador afirma ser a favor da rotatividade por causa da renovação de conhecimento que sua transferência pode representar, o que pode encobrir possível impotência de suas ações na equipe em que está inserido. Os trabalhadores podem estar almejando menor cobrança em relação à eficiência

dos seus serviços ou menor responsabilidade diante da comunidade.

A relação com o usuário do PSF é mencionada pelos trabalhadores como gratificante quando a família atendida adere ao tratamento, sinalizando que os objetivos foram alcançados. Por outro lado, torna-se foco de tensão para os profissionais quando se deparam com uma família-problema: a que não adere ao tratamento proporcionado. Nesses casos, os sentimentos demonstrados pela equipe são de angústia, irritação, culpa, falta de capacidade de convencimento e desvalia:

É muito gratificante ver que uma pessoa segue a orientação e modifica sua vida e que trata sua doença e tem uma vida boa. É gratificante! A minha sensação da pessoa que não faz nada é exatamente oposta: é muito angustiante tu não conseguir ah, ah, deixar claro pra uma pessoa uma coisa simples como modificar os hábitos de vida, vai dar uma vida melhor... parece que eu não tenho a capacidade de convencer. Então eu uso toda a minha lábia e não consigo, então, então eu não sirvo pra nada! Aí eu vou lá no ombro de alguém e choro, choro e esfrio a cabeça (Strelítzia).

Quando o usuário não adere ao tratamento ou a equipe não consegue mudar seus hábitos ou situação de vida surge o sentimento de impotência ante a situação-problema e faz-se preciso aprender a conviver com os “mesmos problemas” e “repetições”.

Porque chega num ponto que tu não tem mais o que fazer, né? Tudo já foi falado, toda equipe

se desgastou. Mas, engraçado que tu tem que conviver com o problema, né, porque eles tão sempre na unidade com o mesmo problema, as mesmas repetições, as mesmas. É isso frustra! (Crisântemo).

A partir das falas dos profissionais pode-se pensar que o usuário “bem” significa o que adere ao que a equipe propõe, sendo indicador de que o trabalho está tendo resultados positivos, que as ações da equipe são eficazes e que os profissionais sentem-se valorizados na medida em que vêem o resultado concreto de seu trabalho. Em contrapartida, quando o usuário não adere ao tratamento, a equipe pensa que seu trabalho não está sendo eficaz e merecedor de crédito. Todavia, percebe-se que o PSF não é para todos, mas apenas para quem deseja ser atendido, pois o usuário tem o direito de querer ou recusar o atendimento e o profissional precisa estar preparado para enfrentar a situação sem desmerecer seu trabalho, caso o usuário não queira ser atendido.

Torna-se necessário respeitar tanto a autonomia e o desejo do usuário quanto a impotência do trabalhador e seus limites – considerando que não pode suprir todas as necessidades do usuário. Muitas vezes, este depara-se com situações que não dependem apenas de sua ação, pois também envolvem a responsabilização pessoal do usuário e do gestor do PSF. Na atuação coletiva é fundamental que o trabalhador aceite os limites de sua ação, haja vista a cobrança, por parte da comunidade, de que a equipe do PSF resolva seus problemas. Para o profissional, tal fato pode ser fator gerador de angústia, que aumenta sua responsabilidade

ante o usuário devido à alta exigência para resolver ou “dar conta” da demanda – cobrança, muitas vezes, vinda dele próprio.

Que nós temos que resolver agora o problema, ele é nosso, não é mais da mãe e filho, não é a família... Então, isso dá uma angústia muito grande na gente, tá, porque, quer dizer, tem alguém da família, mas que não tem responsabilidade. Em quem eles transferem? A responsabilidade em nós. Então, tu fica com o problema, tu tem que resolver. Então isso se torna, e agora pra onde eu vou apelar? Eu tenho que apelar pra alguém, senão eu também não vou agüentar. A gente chega às vezes a extremos, a isso aí... (Margarida).

Para Silva e Dalmaso⁵, a necessidade de saúde manifestada por um indivíduo que busca assistência, para se livrar de uma situação que gera dificuldades em seu cotidiano, é característica do saber clínico, estando equivocada em relação ao trabalho no PSF. Na proposta do PSF pensa-se que o papel de cada usuário, enquanto produtor de sua própria saúde, não se resume à reivindicação de sua saúde ao profissional, buscando solução momentânea para sua dor. Os cuidados básicos em saúde funcionam como a porta de entrada do usuário no SUS, sendo imprescindível o despertar das pessoas para sua parcela de responsabilidade nessa construção, ao tornarem-se agentes do processo¹³. É necessário, portanto, que a co-responsabilização pela saúde seja efetivada: o usuário deve passar da posição de paciente para a de agente do processo de saúde – assim, responsável por sua própria saúde, não sobrecarregará o profissional com demandas que a ele não competem.

Com a responsabilização coletiva todos estão implicados no processo. Diante disso, aponta-se que o cuidar envolve sensibilidade para perceber as necessidades do outro da forma como o outro as vê¹⁴. Isso, talvez, falte ao grupo pesquisado, pois os profissionais elaboram queixas constantes em relação aos usuários. Como indutores do processo de responsabilização coletiva lhes cabe, mais especificamente, trabalhar para efetivar o processo de cuidar, já que *o sentido final do trabalho em saúde é defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado*¹⁵.

O PSF está vinculado à idéia de que não só a participação dos trabalhadores, mas também a dos gestores e da comunidade^{16,3,5}, é essencial para a consolidação de seus princípios e metas. Merhy e colaboradores consideram todos como “atores sociais”: o usuário ocupa o lugar das necessidades; o trabalhador, o do saber fazer; o governo, o de ser responsável por gerir o espaço público estatal¹⁵. A partir dessa idéia, entende-se necessário o resgate da consciência crítica em relação ao processo de trabalho e à produção coletiva da saúde, para que cada ator social se responsabilize não apenas por sua saúde, mas também pela construção de novas experiências em saúde no PSF e outros programas do SUS.

