



Artigos Originais

## SER SAUDÁVEL: REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Being Healthy: Representations of Family Health Program Workers*

Jussara Gue Martini<sup>1</sup>

Amanda Chelski da Motta<sup>2</sup>

Joana de Oliveira Werlan<sup>3</sup>

Letícia Colossi<sup>4</sup>

Renato José Alves de Figueiredo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC - Brasil

<sup>2</sup>Psicóloga, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC - Brasil

<sup>3</sup>Cirurgiã Dentista, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC - Brasil

<sup>4</sup>Enfermeira, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC - Brasil

<sup>5</sup>Médico, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC - Brasil

**RESUMO** - Estudo descritivo com abordagem qualitativa cujo objetivo foi conhecer as representações sobre ser saudável dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Participaram do estudo 20 profissionais das equipes básicas da ESF (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) de quatro Centros de Saúde de uma Regional do município de Florianópolis. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada e no tratamento dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo. As Representações Sociais dos trabalhadores da ESF sobre ser saudável e sobre como lidam com o sofrimento, seu e do outro, se apresentaram em dois campos representacionais: o trabalho na ESF representado como “uma fábrica de loucos” e o ser saudável representado como “aprender a lidar com o sofrimento, seu e do outro”. Na primeira representação destacam-se as relações e condições de trabalho vivenciadas e a falta de ações de suporte à saúde dos trabalhadores como geradoras de sofrimento; e na segunda, a necessidade da busca do equilíbrio ao lidar com o seu sofrimento e do outro e ao definir formas de “cuidado de si”. Espera-se que as reflexões desencadeadas pelos resultados apresentados nesta investigação contribuam para mobilizar o conjunto dos atores envolvidos (equipes de Saúde da Família e gestores municipais) para a adoção de medidas que além das condições materiais, das relações entre os profissionais e destes com os gestores, propiciem um ambiente de trabalho saudável.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Atenção Básica; Representações.

**ABSTRACT** - The objective of this qualitative descriptive study was to know the representations of being healthy from Family Health Program workers, based on Social Representation Theory. 20 professionals from Family Health Program basic staff (physicians, nurses, surgeons dentists, licensed practical nurses and community health agents) of four Health Centers from one region of Florianópolis participated in the study. Semi-structured interviews were conducted to collect information, and Content Analysis was used on data treatment. Social Representations of Family Health Program workers of being healthy and how they cope with their own suffering and the suffering of others, displayed in two fields: the work at Family Health Program represented as an “insane factory” and being healthy represented as “to learn coping with their own suffering and the suffering of others”. In the first representation, the relationships and the conditions of work experienced and the lack of support actions concerning the workers health are stressed as a source of suffering; in the second one, the need of keep a balance when coping with their own suffering and the suffering of others, and when outlining ways of “selfcare”. We hope that the reflections provoked by the results presented in this research contribute to mobilize the conjunct of performers (Family Health staff and district managers) involved in the adoption of policies to oportunize a healthy work environment, beyond material conditions and relationships among and between professionals and managers.

**Keywords:** Worker health; Basic Care; Representation.

### 1. INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui apresentada trata de uma reflexão sobre as representações do processo de viver e ser saudável dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em uma regional de saúde do município de Florianópolis. As condições que vivenciam cotidianamente: trabalhar com o sofrimento do outro,

**Autor correspondente**

Jussara Gue Martini

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde - Trindade

Florianopolis, SC - CEP: 88034-500

Email: [jussarague@gmail.com](mailto:jussarague@gmail.com)

Artigo encaminhado 18/09/2012

Aceito para publicação em 01/11/2012

a precariedade de recursos humanos e materiais, a pressão por uma atenção de qualidade em um ambiente hostil, entre outras, expõem os trabalhadores a situações de agravo à saúde. Tais situações, somadas às dificuldades de percepção sobre o cuidado de si, se sobrepõem e tornam-se coextensivas à vida, criando um “círculo vicioso” e destrutivo para o processo de viver e ser saudável dos trabalhadores em saúde.

As condições de trabalho e suas conseqüências para a saúde do trabalhador têm sido objeto de estudos e levantamentos extensivos em Saúde Coletiva, nas áreas de Medicina do Trabalho, da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador, nos diversos ramos das atividades produtivas. Pesquisas qualitativas e quantitativas tem sido realizadas, há pelo menos meio século, pela Sociologia do Trabalho e, recentemente pela Psicopatologia do Trabalho<sup>1</sup>.

Neste estudo, nos interessa conhecer as representações dos trabalhadores da ESF acerca do seu processo de viver e ser saudável. O objetivo proposto para a investigação é o de compreender o mundo dos significados, valores, atitudes e relações sociais dos trabalhadores da ESF, através de suas representações sobre o processo de viver e ser saudável e das estratégias de cuidado de si utilizadas em seu cotidiano.

