Carolina Guimarães Araujo

A Saúde Mental está doente!

*A Síndrome de Burnout em psicólogos que trabalham em
Unidades Básicas de Saúde.*

São Paulo - 2008

Carolina Guimarães Araujo

A Saúde Mental está doente!

A Síndrome de *Burnout* em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Kovács

Pesquisa realizada com apoio do CNPq

São Paulo

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Araujo, Carolina Guimarães.

A Saúde Mental está doente! A Síndrome de Burnout em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde / Carolina Guimarães Araujo; orientadora Maria Júlia Kovács. -- São Paulo, 2008.

244 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Stress ocupacional 2. Formação do psicólogo 3. Psicologia da saúde 4. Humanização da assistência 5. Saúde pública 6. Pesquisa qualitativa I. Título.

BF575.S75

Carolina Guimarães Araujo

A Saúde Mental está doente!

A Síndrome de *Burnout* em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Dissertação apresentada e aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus queridos pais, pela intensa dedicação para que eu me tornasse quem sou, por me incentivarem a seguir mesmo os caminhos mais difíceis, por me ajudarem a nunca desistir dos meus sonhos...

Mãe, você me ensinou a sonhar...
Pai, você me ensinou a colocar em prática meus sonhos...

Ao meu irmão, por me trazer à realidade quando necessário, por ser o contraponto para minhas fantasias e meus contos de fada...

À querida Madrinha, simbólica e eterna, por ter me inspirado a seguir a vida acadêmica...

Aos meus quatro avós, por terem me ensinado que é preciso bastante estudo e persistência para obter o sucesso...

A você, meu grande amor, por sempre ter acreditado em mim, pelo apoio constante, pela compreensão nos momentos de incerteza, pela segurança necessária para sentir que meus passos estão sempre sendo acompanhados...

Vento, que me impulsiona para lugares distantes...

Brisa, que me mantém suspensa no ar...

Seu olhar me dá asas, que me permitem voar cada vez mais alto...

Sua admiração me aquece, me ajuda a voar nos dias frios...

Seu abraço me dá segurança, nos momentos de fraqueza...

Seu carinho me conforta, quando passeio pela tempestade...

Sua simples presença durante todo o caminho me fez voar até aqui!

Agradecimentos

Querida Julia, obrigada por me ajudar a enxergar as coisas de forma mais relativa, propiciando mais reflexões do que afirmações. Obrigada por me incentivar a me “soltar”, e depois trazer meus “pés para o chão”, quando necessário. Obrigada, enfim, por ser ter sido mais que orientadora: você foi mãe, amiga, colega e terapeuta.

Ingrid, você esteve ao meu lado desde o começo, e me ensinou muito sobre como ser uma excelente profissional em momentos de crise. Se todas supervisoras fossem iguais a você...

Ao Prof. Avelino, pela imensa contribuição neste trabalho, sendo uma referência sobre a Síndrome de *Burnout*.

Às queridas Laura e à Silvana, pela rica ajuda na reflexão sobre este tema a partir da abordagem junguiana.

Às entrevistadas, sem vocês este trabalho não existiria...

Aos meus pacientes, que me fazem crescer como pessoa e psicóloga todos os dias...

Ao CNPq, pelo apoio financeiro, e a todos funcionários da secretaria da Pós e do PSA.

Às amigas do grupo de orientação, Ana, Cláudia, Clô, Elaine, Jana, Jú, Lucélia, Nancy, Silvana, Tissi, Vanessa, pela escuta, pela fala, ou simplesmente pelo carinhoso silêncio nos momentos que precisei...

A meus pais, por conseguirem dosar o respeito aos meus momentos de total isolamento no escritório, e o interesse em participar de todas as etapas do processo...

Ao meu amor, Marcos, pela paciência e compreensão diante dos momentos de crise durante todo esse percurso, pelo companheirismo e incentivo ao meu trabalho, pela demonstração constante de admiração pelo que eu faço.

À Madrinha, pela imensa colaboração durante toda a pesquisa; você me ensinou muito! “Quando eu crescer, quero ser igual a você!”

Ao Gui, ou “Andrezinho”, por resolver minhas “crises” com o computador!