Desafios a serem vencidos: como deveria ocorrer o processo de produção de saúde

O profissional de saúde vive intensos conflitos nos campos de disputa interno (papel de cada um na rede, relação com os gestores) e externo

(opinião pública, relação com a comunidade)⁴. Para que as estratégias de promoção sejam eficientemente desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família faz-se necessário superar alguns desafios, que não se referem somente aos profissionais, mas envolvem os usuários e gestores nas três esferas de governo.

A prevenção e promoção da saúde orientam as ações da equipe de Saúde da Família. Apesar dos esforços para efetivá-las, os trabalhadores do PSF encontram dificuldades. A falta de tempo e preparo para fazerem projetos de avaliação, visando a um *feedback* do próprio trabalho, são evidentes. Tais dificuldades parecem ser alguns dos desafios a serem superados com esforços diários e constantes desses atores sociais, envolvidos no processo de produção e promoção da saúde coletiva.

Os desafios enfrentados para a efetivação do PSF são agravados pelo fato de o programa funcionar como porta de entrada para o SUS. De acordo com os profissionais, o PSF “drena” e “filtra” todos os tipos de doenças e situações relacionadas à saúde, de simples cefaléia a um tumor, da infertilidade à gravidez na adolescência, alcoolismo, doença mental, entre outras. Trabalham a prevenção e promoção da saúde como estratégias para melhorar a qualidade de vida das pessoas e diminuir os fatores de risco de doenças, alegando a falta de outras “áreas” profissionais para abranger maior número de ações. Também relatam que o PSF está se abrindo a novos desafios e que é necessário saber trabalhar ampliando as ações de prevenção, “pré-tudo”, para além do aspecto curativo, quando a doença já está instalada.

Promoção, o que seria? Trabalhamos em cima de estratégia de melhorar, como foi falado, a qualidade de vida das pessoas e daí então nós conseguimos prevenir organizado, pra diminuir o quê: fatores de risco, do ponto de vista epidemiológico, pré-hipertensos, entre aspas, pré-tudo. Pré-drogadição. Então, na verdade, a gente tenta produzir, prevenindo e promovendo... A gente poderia ter uma ênfase maior e daí aumentar nossa produção de saúde, se a gente quer assim trabalhar nesse aspecto qualitativo principalmente (Girassol).

As falas denotam que pensar a promoção implica estabelecer uma visão sistêmica de saúde¹⁷, mais do que a ausência de doença física. Tal visão concebe o ser humano de forma integral, considerando, ainda, a multicausalidade dos fatores que podem produzir o adoecimento. Como observa uma entrevistada, que afirma que a doença envolve mais causas do que as conhecidas pela medicina curativa:

Entender que a pessoa que vai ali dizer que está com uma dor nas costas... Essa dor nas costas tem umas 28 coisas que a gente não sabe... (Girassol).

Nas falas acerca da falta do repasse de medicação pelo Ministério da Saúde (MS), surge importante questão relacionada à angústia do trabalhador quanto ao processo de trabalho. É como se perguntasse: o que oferecer ao usuário no lugar da medicação básica? Que ações precisam ser desenvolvidas para promover a saúde sem, necessariamente, medicar? Na verdade, essa é uma mudança pertinente ao processo de trabalho desenvolvido no PSF. No paradigma

biomédico e curativo é mais usual medicar; já no paradigma da promoção da saúde a medicação não representa a única forma de intervenção para com o usuário, pois as prioridades são as atividades de prevenção e promoção.

Sob o paradigma da promoção da saúde, o profissional passa do instrumento a agente de saúde¹⁸. Nesse sentido, percebe-se que a reestruturação do processo de trabalho no PSF é fundamental para efetivar a promoção deste paradigma e condição necessária para a produção coletiva da saúde. Já que saúde não está simplesmente relacionada à ausência de doenças, mas tem seu conteúdo ligado à qualidade de vida e ao bem-estar da população¹⁹, é preciso que o profissional possa visualizar pessoas saudáveis e as suas potencialidades para além da visão de doente/doença, planejando conjuntamente com o usuário as ações em saúde a serem desenvolvidas em cada situação familiar.

Os outros desafios abordados neste tópico – a alta exigência de produtividade e a falta de ações de capacitação para a equipe de Saúde da Família – fazem referência à relação dos profissionais com a política e gestores do programa. Apesar de complementares, esses dois aspectos são discutidos como duas questões distintas, já que o primeiro diz respeito à produção quantitativa da saúde; enquanto o segundo, à produção qualitativa – divisão a ser compreendida no decorrer do texto.

A alta exigência de produtividade caracteriza a produção quantitativa da saúde. Relaciona-se às cobranças do Estado quanto a índices estatísticos e à quantificação dos atendimentos realiza-

dos pelos profissionais do PSF. O Ministério da Saúde exige a inserção de dados relativos aos atendimentos no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), além do cumprimento de metas – como 100% das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, o que pode ser percebido nas falas:

A qualidade caiu lá em baixo. Não temos como produzir saúde correndo assim. Oi, tudo bom? Não é assim. Não é esse o objetivo (Rosa).

Chega no final do mês tu tem que entregar os 100% e daí tu acaba indo de noite, nos sábados, sabe, na casa das pessoas, coisa que eu não acho certo, né? Eu acho que ninguém acha certo isso aí, daí a gente acaba tendo que fazer assim pra entregar produção (Bromélia).

O profissional demonstra que a qualidade do trabalho cai conforme aumenta a exigência e que acaba tendo que “entregar produção”, o que é frustrante. Outra fala compara essa situação à dos trabalhadores das indústrias de calçado do município, que não prestam auxílio no trato das doenças do trabalho.

É aquela questão da produção também, né, capitalismo selvagem, eu acho isso, né? A gente vive num mundo aqui, o país né, o município, quer dizer, vive em função de fábricas de sapato e as pessoas, também... eu fico assim, um pouco porque as pessoas... o que elas têm que fazer? Elas têm que produzir, elas são máquinas de produção, né? (Crisântemo).

Ao referirem-se ao trabalho nas fábricas, os profissionais revelam dificuldades semelhantes

às do seu próprio local de trabalho ao afirmarem que as pessoas “são máquinas de produção” e “vão ficando doentes”. Percebe-se que a exigência em relação à quantidade de trabalho realizado envolve também a equipe do PSF. Isso demonstra o funcionamento do capitalismo selvagem não-somente nas fábricas do município, mas no próprio programa, já que ocorre uma exigência quanto à produtividade, quantidade e cumprimento de metas no Programa Saúde da Família. Ante essa alta exigência que os profissionais vêm enfrentando, como fica a saúde desses trabalhadores?