Para Moscovici<sup>2</sup>, “uma representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”. Elas correspondem a um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum<sup>2</sup>.

Segundo Jodelet<sup>3</sup>, “as representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

As Representações Sociais, enquanto sistemas de interpretação regulam a nossa relação com os outros e orientam o nosso comportamento. Enquanto fenômenos cognitivos, as representações sociais são consideradas produto de uma atividade de apropriação da realidade exterior e, simultaneamente, o processo de elaboração psicológica e social da realidade<sup>3</sup>.

As questões metodológicas são abordadas em trabalhos que apresentam discussões detalhadas dos problemas relacionados aos limites e possibilidades da Teoria das Representações Sociais enquanto explicação científica, propondo uma nova concepção de rigor em ciência<sup>4</sup>.

As Representações Sociais se expressam por meio da comunicação social, que ocorre nas relações individuais, nas instituições, nas propagandas, transformando o não familiar em familiar e difundindo conceitos formadores de atitudes, opiniões e comportamentos<sup>5</sup>.

As Representações Sociais procuram entender as marcas sociais do cognitivo e constituem uma forma de conhecimento prático, através do qual se procura entender as interrelações em uma realidade consensual e na integração da novidade na orientação das comunicações e condutas<sup>6</sup>.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo é qualitativo e descritivo, na medida em que está comprometido com situações sociais naturais e complexas. A trajetória metodológica segue os princípios de uma pesquisa qualitativa, a qual procura “compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte da sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos”<sup>7</sup>.

Quanto à determinação do Grupo Amostral, a amostra ideal é aquela na qual os sujeitos que compõem a mesma sejam representativos de um grupo, que deverá apresentar comportamentos similares e que evoquem convergência de significações sobre uma dada realidade, como por exemplo, “os enfermeiros”, “os médicos”, entre outros<sup>7</sup>. A amostra deste estudo foi composta por 20 profissionais das equipes básicas da ESF (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) de quatro Centros de Saúde (CS), de uma regional de saúde do município de Florianópolis. A seleção dos CS utilizou o critério de “área de interesse social”, adotado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF)<sup>8</sup>.

Para conhecer as percepções dos profissionais de saúde sobre o “ser saudável” dos trabalhadores da equipe de Saúde da Família realizamos entrevistas semi-estruturadas, que consideramos importantes fontes de informação e esta é uma metodologia consistente de investigação<sup>9</sup>.

A metodologia utilizada para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo, freqüentemente adotada

para o estudo das Representações Sociais, pois permite alcançar os significados presentes e latentes no material qualitativo. A Análise de Conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados<sup>10</sup>.

A realização da pesquisa foi precedida pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer nº 95/2008), bem como pelo esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contemplando os aspectos relacionados à Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivando a preservação da identidade dos entrevistados, seus nomes, profissões e locais de trabalho foram mantidos em sigilo. Os Centros de Saúde foram codificados por letras (A, B, C e D) e cada profissional por um número de 1 a 20. Exemplos: A1, B6, C11 e D20.

### **3. SER SAUDÁVEL: PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Na análise das entrevistas, buscamos conhecer as percepções dos profissionais da ESF sobre o ser saudável e como os mesmos lidam com o sofrimento próprio e dos usuários.

Ao examinarmos as falas, percebemos um profissional em constante tensão, uma pessoa vulnerável, atingida em sua integridade – em sofrimento. O ser humano doente desafia os profissionais cotidianamente e, muitas vezes, este desafio é intransponível, o que produz no cuidador angústias, conflitos e frustrações que o fragilizam continuamente.

Este conjunto de fatores se expressa nas falas dos sujeitos, em muitos momentos, de forma ruidosa, alguns são explícitos, ansiosos, veementes, quase em pânico, outros são velados, controlados, inseguros, quase desligados... Os resultados deste processo, nós conhecemos: frustração, impotência, sofrimento.

Neste cotidiano, as percepções Sociais dos trabalhadores da ESF sobre ser saudável e sobre como lidam com o sofrimento, seu e do outro, se apresentaram em dois campos representacionais: (a) o trabalho na ESF é percebido como “uma fábrica de loucos”, destacando-se as relações e condições de trabalho vividas pelos sujeitos da investigação e a falta de ações de suporte à saúde dos trabalhadores como geradoras de sofrimento; (b) o ser saudável é representado como “aprender a lidar com o sofrimento, seu e do outro”, necessidade colocada

como busca de ser equilibrado ao lidar com o seu sofrimento e do outro e ao definir formas de “cuidado de si”.

Os dois campos representacionais identificados no corpus de análise são apresentados e discutidos a seguir.