E a todos àqueles que em algum momento cruzaram meu caminho, pois cada pessoa que passou pela minha vida, trouxe algum ensinamento, que me fez ser quem hoje sou.

“Enquanto médico, sempre me pergunto que imagem traz o doente. O que significa ele para mim? Se nada significa, não tenho um ponto de apoio. O médico só age onde é tocado. ‘Só o ferido cura.’ Mas quando o médico tem uma persona, uma máscara que lhe serve de couraça, não tem eficácia. Levo meus doentes a sério. Talvez esteja exatamente como eles diante de um problema.” (C. G. Jung).

Resumo

ARAÚJO, C.G. *A Saúde Mental está doente! A Síndrome de Burnout em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde*. 2008. 244 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

A Síndrome de *Burnout* consiste em um conjunto de sintomas, físicos e/ou emocionais, que estão relacionados ao modo como cada pessoa lida com os eventos estressores do ambiente de trabalho. Esta síndrome acomete essencialmente profissionais que mantêm um contato direto com outros seres humanos. O presente trabalho teve como objetivo investigar a razão pela qual os psicólogos das Unidades Básicas de Saúde de um determinado município do Estado de São Paulo estavam adoecendo. Além disso, buscou verificar se os participantes apresentavam a Síndrome de *Burnout* e, se confirmado, quais fatores desencadeadores estariam envolvidos. Foram realizadas entrevistas semidirigidas, que partiam de um questionário previamente elaborado, mas com a possibilidade da ampliação e aprofundamento dessas questões, bem como formulação de novas perguntas, seguindo um modelo clínico. As participantes foram sete psicólogas que trabalham ou trabalharam em UBS do Município em questão. Foram realizadas análises individuais, para compreensão qualitativa da experiência de cada uma delas, e depois, foi realizada uma análise temática dos discursos como um todo. Os relatos mostraram alguns fatores envolvidos no desenvolvimento da síndrome, tais como: a) pessoais - tempo de experiência profissional, perfeccionismo, impotência; b) organizacionais - sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, não-valorização do psicólogo, falta de suporte (supervisão/psicoterapia), perfil dos pacientes, falta de trabalho interdisciplinar. Foram feitas propostas de intervenções com os psicólogos, para prevenir a Síndrome de *Burnout*, bem como de reestruturação da grade curricular do curso de Psicologia, e das Instituições de Saúde Pública. Ainda, foi realizada uma reflexão sobre a falta do cuidado que o psicólogo tem consigo mesmo. Por fim, foi sugerido um aprofundamento de pesquisas acerca do tema.

Palavras-chave: Stress ocupacional; Formação do Psicólogo; Psicologia da Saúde; Humanização da Assistência; Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa.

Abstract

ARAUJO, C.G. *The Mental Health is sick! The Burnout Syndrome in psychologists who work in Health Basic Units*. 2008. 239 p. Thesis (Master) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

The *Burnout* Syndrome consists in a group of symptoms, physical and/or emotional, related with the way each person faces stressful routines/chores in a job environment. This syndrome is more prevalent in those professionals who have a direct contact with other human beings. The objective of this study is to investigate the reason why psychologists of Health Basic Units (Unidades Básicas de Saúde) of a certain city of the state of São Paulo, Brasil, were getting sick. Furthermore, it seeks to verify if the participants present the *Burnout* Syndrome, and if so, which factors were involved. A semi structured schedule interview was applied, which was based on a previous questionnaire, but with the possibility of a deeper comprehension of those questions, as well as the formulations of new questions, based on a clinical model. The participants were seven psychologists who work or had worked in a Health Basic Unit. The interviews were analyzed individually, for a qualitative comprehension of the experience of each one of the participants, and then a thematic analysis of their discourses as a whole was conducted. The discourses showed some major factors involved in the development of the syndrome, such as: a) personal – professional experience, perfectionism, sense of impotence to deal with the problems; b) organizational – overload of work, lack of autonomy, undervaluation of the psychologist, lack of support (clinical supervision/psychotherapy), patients profile, lack of interdisciplinary work. Suggestions of interventions with psychologists to prevent the *Burnout* Syndrome were made, as well as a reorganization of discipline curriculum of the Psychology courses and in Health Public Institutions. Furthermore, a series of comments has been listed emphasizing the lack of self care that the psychologist has. At last, it was suggested more in-depth research about the theme.