Outra questão referida pelos participantes do grupo focal tem a ver com o precário incentivo por parte do Estado, que se reflete em um acúmulo de faltas: de medicação, de profissionais, de salário adequado e, principalmente, de apoio – exemplificada pelo pouco empenho dos gestores no que diz respeito ao cumprimento de negociações, prazos e demais obrigações constitucionais.

A gente sabe que falta medicação, falta profissional, falta o salário, não é? Oh! que maravilha, né? Então falta incentivo, não? Então eles não podem cobrar, assim, ou até podem cobrar, que cobrem, mas tu não cumpre, né? ... tem que exigir isso das agentes de saúde, tem que. Converso com elas, explico as coisas pra elas, elas também tentam dar, dar que nem os funcionários, dar o melhor de si. Mas se não atingiu, não atingiu. Até porque eles também não dão retorno, né? Nenhum retorno (Crisântemo).

Uma novidade há pouco surgida no PSF é a criação de um congresso para avaliar o progra-

ma. No entanto, os trabalhadores relatam que o gestor não participa do congresso, o que o torna extremamente técnico, pois com essa ausência o encontro reúne apenas a equipe técnica do programa. Em decorrência, pode-se pensar que o congresso foi pouco eficaz, haja vista que a responsabilidade por quaisquer mudanças novamente recai sobre o profissional. Tal circunstância contribui para que perca a confiança na gestão do programa, na medida em que não tem respaldo do governo, de que tanto necessita, o que diminui seu compromisso para com o trabalho.

Laurel e Noriega²⁰ argumentam que a comprovação da experiência dos profissionais para os gestores é de cunho quantitativo, pois a experiência do trabalhador em relação aos efeitos do trabalho sobre a saúde não está *universalmente reconhecida como um conhecimento objetivo ou científico; o êxito na negociação trabalhadores-empresa, dentro do contexto legal existente, requer uma comprovação de cunho científico tradicional, ou seja, no caso da saúde, quantitativa*. No entanto, há uma crítica a esse tipo de avaliação no PSF, pois o gestor não está presente no cotidiano de trabalho para exigir 100% de efetivação em seus planos e metas.

Essa análise leva a pensar que deveria ocorrer uma junção entre a avaliação quantitativa e qualitativa do trabalho em saúde, ao invés de o gestor considerar somente os dados estatísticos, sem, de fato, conhecer a realidade de trabalho no PSF. Fica claro ser fundamental que o gestor ouça o trabalhador – que deve buscar um espaço de escuta/fala que permita conhecer e facilite o atendimento de suas necessidades.

Conquistar esse lugar representa significativo desafio para a equipe, principalmente porque ser ouvida pelo gestor implica assumir o papel de protagonista. Na área da saúde, tal escuta permite que saiam da posição de queixosos, quanto ao gestor e ao programa, impelindo-os rumo à garantia de autonomia e melhores condições de trabalho.

A falta de capacitação para a equipe de Saúde da Família é ressaltada no grupo focal como desresponsabilização do Estado para com esses profissionais, dificultando o cumprimento do papel de possibilitar as ações nos programas de saúde. Contrapondo-se à questão apontada anteriormente, referente à produção quantitativa, entende-se que a capacitação do trabalhador faz parte da produção qualitativa em saúde, na medida em que diz respeito a sua formação para lidar com os desafios cotidianos no trabalho.

Os trabalhadores afirmam sentir falta de um respaldo, em nível nacional, que lhes garanta algum tipo de treinamento, curso, educação continuada ou convênio com alguma universidade. Afirmam estar no primeiro módulo de capacitação desde que entraram no PSF e que precisam de oportunidade e apoio.

Como eles colocaram o PSF, isso daí é uma coisa, né, em nível nacional eles também deveriam ter pensado nos profissionais. No estresse que eles teriam, que eles teriam uma comunidade pra cuidar, uma comunidade que os problemas seriam sempre os mesmos, né, que o custo-solução eles que nos dão... talvez dar um... um treinamento, um curso ou alguma coisa a mais porque assim, agora, por um tempo

nós estamos sem fazer nada, né? De fora, né? Sempre, sempre trabalhando, né? Então eles deveriam dar mais oportunidade... assim... eles deveriam dar mais apoio (Margarida).

Diante da necessidade de melhor lidar com o colega de equipe, o usuário e o gestor, a capacitação adquire extrema importância mas não pode ser vista pelo profissional como a única alternativa para os problemas enfrentados. Quanto a isso, é importante apontar que, por ser proveniente de ações externas, e não deles próprios, a capacitação é vista como solução quase mágica, capaz de resolver todos os problemas.

Essa questão representa mais um obstáculo a ser enfrentado pela equipe, porque decidir sobre a pertinência de promover uma capacitação foge a seu controle; deve ser deliberada por outras instâncias – a gestão do PSF e o MS. Portanto, fazendo coro à extensa produção literária sobre o assunto, também esta pesquisa constatou ser preciso que essas instâncias direcionem-se no sentido de responder, concretamente, às necessidades de formação de recursos humanos na área da saúde, carente de profissionais habilitados e comprometidos com a transformação da realidade²¹. As ações voltadas à formação dos profissionais devem partir do Estado, ao qual cabe garantir-lhes capacitação, por meio de cursos e formações específicas, para, assim, cumprir sua função precípua em relação ao usuário/cidadão.

O artigo 196 da Constituição de 1988 determina que *a saúde é um direito de todos e dever do Estado*²². Para alcançar tal objetivo o Estado tem a obrigação de prover capacitação adequada

aos trabalhadores do PSF, pois se entende que propiciar melhores condições de trabalho aos mesmos redundará melhoria à saúde de todos: do trabalhador e do usuário atendido. As atuais mudanças nas relações de produção afetam o trabalhador em saúde na medida em que tem de aprender a lidar com novos processos, no fazer cotidiano do próprio trabalho. A razão da reavaliação por melhor formação e capacitação é evidente: decorre da necessidade de trabalhar em saúde pública e no PSF sem ter uma “especialização” formal para tanto; do fato de ter que aprender a fazer, fazendo.