#### **3.1 O trabalho na Estratégia Saúde da Família: “uma fábrica de loucos”**

A Estratégia Saúde da Família é uma estratégia governamental de atenção à saúde das populações, uma política definida pelo Ministério da Saúde, com princípios como adscrição de território, planejamento e programação de atividades, vínculo com a população, trabalho em equipe multiprofissional, capacidade de oferecer um atendimento integral, longitudinal e resolutivo.

Os trabalhadores da ESF, ao explicitarem suas concepções sobre como é para cada um deles trabalhar na ESF, referem dificuldades com relação a sua capacitação para o desempenho das funções previstas:

(...) Nossa estratégia é uma estratégia capenga. Nós não tivemos capacitação nenhuma na área da Estratégia Saúde da Família (...), ficamos assim, cada um por si (...). (Entrevistado B9)

O que eu aprendi trabalhando com isso foi que a gente não deve se motivar muito. (Entrevistado D20)

(...) Eu não me sinto fazendo Estratégia Saúde da Família. (Entrevistado B9)

As representações, enquanto sistema de interpretação, regulam a nossa relação com os outros e orientam o nosso comportamento. Assim, as representações dos trabalhadores sobre sua inserção na ESF, permitem a difusão e a assimilação de conhecimentos sobre o modo como se dá este trabalho, ao mesmo tempo em que constroem identidades pessoais e sociais destes trabalhadores.

As representações do trabalho na ESF, para além de imprimir um sentido de comportamento, integrando-o numa rede de relações compartilhada pelos profissionais, fornecem os elementos necessários à observação que tornam essas relações estáveis e eficazes, na medida em que se reproduzem nos novos trabalhadores. É possível afirmar que são “fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum”<sup>11</sup>.

As Representações dos trabalhadores sobre a ESF vão para além de uma compreensão política, pois elas traduzem os sentimentos e a vivência cotidiana destes trabalhadores nas Unidades de Saúde, expressando como se sentem, no seu dia-a-dia, as dificuldades encontradas na implementação da ESF como prática, deflagrando erros e inconsistências na capacitação de pessoal e no domínio dos princípios da política de saúde.

Na maior parte das falas dos trabalhadores é destacado o pouco conhecimento sobre a legislação, os princípios e as diretrizes que norteiam política e ideologicamente o trabalho em atenção primária à saúde. Poucos escolheram a ESF para trabalhar, já que sua inserção aconteceu pela oportunidade de trabalho, por imposição da política institucional, pelos salários diferenciados ou por falta de oferta de emprego em outro campo de atuação na área da saúde, quando de seu ingresso no mercado de trabalho.

O fato é que o pouco conhecimento e prática neste modelo de atenção à saúde que exige dos profissionais outras competências, que não só a técnica, tornam o processo de trabalho para estes sujeitos uma condição determinante de seu bem-estar ou do seu sofrimento na prática do cuidado cujo foco está subdividido em três linhas de ação: vigilância em saúde, promoção da saúde e atenção curativa<sup>12</sup>.

Esta relação pode ser percebida quando afirmam que:

(...) Além da precarização da condição de trabalho, tu não consegues exercer essa coisa da longitudinalidade, da integralidade (...). E aí o que acontece, fica todo mundo fazendo consultinha, fica todo mundo fazendo pronto atendimento, fazendo consultinha, assim no diminutivo (...). (Entrevistado A3)

(...) O difícil é que eles [os funcionários] ficam sobrecarregados, justamente porque falta profissional para atender toda esta demanda, e isso, é lógico, gera um nível de estresse neles (...). (Entrevistado B9)

(...) eu considero este ambiente extremamente insalubre, seja ele desde as condições de trabalho que te são dadas, que são impostas muitas vezes, seja os riscos que você corre dentro do teu trabalho (...), tem as relações de trabalho que tem atrito, tem os desgastes físicos que você vai sofrendo com o decorrer do tempo (...). (Entrevistado C14)

As percepções dos trabalhadores, como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, constituem elementos simbólicos que os homens e mulheres expressam mediante a linguagem, aqui traduzindo o processo de trabalho na ESF como “uma fábrica de loucos” na fala de um trabalhador.

Estas mensagens, que são mediadas pela linguagem, nomeadamente por palavras e gestos, são construídas socialmente e estão ancoradas no âmbito da situação real e concreta dos indivíduos que as emitem. A partir do modo como os trabalhadores representam o seu processo de trabalho na ESF, é possível, então, perceber o quanto é difícil para estas pessoas trabalhar na ESF sem sofrer, pois o próprio processo de trabalho lhes causa sofrimento pelo despreparo e pela falta de condições para o exercício do cuidado.