Keywords: Occupational Stress; Psychologist Education; Health Psychology; Humanization Assistance; Public Health; Qualitative Research.

Lista de Siglas

CAPS AD: Centro de Apoio Psicossocial para usuários de álcool e drogas

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

CAPS I: Centro de Apoio Psicossocial para crianças e adolescentes com transtorno psicótico e transtorno global do desenvolvimento

CAPS II: Centro de Apoio Psicossocial para pacientes com Transtornos Psicóticos, Transtornos de Humor e Neuroses graves.

IPq-HC-FMUSP: Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

PA: Pronto Atendimento

PS: Pronto Socorro

PSF: Programa Saúde Família

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1 Apresentação	11
2 A Síndrome de <i>Burnout</i>	16
2.1 O termo <i>Burnout</i>	16
2.2 História	16
2.3 Estresse X <i>Burnout</i>	17
2.4 Definições e Concepções Teóricas	19
2.5 Principais Sintomas	20
2.6 Aspectos Facilitadores e/ou Desencadeadores do <i>Burnout</i>	21
2.6.1 Características Organizacionais	22
2.6.2 Características Pessoais.....	24
3 Psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS)	27
3.1 Caracterização da Instituição	27
3.2 Atenção Primária, Secundária e Terciária: qual o papel do psicólogo de UBS?....	29
3.3 O cuidado ao cuidador	32
3.4 Formação do psicólogo na graduação	35
4 A Síndrome de <i>Burnout</i> em Psicólogos: uma visão junguiana	41
5 Objetivos	51
6 Método	52
6.1 Abordagem Qualitativa	52
6.2 Participantes	54
6.3 Sobre a Coleta	55
6.3.1 Procedimento.....	55
6.3.2 Instrumento.....	55

6.4 Sobre a Compreensão dos Dados	57
6.5 Considerações Éticas	59
7 Análise das entrevistas	61
8 Discussão.....	170
9 Considerações Finais.....	198
10 Referências Bibliográficas	204
 ANEXO A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	 209
ANEXO B Modelo da Entrevista.....	210
ANEXO C Entrevistas.....	211
1 - Luiza.....	211
2 - Paula.....	216
3 - Renata.....	220
4 - Olívia.....	226
5 - Verônica.....	231
6 - Aline.....	233
7 - Bruna.....	240

1 Apresentação

Desde a graduação, venho investindo na formação profissional relacionada à área da Saúde, principalmente em Instituições Públicas. Além dos estágios curriculares em Instituições de Saúde, realizei um estágio extracurricular durante dois anos no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

Logo após a graduação, comecei a aprofundar meus conhecimentos na área clínica, com aprimoramentos em psicoterapia na Pontifícia Universidade Católica, além da atuação em consultório particular. Posteriormente, iniciei o curso de Aprimoramento e Especialização na área de Psicologia Hospitalar, novamente no IPq-HC-FMUSP. De novembro de 2004 até maio de 2006, trabalhei como psicóloga concursada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em um município no Estado de São Paulo.

A partir dessa experiência, notei que, apesar da experiência prática, como psicoterapeuta clínica, especializada em Psicologia Hospitalar, ligada essencialmente à área de Saúde, sempre senti a necessidade de um maior embasamento teórico nessa área, bem como de realizar pesquisas que respondessem às questões que acabaram surgindo no dia-a-dia.

Assim, as inquietações que me motivaram a realizar este estudo foram emergindo ao longo dessa minha trajetória como psicóloga clínica no âmbito da Saúde Pública. Com os anos, fui percebendo que os profissionais que trabalham em Instituições de Saúde (Hospitais, UBS, Ambulatórios, etc.), de um modo geral, acabam tendo dificuldades específicas, e que precisam ser investigadas com maior cuidado. Verifiquei também que ainda há bastante necessidade de pesquisa para compreender estas questões.

Desde o momento em que ingressei na UBS, um fator de impacto foi a enorme demanda de pacientes com os mais variados distúrbios psicológicos e a falta de instrumentos essenciais para o desenvolvimento de um trabalho adequado. Percebi que havia uma enorme defasagem tanto do ponto de vista de estrutura física (condições precárias do local em si), quanto do ponto de vista material, pela falta de recursos (desde os instrumentos mais sofisticados, como testes psicológicos, até os mais básicos, como folhas de papel sulfite). Além disso, constatei a falta de reuniões clínicas, supervisões ou algum outro tipo de suporte emocional para o profissional.