De acordo com Pires, no trabalho em saúde *o produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade*²³. Por isso, faz-se preciso capacitar o profissional para que qualifique suas ações em saúde e enfrente de maneira eficaz os desafios cotidianos do trabalho. Afirmar a importância da capacitação não implica considerar, todavia, que se pode colocar todas as expectativas relacionadas ao trabalho em PSF na questão da capacitação, visto que a produção da saúde ocorre pela coresponsabilização entre os atores sociais envolvidos no processo.

Concordando com Campos, este texto propõe um movimento no sentido de realizar uma *negação-superação da forma neoliberal de pensar e fazer saúde*²⁴. Considera, para que haja a produção coletiva da saúde, que o trabalho na perspectiva da promoção de fato aconteça. Após constatar a presença de sofrimento psíquico nas falas dos profissionais, que na prática são os indutores do processo de promoção da saúde, fica evidente que, ao menos em relação a eles, a pro-

dução coletiva da saúde vem falhando. Diante disso, o cuidado assume fundamental importância, pois pode proporcionar conforto diante da dor. O tópico a seguir discute a vulnerabilidade do profissional e sua necessidade de cuidado, bem como as estratégias utilizadas para enfrentar o sofrimento ao qual estão submetidos.

O trabalhador do PSF como cuidador: a criatividade ante o sofrimento

De acordo com Seligmann Silva, o trabalho humano tanto pode ser fonte de construção, realização, satisfação, como também significar exploração, sofrimento, doença e morte²⁵. Nesse sentido, Pinheiro afirma que é preciso relacionar *a dinâmica existente entre o processo de trabalho e o desgaste físico e psíquico do trabalhador com as estratégias de que ele se utiliza para recuperar a saúde ou adaptar-se ao trabalho e às suas possibilidades de consumo de bens e serviços para continuar vivendo a vida*²⁶.

Dejours, dentre vários autores, reconhece que no trabalho podem ocorrer tanto vivências de sofrimento como de prazer^{27,28,29,30}. No caso do trabalho em PSF, além de revelarem sua vulnerabilidade e a necessidade de serem cuidados, os profissionais citaram algumas estratégias de enfrentamento às situações que lhes causam sofrimento. Essa análise diz respeito à condição humana do profissional de saúde, que expôs seus sentimentos, fragilidades e esperanças no decorrer do grupo focal. Por meio da palavra é possível ler o sofrimento operário³¹; assim, ouvir o trabalhador consiste na primeira tarefa de quem tem a intenção de ajudá-lo.

Este tópico subdivide-se em duas partes: a *vulnerabilidade do trabalhador e o sofrimento patogênico* e *diferentes formas de cuidar de si mesmo e do outro: estratégias de enfrentamento*. Ambas são complementares na medida em que evidenciam a forma de reconhecer o sofrimento psíquico no trabalho e de lidar com o mesmo trabalhando o enfrentamento criativo.

A vulnerabilidade do trabalhador e o sofrimento patogênico

Esta análise das falas dos trabalhadores refere-se a dois principais aspectos: as manifestações de sua vulnerabilidade enquanto humanos e o reconhecimento da necessidade de cuidado.

O ser humano necessita de cuidado porque é vulnerável e porque faz parte de uma rede de relações. Assim, vulnerabilidade e interdependência constituem os pressupostos do paradigma do cuidado³². No que concerne à vulnerabilidade, os profissionais do PSF referem-se a sintomas físicos como dor de cabeça e pressão alta por estarem cansados de atender as mesmas pessoas e os mesmos problemas e ter que resolvê-los quando eles mesmos possuem conflitos internos e não estão bem – o que gera mal-humor e desavenças entre os colegas de equipe. Percebem a necessidade mútua de ser tolerante (reciprocidade), mas reconhecem a falta de tempo para conversar com o colega, além de considerar que “relações humanas são complicadas mesmo” e de que “tu nunca é 100%”.

As pessoas vêm e a gente tem que resolver os problemas dos outros e a gente não está bem consigo mesmo... tenho tudo isso pra resolver,

ninguém está preocupado comigo. Eu estou tendo um conflito interno, eu estou ruim, estou com dor de cabeça, irritada. Mas não. Vou ter que resolver primeiro o problema da... [outra pessoa]. Isso aí gera um conflito na gente. Pô, também não estou bem, mas vou ter que ficar aqui, vou ter que ficar resolvendo. Às vezes isso tu passa até pra própria equipe, o dito mau-humor (Margarida).

Até onde o médico pode demonstrar sua fragilidade e “ficar mal”? Entre as falas dos trabalhadores evidencia-se o conflito entre a pretendida onipotência, não só do médico, mas de todos os integrantes da equipe, e a necessidade de “botar fora”, “se xingar”, “chorar e brigar junto”. Identificam a necessidade de contar com alguém que faça o “meio de campo”, um líder que sirva como mediador (o termômetro) da situação.

Acho assim vital no grupo pequeno ou um pouquinho maior que haja uma liderança. Eu sempre puxo pra enfermeira, tem que ter alguém que puxa, que sente o termômetro da situação. Porque sempre vai haver conflito... Aí tem que ter alguém que faça esse meio de campo... Aí tu sente que um colega não tá bem, um agente ou até de repente um médico... A gente tem que ter esses botar fora, né, se xingar. E às vezes a gente tem que chorar junto, brigar junto, é assim mesmo (Calêndula).

Se já identificado que alguns cuidadores vivenciam certo grau de estresse na atividade que realizam³³, a pesquisa parece indicar que, também no PSF, esse estresse pode estar sendo produzido. As falas dos entrevistados parecem mostrar que por serem “profissionais de saúde”

supõem saber lidar com todo e qualquer problema e raramente necessitar de algum tipo de cuidado. Por trás dessa “máscara”, porém, transparece sua vulnerabilidade. Apesar de inerente à condição existencial do ser humano, a vulnerabilidade torna-se muitas vezes difícil de ser assimilada e reconhecida pelo profissional – o que pode ser percebido quando afirma ser difícil falar de si mesmo.