(...) Aqui é uma fábrica de loucos, isto aqui é uma fábrica de loucos, seja pela relação de trabalho, seja pelas relações que você tem, com os pacientes que você tem, com as ameaças que você sofre. (Entrevistado C14)

As relações institucionais estabelecidas entre trabalhador/empregador também se configuram como representativas no modo dos trabalhadores definirem seu cotidiano e suas práticas de cuidado. Explicitam que o modo como esta relação é estabelecida é determinante no seu processo de trabalho, assim como em sua vida, trazendo repercussões para a sua saúde e para aquilo que estamos denominando “ser saudável”.

(...) O tipo de relação (...) é essa coisa vertical (...). Se tu é maltratado, tu também maltrata. Se eu não me sinto valorizada, vou desvalorizar. Se meu trabalho não é importante, eu vou fazer com que ele não seja realmente importante, então vamos oferecer uma consulta de baixa qualidade. Então, tu tem que ter muito equilíbrio para poder dizer: Opa, pára aí, o culpado não é quem está ali, não é o usuário. O culpado é quem está acima (...). (Entrevistado A3)

No mundo contemporâneo, os profissionais vivenciam a ruptura de vínculos, a competitividade, a violência, as desigualdades, entre outros fatores que Segundo Campos<sup>13</sup> deixam as pessoas

atônitas à procura de si mesmas e os profissionais de saúde não fogem disso. É de

se esperar que a tensão na busca de “um lugar ao sol” afaste cada vez mais as pessoas. É de se prever que, em conseqüência, aumente a necessidade de se criarem oportunidades para o resgate de encontros significativos à constituição e ao exercício humano capaz de compreensão e acolhimento.

Nesta situação, Campos<sup>13</sup> afirma que o profissional precisa de suporte e no campo da saúde ele o propõe como um “suporte social”. Para ele, as ações de suporte social são “formas de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dão ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico”.

Os testemunhos dos profissionais parecem sinalizar que os eventos estressantes por eles vividos no cotidiano de trabalho aumentam sua sensibilidade ao adoecimento e, neste caso, os suportes sociais são importantes, pois exercem a moderação dos efeitos das tensões e fortalecem os vínculos, potencializando a capacidade de lidar com o sofrimento.

Nas entrevistas, surgiram depoimentos que demonstram uma relação difícil, não só com a população usuária da ESF, mas essencialmente com os gestores, um forte sentimento de desvalorização profissional e de precarização das condições de trabalho e das relações trabalhistas:

(...) População é difícil, mas se tu tiveres um bom ambiente tu consegues trabalhar (...). A sensação que a gente tem é que a coisa menos valiosa que a gente tem aqui é o funcionário. Funcionário é descartável, porque ele pode ser remanejado, ele pode ser demitido (...), e não tem nenhuma política de proteção ao funcionário, não tem nada (...). (Entrevistado A3)

Eu acho que a gente deveria ter um momento da equipe poder discutir e conversar, até com um profissional vindo de fora, um psicólogo ou um psiquiatra, né. Alguém que pudesse estar vindo de fora a situação e poder conversar (...) Tem que ter um momento para tratar da equipe, né. (Entrevistado C13)

(...) Como é que a gente vai tratar da cabeça dos outros se a gente está desequilibrado, estressado, sobrecarregado, em condições adversas de trabalho? Porque mesmo que tu esteja sobre pressão em determinada situação adversa, tu estando estimulado,

tendo uma boa gerência, uma boa administração, você consegue passar por casos difíceis (...), sem uma administração inteligente e moderna fica muito mais pesado para o servidor e começam a chover atestados, depressões e isto acaba sendo anti-produtivo (...). (Entrevistado B6)

Pelas características desgastantes de seu processo de trabalho na ESF, os profissionais se fragilizam e buscam externamente o suporte social de que necessitam, neste caso, nos gestores, ao mesmo tempo em que, muitas vezes, rejeitam as ações propostas por serem verticais e impostas<sup>13</sup>. A proposta é de que o suporte seja constituído pela própria equipe, através de momentos de discussão e reflexão<sup>13</sup>. Estes momentos seriam reservados para que a equipe pense, reflita, medite sobre sua tarefa terapêutica, sobre suas dificuldades, suas potencialidades e limitações<sup>13</sup>.

Neste espaço de suporte, a equipe, define uma proposta de trabalho compartilhada, um desejo comum de cuidar, delimitando papéis e compartilhando atividades que possam garantir ações de cuidar-ser-cuidado coletivamente. Este processo pode contar com a participação dos gestores, mas não deve depender das iniciativas externas, precisando ser construído pela própria equipe.

Portanto, a perspectiva do suporte social poderia minimizar o sofrimento gerado pelo trabalho na ESF, relatado pelos profissionais entrevistados. Esse sofrimento que “se configura como uma reação, uma manifestação da insistência em viver em um ambiente que, na maioria das vezes, não lhe é favorável”<sup>14</sup>.

Segundo os entrevistados, é possível sugerir uma relação entre ambiente, no caso o de trabalho, e o sofrimento.