Neste contexto, fui percebendo que alguns profissionais da equipe de Saúde Mental desse município, principalmente os psicólogos, estavam adoecendo, sendo os principais sintomas relatados: gastrite, enxaqueca, oscilações de pressão arterial, entre outros. Nos últimos seis meses antes do início da minha pesquisa, pelo menos quatro psicólogas tiraram licença, e outras faltavam muito por problemas de saúde. Durante as reuniões, começamos a refletir em conjunto se essas doenças teriam alguma relação com o trabalho, e a maioria acreditava que sim. Então, fui pesquisar na literatura existente sobre estresse ocupacional, e entrei em contato pela primeira vez com o termo Síndrome de *Burnout*.

Essa expressão *Burnout* foi descrita pela primeira vez na literatura por Freudenberger em 1974, e desde então vem sendo discutida como estando relacionada a profissionais que mantêm um contato interpessoal constante e direto com outras pessoas.

O fato é que os profissionais da Saúde que apresentam essa síndrome, geralmente chegaram a essa situação extrema porque esqueceram de se cuidar e de buscar ajuda antes da eclosão da crise. Em primeiro lugar, muitas vezes, estão tão empenhados no cuidado com seus pacientes que acabam não tendo disponibilidade para olhar para si mesmos, e ver o quanto precisam de cuidados. (CARVALHO, 2003).

Em consulta à literatura existente na época, percebi que existiam ainda poucos estudos realizados sobre possíveis intervenções com os profissionais da Saúde, principalmente com os psicólogos, que muitas vezes trabalham em condições precárias, e estão constantemente em contato com a dor/sofrimento psíquico do outro. Assim, fica difícil para o profissional buscar algum tipo de ajuda específica para lidar com as questões ligadas ao trabalho. Dessa forma, acabamos nos deparando com o seguinte dilema: **a Saúde Mental está doente! E agora... quem cuida do cuidador?**

Assim, acredito que seja fundamental que se pense não somente em humanização dos cuidados com os pacientes, mas que se pense o mesmo com relação aos profissionais da Saúde. Logo, é necessário um aprofundamento do estudo das causas deste adoecimento, bem como das medidas preventivas e como reabilitá-los. Afinal, conforme Esslinger afirma: “Para que eu possa cuidar do outro, devo, antes, cuidar de mim (...)”.(ESSLINGER, 2003, p.xi).

O problema da minha pesquisa traduz algumas dúvidas que tenho, que me impulsionam a encontrar respostas: será que a Síndrome de *Burnout* está relacionada à impotência em resolver problemas de falta de estrutura física (Instituição)? Ou será que a causa seria mais profunda e de mais difícil solução, como a falta de preparo técnico para lidar com pacientes com distúrbios psicológicos de difícil tratamento? Ou ainda, será que a desvalorização dos psicólogos, somada à sobrecarga de trabalho estão como principais fatores desencadeadores da síndrome? Será que os problemas dos pacientes, somados às questões institucionais, se refletiram nos psicólogos que, apesar do esforço diário empregado, acabariam não encontrando respostas em suas tarefas cotidianas?

Então, minha pergunta é se a combinação das impotências, seja no plano técnico, seja no conceitual, conduz o profissional a um nível de estresse que se acentua a cada dia, visto que ambas as impotências se perpetuam, dadas às dificuldades de sua solução.

O objetivo dessa pesquisa é verificar porque os psicólogos que trabalham na rede de Saúde Mental estão adoecendo, como é essa vivência para os profissionais de UBS, e quais formas de enfrentamento utilizadas para lidar com as possíveis dificuldades. Para refletir sobre o que foi observado durante o período em que trabalhei na rede, bem como para analisar as entrevistas, vou utilizar o referencial teórico da Síndrome de *Burnout*.

Essa pesquisa está dividida em três capítulos: no primeiro, será realizada uma revisão bibliográfica sobre a Síndrome de *Burnout*, com definições, sintomas e principais fatores facilitadores do seu desenvolvimento.