É difícil falar de si mesmo, né? É uma coisa que dependendo do dia é um espaço muito bem aproveitado e dependendo do dia ninguém tem nada a dizer. Não é que ninguém tem nada a dizer. É que é difícil falar coisas tuas (Rosa).

Nas falas do grupo focal percebe-se, com relação ao trabalho desenvolvido no PSF, a presença de dor quando os profissionais referem-se aos pontos de dor, como a dor física (crônica, ocupacional) e a “dor da alma”, caracterizando o sofrimento psíquico já que *a palavra sofrimento tem sido associada ao psíquico, ao mental ou à alma, enquanto a palavra dor, geralmente, é remetida a algo localizado no corpo*³⁴. Apesar da diferente nomenclatura, tanto a dor quanto o sofrimento dos trabalhadores são valorizados.

Tu te sente frustrada, tu também sente com dor, que nem eu digo, dor na alma... Mas a gente também tem as nossas dores e a gente convive com elas (Margarida).

Ah, não! As deles [usuários] eu acho que são, claro, dores mais físicas, mas também psicológicas e as nossas não, as nossas acho que são mais de caráter psicológico (Crisântemo).

Conforme Foucault, o sofrimento psíquico caracteriza-se como doença da alma³⁵, sendo fundamental seu reconhecimento: essa sensação reafirma a vulnerabilidade do ser humano. Nas falas percebe-se que a dor é vista como problema complexo, de saúde pública, que o usuário espera que a equipe resolva, eliminando a dor que sente, já que ele próprio, muitas vezes, não se responsabiliza por sua dor e saúde. Frente a essa situação evidencia-se o despreparo do trabalhador para lidar com questões do atendimento ao usuário, com as quais, de alguma maneira e medida, se identifica. Tais problemas, que “mexem” com o profissional, tendem a gerar as sensações de “impotência”, “baixo astral”, “angústia” e “dor na alma”, conforme referido. Percebe-se que a “dor na alma” pode ser considerada a dor da falta de cuidado. Já que o sentido final do trabalho em saúde é a produção do cuidado⁴, é possível pensar que o ato de saúde precisa ser um ato de cuidado dirigido tanto ao usuário quanto a si mesmo.

Quanto ao reconhecimento da necessidade de cuidado a pesquisa evidencia que o usuário espera do profissional cura ou alívio da dor. Nesse sentido pode-se questionar: o trabalhador cuida e se responsabiliza por sua própria dor? De acordo com as falas, há um reconhecimento da necessidade de cuidado, pois além de perceber sua vulnerabilidade enquanto ser humano, o trabalhador em saúde do PSF admite a possibilidade de ser ajudado e pede ajuda, revelando sua interdependência em relação aos outros. Os trabalhadores possuem grande carga de problemas, mas nem todos conseguem resolvê-los por não ter apoio; não ter quem os cuide e tranquilize. Percebem que

são seres humanos diferenciados uns dos outros, não são perfeitos e, por isso, precisam ser tolerantes e procurar alguém que possa proporcionar-lhes cuidado. Apesar desse reconhecimento, as falas mostram que nem sempre encontram o apoio de que necessitam.

Porque a gente vem de uma carga tão grande daquela semana que a melhor coisa é ser sexta-feira pra gente sair dali e ficar dois dias fora dos problemas... Muitas vezes a gente não tem apoio... Falta alguém pra cuidar de nós! (Margarida).

É, eu acho que deveria, se deveria ter um apoio, né, ter alguém que diga: olha, não te frustra porque é assim mesmo. As pessoas são diferentes... A questão do cuidando do cuidador, né? Eu acho que não, todo serviço deveria ter isso do profissional ir conversar e perceber: quais são os seus sentimentos, né, no seu trabalho? Mas deveria ter até porque assim nós somos seres humanos, né, e temos relações com outros seres humanos diferenciados (Crisântemo).

Para Junges³², a vulnerabilidade é condição para a possibilidade do cuidado, sendo sua base e seu limite, porque quem cuida também é vulnerável, o que faz com que a ação de cuidar seja limitada. A partir daí, é fácil entender que a frustração do trabalhador acontece no momento em que se identifica com o sofrimento do usuário, reconhecendo sua própria dor e a incapacidade de lidar com ela; percebendo sua vulnerabilidade enquanto ser humano.

A gente vai criando mecanismos pra um ir cuidando do outro. Mas acho que tem outras

coisas assim que geram indiferença dentro de uma equipe. O discurso é muito bonito, mas a gente sabe que existem outras coisas. Sempre acho que vai muito da pessoa. Do perfil profissional e do caráter da pessoa. Tem pessoas que têm, tem pessoas que têm diferente. É bem complicado isso. Trabalha com público e trabalha um bom tempo, tem que aprender a conhecer a pessoa e às vezes aceitar. Perfeito ninguém é. É bem complicado (Rosa).

Diante de sua vulnerabilidade, alguns trabalhadores alegam falta de tempo para procurar alguém que os cuide, enquanto outros a percebem como desculpa para não se cuidar, pois se tu não cuidar de ti, ninguém cuida.

Eu acho que o tempo é uma desculpa, né? Ah, porque se tu não cuidar de ti, ninguém cuida... A gente cuida, cuida, cuida e ninguém cuida da gente, né? Eu acho que, eu penso que, a expressão foi que nós somos humanos também, né? (Rosa)

Diferentes formas de cuidar de si mesmo e do outro: estratégias de enfrentamento

Esta parte refere-se ao sofrimento criativo ou às estratégias de enfrentamento do sofrimento utilizadas pelos trabalhadores do PSF. Para Dejours, o sofrimento implica *um estado de luta do sujeito contra as forças – ligadas à organização do trabalho – que o empurram em direção à doença mental*³⁶. Buscar alternativa a esse sofrimento pode redundar em um processo benéfico, desencadeando a criatividade – sofri-

mento criativo –, ou pode tornar-se prejudicial – sofrimento patogênico³⁷.