(...) eu achava um absurdo eu ser contratada para fazer PSF e não fazer PSF, e isso foi um assédio (...) você exigir condições de trabalho compatíveis com o teu contrato é uma briga, você precisa pedir, quase implorar para fazer o que você foi contratada para fazer(...) As pessoas nem sabem o que é HumanizaSUS aqui dentro, aliás não existe nenhuma política pública, nenhum plano que esteja disponível para os profissionais, neste momento não há recurso, nenhum cuidado dado pela Instituição (...) Só para complementar que a chefia sempre tá querendo mais da gente, cobrando mais, querendo que a gente atenda mais. Era só isso que eu tinha para falar. (Entrevistado

D18)

“tem momentos que a gente está meio depressiva, perdeu as esperanças, mas a gente tenta conciliar, tenta ver que sempre tem situações piores (...). (Entrevistado A2)

A expressão do sofrimento gerado pelo processo de trabalho presente nas falas dos sujeitos da pesquisa aponta para alguns fatores relacionados ao sofrimento/prazer dos trabalhadores da ESF, tais como conhecer e conseguir traduzir em prática de trabalho uma política pública, as condições para que o trabalhador consiga exercer o seu trabalho, o próprio processo de trabalho e suas implicações, assim como as relações institucionais empregado/empregador. Esses são determinantes para os sujeitos desta pesquisa ao definirem seu processo de cuidado, de saúde e de doença, prazer e sofrimento.

Para Ferreira e Mendes<sup>15</sup>:

(...) o prazer-sofrimento é uma vivência subjetiva do próprio trabalhador, compartilhada coletivamente e influenciada pela atividade de trabalho. Nessa perspectiva analítica, todo o trabalho veicula implicitamente um custo humano que se expressa sob a forma de carga de trabalho, e as vivências de prazer-sofrimento têm como um dos resultantes o confronto do sujeito com essa carga que, por conseguinte, impacta no seu bem-estar psíquico.

Assim, os trabalhadores apontaram para uma representação de ser saudável vinculada aos modos como produzem e reproduzem seu processo de viver em seu trabalho cotidiano.

### 3.2 Ser saudável: “aprender a lidar com o sofrimento”

Ao abordarem seu processo de trabalho como uma “fábrica de loucos”, relacionando-o à produção de sofrimento, os depoimentos nos remetem aos sintomas da Síndrome de Burnout. O profissional desenvolve condutas negativas, fadiga fácil, distúrbio de concentração e atenção, insônia e adoecimento frequente. Como mecanismo de defesa, poderá apresentar distúrbios de comportamento, mau humor, agressividade, irritabilidade, indiferença, podendo passar por relapso<sup>16</sup>.

Conforme alguns entrevistados é possível encontrar “pistas” desta relação:

(...) depende, se eu estou bem, eu lido

bem, eu acolho, eu escuto, eu consigo dar apoio (...), se eu não estou bem, a gente por mais que se esforce, a gente fica mais intolerante, fica mais impaciente (...) ou simplesmente faz aquela consulta mais fria, como é que você vai cuidar de alguém se tu não está bem?. (Entrevistado A3)

A gente vai aprendendo ao longo dos anos (...), eu procuro até não me envolver muito, porque eu acabo mergulhando nos problemas das pessoas (...). (Entrevistado A4)

Tem dias que a gente absorve, que a gente recebe uma carga muito negativa, (...) as pessoas às vezes vem com bastante problema e a gente fica com pena e às vezes não consegue resolver também, né? Nem tudo está ao nosso alcance. (...) têm dias que a gente sai, parece fraca, assim, acabou as energias. (Entrevistado D17)

As afirmações dos profissionais e, muitas vezes, suas práticas e seu afastamento por problemas de saúde, podem ser relacionadas ao stress e a Síndrome de Burnout que Jacques<sup>17</sup> define

(...) como uma reação à tensão emocional crônica e que envolve três componentes: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição do envolvimento pessoal no trabalho. Foi reconhecida entre profissionais da área de serviços e cuidadores. Entre cuidadores a prevalência desta síndrome é associada ao paradoxo por eles experimentado, pois precisam estabelecer vínculos afetivos com aqueles a quem prestam seus cuidados e cotidianamente rompem esses vínculos por se tratar de uma relação profissional mediada por normas, horários, turnos, transferências, óbitos, etc.

Exemplos deste paradoxo apontado pelo autor foram dados pelos entrevistados:

Eu tento dosar muito o que é para fazer e o que eu realmente posso fazer (...), tentar não me envolver. Se eu pegasse a minha agenda, lotasse de paciente e ficasse no consultório, seria a melhor forma de eu ser saudável (...). (Entrevistado A1)

(...) Normalmente as pessoas fazem duas coisas: ou elas se isolam afetivamente “não é comigo, não tenho nada a ver com isso”, pra se proteger, são defesas. Ou você acaba se envolvendo, sofre junto e leva as coisas para casa. Eu acho que tem que ter um equilíbrio,

um meio termo, trabalhar com os sofrimentos dos outros ainda, você não pode se endurecer. “Hay que endurecerse pero sin perder la ternura jamas (...). (Entrevistado B8)

Em alguns momentos a gente se sente impotente por não solucionar problemas que não dependem da gente, a gente fica meio frustrado. Em outros momentos não, eu me sinto bem por desenvolver esse trabalho, a gente vê os resultados. Mas, tudo é a longo prazo (...). Mas, é altos e baixos. (Entrevistado D19)

Agredido pelas decepções, incompreensões, pressões e dificuldades não previstas no exercício de suas funções, o profissional desenvolve um mecanismo de defesa lidando com frieza e falsa indiferença com as situações que vivencia. Seu sofrimento irá se expressar em doenças orgânicas (somatização), em conflitos no próprio ambiente de trabalho, em desabafos à sua família, deslocando e projetando a neurose profissional para outro foco<sup>16</sup>:

Você chega aqui, começa a trabalhar, esquece e tal... Mas se você tem algum sofrimento, o que você faz com ele? (...) Tento resolver, ou tento chorar, ou berro, mas é momentâneo. (...) Eu geralmente não sofro (...). Eu até esqueço que tenho pai ou mãe. (Entrevistado C11)

(...) Com o meu [sofrimento] já é mais difícil, porque eu sou muito fechada. Eu não consigo me expor muito (...), quando estou sentindo alguma coisa fica para mim (...), eu falo mesmo, normalmente com minha mãe (...) fico guardando. Aí, chega uma hora que estoura né! (Entrevistado C13)

Percebe-se que o modo como os profissionais de saúde, envolvidos nesta pesquisa, lidam com o sofrimento do outro é basicamente se afastando, “tentando não levar isso para casa”, ou buscando um equilíbrio entre ajudar e acolher o sofrimento do outro, e não ficar demasiadamente preso, mergulhado neste sofrimento, a ponto de isto tornar-se prejudicial para a pessoa que está sendo cuidada, ou para o próprio cuidador.

Compreende-se que há uma tentativa, uma busca de “aprendizado”, não ensinado em escolas ou livros, de como se deve trabalhar com o sofrimento, isto é, como se deve sofrer, como se aprende a sofrer. Será que sofrer se aprende? Ou será que as pessoas buscam o não sofrimento, o extremo oposto da

sensação de vazio, angústia, dor e ansiedade que se sente na vivência subjetiva do sofrimento, algo como a “ditadura da felicidade”, o dever estar bem o tempo todo, apesar das circunstâncias adversas da vida?

(...) quando eu estou mal [risos], eu tento fugir [risos], (...). Não quero voltar naquele lugar, não quero voltar naquele lugar. Não quero mais trabalhar aqui. Mas daí tá. Voltei né. Tem que trabalhar. (Entrevistado A1)

“Eu procuro eu mesmo resolver (...). A gente vai para casa e não dá para separar, a gente leva para casa, pensa. Mas eu procuro quando estou em casa, com minha família, não levar, não contar histórias. Mas aquilo fica comigo, eu vou me resolvendo e tocando. (Entrevistado D19)

(...) Eu não tenho sofrimento (...), eu não trago meu sofrimento para cá, pro meu local de trabalho, eu esqueço (...), eu geralmente não sofro (...), mas voltando ao meu sofrimento, acho que eu acabo me envolvendo demais aqui, que eu não tenho tempo de pensar no meu, quando vê, já passou (...). (Entrevistado C11)

(...) Chego no portão da minha casa e penso: meu trabalho ficou lá fora. Só que as vezes não dá né, porque eles batem no meu portão. (Entrevistado B6)

As estratégias do não compartilhar com outras pessoas, não buscar ajuda, são maneiras que os profissionais utilizam para lidar com o sofrimento do outro, ou seja, afastando o sofrimento de si, tentando deixá-lo no local de trabalho. No entanto, alguns dos sujeitos relataram que apesar das tentativas de não sofrerem, não atingem seus objetivos e o sofrimento vai junto para a sua casa, para a sua vida.

É importante reconhecermos que o sofrimento não é igual para todos os profissionais, cada um vive as manifestações afetivas e comportamentais do estar sofrendo de uma maneira muito peculiar. O que é sofrimento para uma pessoa, pode ser não-sofrimento ou até mesmo prazer para outra, mesmo estando sob as mesmas condições ambientais. Segundo Brant e Gómez<sup>14</sup>, “O sofrimento depende da significação que assume no tempo e no espaço, bem como no corpo que ele toca produzindo algo além do princípio do prazer”.