Após constatar sua fragilidade enquanto ser humano e reconhecer a necessidade de ser cuidado, os membros da equipe do PSF precisam cuidar de sua própria dor com estratégias de enfrentamento. Na assistência em saúde, o cuidar é transformado num instrumento de trabalho e, em vista disso, faz-se necessário que os profissionais disponham de saídas criativas comprometidas e transformadoras tanto no cuidado consigo mesmo quanto na viabilização de um serviço mais humanizado. Porque, segundo Noddings, o cuidar envolve um olhar para si mesmo e para o outro, concomitantemente³⁸.

Para o trabalhador, perceber a própria vulnerabilidade é bom quando isto gera alternativas de cuidado consigo mesmo (sofrimento criativo), como, por exemplo, o enfrentamento do sofrimento através de piadas, risos, brincadeiras e a utilização de mecanismos de defesa, como deixar os problemas na unidade e retomá-los no outro dia.

Na verdade, a gente tem que aceitar... É no momento que fechar o posto às 17h, o problema [deve] ficar ali porque se tu carregar contigo tu só vai te desgastar, tu só vai sofrer e não vai mudar nada. Daí, no outro dia, às 8h tu pensa nisso de novo e às 5 da tarde encerrou o assunto. É assim que eu faço (Strelítzia).

O profissional de saúde relata experiências positivas de enfrentamento do sofrimento. Porém, pensa-se que devem estar relacionadas ao cole-

tivo. Caso contrário, cada um ameniza sua dor individualmente, resolvendo parcialmente os problemas. Isso pode caracterizar falta de vinculação com o trabalho ao buscar fora dele um conforto para as situações ali vivenciadas. Assim, o trabalho passa a ser puramente fonte de sofrimento e o espaço fora dele, fonte de prazer, o que não parece saudável pois, se o trabalhador pretende trabalhar sob uma perspectiva integral de ser humano, ele precisa perceber-se enquanto tal.

De acordo com Zoboli, *para ser capaz de cuidar do outro, deve-se primeiro ser capaz de cuidar responsabilmente de si mesmo*³⁹. O profissional percebe a necessidade de cuidar de si e relata que desenvolve atividades para tanto, como terapia, ginástica, musculação, massagem.

Eu particularmente, eu faço terapia particular, então, tem muitas coisas que eu levo a, não vou dizer tiro de letra, né, mesmo assim encontro e tenho problemas. Só que pra fazer terapia... não é pra qualquer um, né, sentar naquele banquinho lá. Então, ah, eu acho que o tempo às vezes, nós nos damos de desculpa pra não procurar ser ajudado, seja por terapeuta, seja por alguém sabe? (Rosa).

Esse tipo de atividades, citadas no grupo focal, refletem estratégias individuais de enfrentamento do sofrimento, não estando voltadas para o coletivo dos trabalhadores do PSF. Quanto às estratégias coletivas, ressaltam o aspecto positivo dos momentos de lazer, descontração e relaxamento no ambiente de trabalho, quando comemoram aniversários, conversam, elogiam uns aos outros, aprendem

a conhecer e respeitar o jeito de cada um, vêem fotografias, tomam chimarrão, comem bolachinhas etc.

Então há uma descontração sempre antes do início da, da paulera, e eu acho que isso nos ajuda... É uma maneira de começar não abaixo de mau tempo... Todo dia há isso, a gente se encontra ali tipo pra um, pra esquentar, pra preparar as turbinas... E é uma maneira de rir, né? De descontrair, de conversar e ajudar. Acho que é uma coisa boa (Strelítzia).

Citando Damas e colaboradoras, Esperidião ressalta a importância de uma boa formação humana do trabalhador em saúde, entendendo-o como profissional que requer cuidados para que cuide com qualidade⁴⁰. Após visualizarmos esses aspectos, entende-se que o cuidado com o cuidador do PSF é fundamental para que possa manter sua própria saúde, desenvolver um trabalho de qualidade e propiciar maiores condições de saúde ao usuário.

Nesse sentido, percebe-se que a valorização e o desenvolvimento das potencialidades do sujeito deve ser uma das metas do trabalho no PSF, já que, além de visar à saúde do usuário, é preciso olhar para a saúde do profissional. Verspieren apresenta uma visão integral da saúde, entendida como capacidade de reagir a elementos desestabilizadores do equilíbrio vital⁴¹. A pesquisa leva a pensar que, apesar de todas as queixas referidas pelos profissionais de saúde, eles possuem a capacidade de reagir ao que lhes afeta a identidade e podem ser considerados saudáveis por desenvolverem estratégias de enfrentamento ante o sofrimento a que são

submetidos no cotidiano de trabalho. Assim, sua atitude vai ao encontro das palavras de Foucault, que resgatam a importância de reviver a esperança ao priorizar o olhar para si mesmo como um dos caminhos para a felicidade.

Quero que nunca deixes escapar a alegria. Quero que ela seja abundante em tua casa. Ela abundará com a condição de estar dentro de ti mesmo... Ela nunca mais cessará quando encontrares, uma vez, de onde ela pode ser tomada... Dirige teu olhar para o bem verdadeiro; sê feliz pelos teus próprio bens. Mas esses bens, de que se trata? De ti mesmo e da tua melhor parte⁴².

No âmbito das relações interpessoais e de trabalho, a Psicologia tem inúmeras possibilidades de intervenção, basta que se admire e se inquiete diante da realidade dos trabalhadores, na qual se evidencia, conforme Guareschi e Grisci, citando Jacques, a necessidade de resgatar a fala desses profissionais, exercendo a capacidade de escuta das experiências de sofrimento no cotidiano de trabalho⁴³.

Considerações finais

O estudo realizado investigou a saúde e o sofrimento psíquico na visão do profissional de saúde do PSF. Para esse, um dos motivos de sofrimento é a expectativa depositada em relação ao sucesso e efetivação do PSF nos níveis municipal, estadual e federal, pois à medida que pretende dar conta de tudo percebe-se ante a impossibilidade de fazê-lo. No cotidiano de trabalho, o profissional exerce o papel de protagonista, porém a responsabilidade pela produção

coletiva da saúde deve ser compartilhada com os outros atores sociais envolvidos no processo: os gestores e os usuários. A formação de uma rede social de apoio depende da cooperação desses atores, no sentido de diminuir as expectativas em relação ao sucesso do PSF vinculado exclusivamente ao profissional desse programa.

Cada ser humano se constrói nas diferenças e no contato com os outros, diariamente, nas suas experiências e escolhas. Portanto, os atores sociais devem estar envolvidos no processo de efetivação do PSF e na prática cotidiana de atenção como agentes de saúde, pois o conjunto de ações caracteriza a busca pela construção, em nível social, de uma concepção ampliada e coletiva da saúde. Além da expectativa do gestor e do usuário, há a questão da onipotência do profissional ao pensar que pode resolver todos os problemas da comunidade atendida, o que pode levar à retomada do paradigma tradicional de saúde (hospitalar e biologicista). E na proporção em que ainda não sabe lidar com as situações que surgem no trabalho, esse profissional repetirá o antigo comportamento, que reforça a dependência ao invés de promover a autonomia do sujeito.

A implantação do PSF favorece o estabelecimento de novas relações de trabalho, nas quais trabalhador e usuário precisam ser vistos como sujeitos do processo, pois se pretende superar a relação sujeito-objeto, fundada no paradigma tradicional. Se o processo de trabalho está em transição, a identidade do trabalhador também sofre mudanças, tornando-se necessária a criação de novas possibilidades de enfrentamento da situação e a qualificação do mesmo para tarefas e atitudes exigidas pelo novo paradigma

de atenção à saúde. A postura do trabalhador precisa estar vinculada ao processo de autonomia com a emancipação e publicização de seu conhecimento e seu saber prático no acompanhamento das mudanças produzidas pela implantação de um programa voltado à promoção da saúde. O comprometimento do profissional com o que faz é fundamental no atendimento ao usuário e precisa vir acompanhado do compartilhamento da responsabilidade com esse, já que ambos são responsáveis pela própria saúde.

Não se quer responsabilizar exclusivamente o profissional pela saúde do usuário e por sua própria, mas evidenciar que, ao mesmo tempo em que existe a onipotência desse, está muito presente, também, sua impotência diante dos problemas enfrentados, que dizem respeito à organização de trabalho amplo no qual está inserido. O profissional almeja suprir as necessidades da comunidade atendida e sente-se incapaz frente à demanda e às más condições de trabalho a que está submetido, já que é portador da carga emocional e psíquica implícita na efetivação do PSF em nível nacional, aquém do preconizado pelo SUS.

Evidencia-se a necessidade de uma formação adequada ao novo trabalhador em saúde, mais voltada ao atendimento da coletividade e aplicada por uma equipe interdisciplinar – e não multidisciplinar, como propõe o PSF – pelo fato de a mesma não corresponder às exigências de um trabalho voltado para a visão integral do ser humano.

Constata-se igualmente a necessidade de cuidar do cuidador, para que possa criar estratégias

coletivas de defesa para com a organização do trabalho, que exige maior responsabilidade do que está preparado para assumir. Assim, o cuidado surge como estratégia de enfrentamento, pois representa uma aproximação com o paradigma da promoção da saúde ao ir de encontro ao tradicional enfoque biologicista em que o profissional é considerado o detentor do saber e o paciente, seu objeto de cura. Sob a perspectiva do cuidado, ambos são sujeitos em meio à produção coletiva de saúde.

As estratégias individuais de enfrentamento das situações cotidianas de trabalho podem amenizar o sofrimento do profissional do PSF, porém constituem estratégias parciais por refletirem ações individuais de cuidado consigo mesmo fora do ambiente de trabalho. Entende-se que o sofrimento psíquico é proveniente das relações de trabalho. Portanto, torna-se necessária a criação de estratégias coletivas de defesa para que o profissional não tome para si a posição de queixa em relação ao usuário e ao gestor e assuma o cuidado consigo mesmo no ambiente de trabalho. É preciso ter cuidado com a saúde no próprio ambiente de atuação e não fora dele, pois se o trabalho é expressão da vida e o cuidado é inerente ao homem, o trabalho em saúde está extremamente vinculado ao cuidado com o usuário e consigo mesmo. Nesse sentido, o cuidar de si e cuidar do outro são parte de um mesmo processo, por serem compromissos interligados. Tendo em vista que o ser humano se constrói na relação com o outro, mais que olhar para o outro é preciso olhar para si mesmo.

Como ser humano, o profissional de saúde torna-se capaz de ajudar o outro em sua complexidade, considerando que também somos seres complexos, passíveis de erros e com imenso potencial de mudança diante do que não nos satisfaz.

Os programas de atenção à saúde devem estar abertos à avaliação e reformulação de suas diretrizes, pois o homem constantemente está transformando a si mesmo e ao mundo que o cerca e é preciso acompanhar essas mudanças. Embora exista alta exigência pela produção quantitativa da saúde, o trabalhador deve garantir a qualidade da atenção às famílias atendidas. Nesse sentido, o cuidado emerge como elo entre os atores envolvidos na promoção da saúde, pois significa promover o bem-estar do outro agindo em prol da saúde desse e de sua própria saúde. Através do cuidado, o cuidador identifica o que há de humano em si e no outro, pois o reconhecimento da própria vulnerabilidade é condição para ajudar ao outro.

Este texto pretende dar credibilidade ao profissional de saúde por meio de sua escuta e da ampliação do conhecimento existente a respeito das relações de trabalho e a necessidade de cuidar do cuidador do PSF. Lança-se o desafio da realização de estudos posteriores que venham a enriquecer a temática abordada, propiciando melhoria no ambiente de trabalho e possibilitando o cuidado tanto do cuidador como do usuário, de maneira integral.

Resumen

El sufrimiento psíquico del profesional de salud en la perspectiva del cuidado

La asistencia en salud se ha transformado, en los últimos años, en el Brasil, como consecuencia del movimiento de la Reforma Sanitaria. La implementación del SUS propone un modelo de atención en salud dirigido hacia la salud de la colectividad. El estudio tiene como objetivo oír a los profesionales de salud involucrados en el Programa Salud de la Familia (PSF) para comprender su posible sufrimiento psíquico en la perspectiva del cuidado con el cuidador. El enfoque metodológico es cualitativo y el estudio posee carácter exploratorio descriptivo, muestra intencional, comprendiendo como instrumento para la recolección de los datos el grupo focal, con una muestra de doce trabajadores del PSF. Se realizó el Análisis de Contenido Temático, según Bardin (1995), Minayo (2000) y Gomes (2001). En los resultados se levantan cuestionamientos sobre el perfil del trabajador del PSF y sobre las dificultades y desafíos por ellos enfrentados. Para que exista el enfrentamiento del sufrimiento psíquico del trabajador, detectado en el estudio, se hace necesaria la construcción de la responsabilización colectiva, entre trabajador, gestor y usuario. Surge la necesidad de repensar la formación académica del profesional y la capacitación por parte de los órganos responsables por el programa, en aras de volver posible la producción colectiva de la salud. El trabajador debe crear estrategias colectivas de defensa en el propio ambiente de trabajo, asociadas al cuidado consigo mismo, siendo reconocido como portador de la necesidad de cuidados.