O cuidar de si é inerente ao viver humano, porém, somente ao tomar consciência do seu direito de viver, do estilo de vida que têm, é que as pessoas passam a questioná-lo ou a valorizá-lo, até porque, no dia-a-dia,

quando se está aparentemente bem e saudável, não se dá a devida importância ao constante exercício do cuidado de si mesmo<sup>18</sup>.

Eu 'tô fazendo terapia, o que me ajudou, um monte, um monte, um monte, um monte (...). Antes de eu fazer terapia, eu vivia 24 horas nisso, aí eu passava trabalhando, não fazia mais nada, e aí eu ficava com os problemas para eu resolver. (Entrevistado A1)

Quando eu estou em casa eu procuro descansar, procuro criar tempo para passear, esquecer da vida (...). Esquecer um pouco do trabalho. (Entrevistado A2)

(...) Eu tenho um grupo de auto-ajuda, um grupo de amigos muito bom (...) eu tenho diálogo em casa (...) e procuro assim não levar mesmo, não misturar as coisas. (Entrevistado A4)

(...) eu costumo conversar muito em família, pratico esporte e quando estou chateada eu vou correr, mando embora a tristeza, encontro meus amigos, (...). (Entrevistado B7)

As afirmações reforçam a posição de que devemos cuidar primeiramente de nós mesmos como indivíduos para que o cuidado que prestamos aos clientes/pacientes seja tão bom quanto poderia ser. Contudo, acreditamos ser este um processo dinâmico e contínuo, no qual cuidar e ser cuidado é, antes de tudo, uma troca mútua, pois um não se faz sem o outro.

O precisar 'ter cuidado consigo', ocupar-se consigo mesmo é um tema antigo na cultura grega<sup>19</sup>. O princípio do cuidado de si tomou forma de uma atitude, uma maneira de se comportar, constituiu uma prática social, desenvolvendo então a arte de viver sob a cultura do cuidado de si<sup>19</sup>.

Percebemos a vida dos trabalhadores de saúde como uma arte, a arte da existência que pode ser denominada como princípio do cuidado de si que fundamenta a sua necessidade, comanda o seu desenvolvimento e organiza sua prática<sup>19</sup>. Podemos entender o cuidado de si, então, como sendo dispensar atenção às próprias necessidades, sensibilizar o sujeito para cuidar-se, perceber-se.

Esse cuidado consigo mesmo, através da busca de recursos externos, como terapias, a conversa com familiares, passeios, espiritualidade, enfim, a exteriorização do sofrimento interno produz relaxamento, como se tornassem o seu sofrimento

menos intenso. Os entrevistados que disseram que não possuíam nenhuma "válvula de escape" deixaram transparecer em sua fisionomia um sofrimento maior:

Eu não estou saudável. Há muito tempo, eu não estou. Trabalhando aqui, eu não estou. (Entrevistado A1)

(...) Acho que teria que trabalhar menos (...), Trabalho no hospital à noite. (Entrevistado A3)

Já quando falaram do cuidado com o outro, deixaram evidente que, para a maioria, o cuidado do outro se estabelece em uma troca harmoniosa, que pressupõem respeitar, criar vínculo, confortar, dar carinho, ajudar/resolver os "problemas", ouvir atentamente (escutar), preservar, demonstrar interesse e confiança, estimular e ajudar o indivíduo:

A gente primeiro de tudo tem que respeitar o sentimento do outro (...). Se ele está sofrendo naquele momento quem sou eu para contestar. A gente apóia no que é possível (...). É muito bom quando tu tem um vínculo com a pessoa e tu consegue resolver. É maravilhoso (Entrevistado A2)

(...) passar o meu carinho para o paciente, dar uma palavra de conforto pra ele, sabe, deixar lá mesmo, sabe, saber ouvir. (...) (Entrevistado B7)

Vale ressaltar que em muitas falas o sofrimento manifesto não estava relacionado às pessoas ou à comunidade pelas quais os trabalhadores são responsáveis por cuidar, mas sim esse sofrimento era aumentado quando havia uma espécie de "falta de cuidado" entre os próprios colegas de trabalho:

Eu acho que são as relações, né. A harmonia entre toda equipe (...) tem que saber conviver (...) uma equipe que se encontra 8h por dia (...) é uma família que tu formas. (Entrevistado A2)

(...) É o trabalho aqui dentro, que é difícil. É um tipo de coisas que a gente não imagina, que vai extrapolando...a saúde mental (...) de um ficar querendo puxar o tapete do outro. (Entrevistado A1)

A maioria dos profissionais apontou a inadequação das condições de trabalho, as difíceis relações da equipe, a magnitude das necessidades dos usuários, o pouco apoio das instâncias de gestão dos serviços, como geradores de estresse e sofrimento. Eles



representam seu processo de viver e ser saudável enquanto competência para lidar com este sofrimento.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao questionarmos os sujeitos sobre como transformar os fatores determinantes do seu processo de viver e ser saudável, foi possível perceber que o processo de sofrimento e adoecimento tem uma relação subjetiva dentro de uma realidade intersubjetiva, não sendo possível separar sofrimento e processo de adoecimento do meio no qual se está inserido, seja nas relações de trabalho, como na sociedade, todos estão envolvidos nesse processo.