Palabras-clave: Profesional de salud. Sufrimiento psíquico. Cuidado.

Abstract

Psychic suffering of health professionals in the caring perspective

In Brazil, health assistance has been transformed during the last years, as the result of the movement called *Reforma Sanitária*. The implementation of SUS (Brazilian Health System) proposes a model of health attention focused on collective health (public health with social focus). This essay has the purpose of listening health professionals involved in *Programa Saúde da Família (PSF)* - (Family health assistance program) in order to understand the potential psychic suffering of caretakers, in the perspective of caring them. The methodological approach is qualitative, and the study has an exploratory-descriptive character, with intentionally chosen samples and focal groups (12 staffs of PSF) as a toll for collecting data. We made a Thematic Analysis of Contents, according to Bardin (1995), Minayo (2000) and Gomes (2001). The results show questions on the PSF staffs' profile and difficulties and challenges faced by these staffs. In order to facing psychic suffering of PSF staffs, detected in this study, is necessary to constructing a collective responsibility between staffs, managers and users. It is also necessary to re-think the academic formation of staffs and training given by institutes in charge of this program (PSF) to make possible the collective production of health. Staffs must also create collective defense strategies, within the working place, associated to self-caring, with the recognition of their own need of caring.

Key words: Health professional. Psychic suffering. Caring.

Referências

1. Lima MCR, Queiroz SS. Organizações que mudam, vidas que se transformam: a posição dos sujeitos diante de processos de reestruturação organizacional na administração pública. *Revista Psicologia: organizações e trabalho* 2003;3(1):96.
2. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família 2003 [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Univer-

- cidade de São Paulo, 2003. Disponível em: URL: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseElma_Lourdes.pdf
3. Fontinele Júnior K. Programa de saúde familiar (PSF) comentado. Goiânia: AB Editora, 2003.
 4. Merhy EE, Miranda Júnior H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
 5. Silva JÁ, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
 6. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública* 1997;13(2):28.
 7. Leite S. O psicólogo e algumas práticas no serviço público estadual de saúde. *Psicologia Ciência e Profissão* 1997;17 (1):40.
 8. Megale FCS, Teixeira J. Notas sobre a subjetividade em nossos tempos. *Psicologia Ciência e Profissão* 1998;18(3):49.
 9. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios [Documento eletrônico]. 1999 Mar [citado em 2005 Nov 4]. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>
 10. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002;7(3):581-9.
 11. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.
 12. Bleger J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 53.
 13. Cardoso CL. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Psicologia Ciência e Profissão* 2002;22 (1):2-9.
 14. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.
 15. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Miranda Júnior H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.30.
 16. Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
 17. Contini MLJ. Discutindo o conceito de promoção de saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação. *Psicologia Ciência e Profissão* 2000;20(2):46-59.
 18. Brant LC, Minayo-Gomez C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004;9(1):213-23.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
 20. Laurel AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989. p.310.
 21. Alessi NP, Palocci Filho A, Pinheiro AS, Scopinho RA, Silva GB. O serviço de saúde do trabalhador no centro de saúde escola. In: _____, Orgs. Saúde e trabalho no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.37-50.
 22. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988. p. 133.
 23. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(2):438-46.
 24. Campos LFL. Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia. Campinas: Alínea, 2001. p.32

25. Silva ES. Saúde mental e trabalho. In: Tundis AS, Costa NR, Orgs. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1990. p.217-88.
26. Pinheiro SA. A integração clínico-epidemiológica no ambulatório de saúde do trabalhador. In: Alessi NP, Palocci Filho A, Pinheiro AS, Scopinho RA, Silva GB, Orgs. Op. cit. p.54-5.
27. Heloani JR, Capitão CG. Saúde mental e psicologia do trabalho. São Paulo em Perspectiva 2003;17(2):102-8.
28. Lima MEA. A psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. Psicologia Ciência e Profissão 1998;18(2):10-5.
29. Mendes AMB. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de Cristophe Dejours. Psicologia Ciência e Profissão 1995;15(1;2 e 3):34-8.
30. Merlo ARC. Psicodinâmica do trabalho. In: Codo W, Jacques MGC, organizadores. Saúde mental e trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002. p.130-43.
31. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.
32. Junges JR. Ética e gênero: o paradigma do cuidado. Convergência 2001;36(348):591-609.
33. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
34. Brant LC, Minayo-Gomez C. Op. cit.. p.215.
35. Foucault M. História da sexualidade III: cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
36. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p.127.
37. Codo W, Soratto L, Vasques-Menezes I. Saúde mental e trabalho. In: Zanelli JC, Borges-Andrade JE, Bastos AVB, organizadores. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p.286.
38. Noddings N. O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral. São Leopoldo: Unisinos, 2003.
39. Zoboli ELCP. Op. cit. p.97.
40. Damas KCA, Munari DB, Siqueira KM. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Revista Eletrônica de Enfermagem [publicação eletrônica] 2004 [Acesso 2005 nov 4];6(2):272-8. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista>
41. Verspieren P. Vie, santé et mort. In: Initiation à la pratique de la théologie. Tome IV: éthique.Paris: Cerf, 1983. Tome 5 : Etique. p. 359-401.
42. Foucault M. Op.cit. p.71.
43. Jacques MGC, Strey MN, Bernardes NMG, Guareschi P, Carlos AS, Fonseca TMG. Psicologia social contemporânea. Petrópolis: Vozes, 1999.

Contato

Lucilda Selli - lucilda.selli@terra.com.br