A Teoria das Representações Sociais permite reconhecer e corrobora esta compreensão quando enfatiza que, se por um lado é necessário investigarmos as idéias como parte do conhecimento coletivo sobre um fenômeno, por outro, é indispensável ter clareza sobre as instâncias do coletivo, às quais estas idéias vinculam-se mais diretamente. Não é possível, portanto, nenhum tipo de generalização ou transposição de resultados, pois as percepções aqui relatadas são deste grupo, nestas condições de tempo e espaço, sendo irreprodutíveis.

Assim, os espaços de construção coletiva de conhecimentos, nos quais transitam e produzem os trabalhadores de saúde, permitem-lhes uma compreensão dos problemas de saúde, sofrimento e estresse, vinculados a seus processos cotidianos de busca de sua superação. Constituem-se em teorias coletivas sobre o real vivido, baseadas em valores e conceitos que determinam o campo de condutas desejáveis ou admitidas pelo próprio grupo.

As mudanças de paradigmas apontadas ou sugeridas pelas falas dos trabalhadores implicam em sairmos do plano da enunciação de princípios e entrarmos no plano das ações. Estamos desafiados a vivermos um tempo de prover a viabilização de propostas que visem à análise das questões apontadas, transformando-as em novas práticas de cuidar de si e do outro.

Afinal, quem cuida do cuidador? Acompanhando Campos, sugerimos que uma das propostas de cuidado aos profissionais da ESF seja um espaço de suporte onde a equipe construa uma proposta de trabalho compartilhada, com um desejo comum de cuidar, delimitando papéis e compartilhando atividades que possam garantir ações de cuidar-ser-cuidado coletivamente<sup>13</sup>.

Uma possibilidade surgida nas entrevistas foi o interesse por um momento de troca entre as equipes, com a participação de um profissional que não fosse do mesmo local de trabalho visando contribuir com um “olhar de fora” a fim de melhorar as relações das equipes.

Os sujeitos vivenciaram um momento de reflexão sobre os temas investigados, espaço nem sempre garantido no cotidiano de trabalho. Esperamos que tal reflexão, assim como os resultados apresentados nesta investigação, contribua para mobilizar o conjunto dos atores envolvidos para a adoção de medidas que propiciem um ambiente de trabalho saudável, além das condições materiais e da melhoria das relações entre os profissionais e destes com os gestores.

Para finalizar, foi possível perceber a escassez de estudos a cerca desta temática, principalmente relacionados aos profissionais da atenção básica. Com isto, esperamos despertar o interesse da comunidade científica, visto a necessidade de reflexões e ações voltadas para a saúde desses trabalhadores

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luz MT. Perda de ética no trabalho acadêmico: geração de sofrimento e doença entre trabalhadores universitários a partir do produtivismo como valor-fim entre pesquisadores docentes. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; 2007.
2. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro (RJ): Zahar Editores; 1978.
3. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
4. Martini JG. (Tese) Representações sociais sobre o fracasso escolar de alunos e professores chilenos e brasileiros. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.1999.
5. Tavares C, Teixeira E. Trabalhando com representações sociais na enfermagem. In: Gauthier J, Cabral I, Santos I, Tavares C. Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro (RJ): Koogan; 1998.
6. Spink MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad Saúde Pública 1993; 9(2):300-8.
7. Leopardi MT. Metodologias de pesquisa em saúde. 2ª ed. Florianópolis (SC): UFSC; 2002.
8. Prefeitura Municipal de Florianópolis (SC). Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis (SC); 2008. <http://www.pmf.sc.gov.br/saúde>. <Acesso em 08.07.2008>.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2005.
10. Minayo MC. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8a. ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2004.
11. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2003.
12. Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): COSAC; 1994.
13. Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.

14. Brant LC, Gomez CM. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 939-52.
15. Ferreira MC, Mendes AM. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mal-humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Estud Psicol* 2001; 6(1): 98-107
16. Cheddid TCS. Síndrome de Burnout. *Revista da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social* 2008; (8): 20-2.
17. Jacques MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicol Soc* 2003 Jan; 15(1): 97-116  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822003000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100006&lng=en&nrm=iso). < Acesso em: 05.02.2009>
18. Radünz V. (Tese). Uma filosofia para enfermagem: o cuidado de si, a convivência com a finitude e a evitabilidade do Burnout. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.1999.
19. Foucault M. *Historia da sexualidade 3: o cuidado de si*. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2002.