No segundo capítulo, farei uma contextualização sobre o trabalho de psicólogos em Unidades Básicas de Saúde, para que o leitor compreenda suas especificidades, com os possíveis agentes estressores envolvidos. Dessa forma, espero apresentar as particularidades da Síndrome de *Burnout* em psicólogos que trabalham em UBS.

No terceiro, realizo uma compreensão do fenômeno a partir da abordagem teórica de Jung, incluindo pós-junguianos. Desde a graduação, utilizo esse referencial teórico tanto para atender os pacientes do consultório, hospital e UBS, bem como para compreensão de qualquer fenômeno psicológico ao meu redor, pois acredito que os questionamentos que estou propondo encontram melhor ressonância nos conceitos propostos por Jung. Assim, embora não tenha a intenção nesta pesquisa de aprofundar essa reflexão, compreender o adoecimento desses profissionais a partir dessa visão junguiana ainda é o caminho mais adequado para mim.

Um dos desafios que encontrei foi o de tentar evitar que a minha relação prévia com as participantes de alguma forma prejudicasse a objetividade do estudo. Como eu já trabalhei nesta Instituição, além de ter vivenciado algumas das dificuldades relatadas, eu conhecia a maior parte das participantes da pesquisa. Essa foi uma das minhas maiores preocupações o tempo inteiro, ou seja, como conciliar o papel de pesquisadora com o de psicóloga que

trabalhou na mesma rede? Porém, percebi que o “contágio” não só foi inevitável, como contribuiu em muitos momentos para a compreensão das diversas vivências relatadas. Espero que esta pesquisa possa ser útil aos psicólogos que trabalham em condições similares, no sentido de que, conhecendo a Síndrome de *Burnout*, possam preveni-la.

2 A Síndrome de *Burnout*

2.1 O termo *Burnout*

O termo *Burnout* consiste na composição de duas palavras da língua inglesa: burn=queima e out=exterior, e sugere que a pessoa, ao sofrê-lo, acaba ficando física e emocionalmente consumida, além de apresentar comportamento agressivo e irritadiço. (BALLONE, 2005). Para Pereira (2002), *Burnout* é um termo que remete a uma gíria da língua inglesa que se refere “àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia (...) uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental”.(p. 21).

2.2 História

A maior parte dos autores da área indica Herbert J. Freudenberger como sendo o primeiro autor a definir a Síndrome de *Burnout*, em 1974, alertando a comunidade científica para questões às quais os profissionais da Saúde estão expostos. (PEREIRA, 2002). Porém, Schaufeli e Ezmann (1998, *apud*. PEREIRA, 2002) postulam que o termo já havia sido utilizado em 1969 por Brandley, que falou sobre um fenômeno psicológico relacionado a trabalhadores assistenciais, chamando-o de *Staff Burnout*.

De qualquer forma, os principais nomes quando se pensa em *Burnout*¹ são Herbert J. Freudenberger e Cristina Maslach. Freudenberger (1975) usou primeiramente este termo para se referir ao sentimento que os profissionais que trabalhavam especificamente com pacientes dependentes de substâncias químicas apresentavam, mas depois o autor admitiu que não só os profissionais que trabalham em profissões assistenciais eram suscetíveis ao *Burnout*. Maslach (1976), por sua vez, relacionava esta síndrome à fadiga, exaustão emocional, em virtude do contato direto com pessoas.

2.3 Estresse X *Burnout*

A Síndrome de *Burnout* é descrita na literatura como estando intimamente ligada ao **estresse**, sendo então necessário, em um primeiro momento, entender esse conceito. O termo era utilizado na engenharia, para designar forças que atuam contra determinada resistência. Hans Selye, conceituado endocrinologista, ao estudar a síndrome, “emprestou” esse termo da física para falar em estresse biológico em 1936, como sendo uma resposta não-específica do organismo a situações que o enfraquecem ou que o fazem adoecer. “Stress é o estado manifestado por uma síndrome específica, constituído por todas alterações não-específicas produzidas num sistema biológico”.(SELYE, 1956, p.64).

Segundo o autor, o estresse é desencadeado em três fases (SELYE, 1952):

¹ A Síndrome de *Burnout* é referida na literatura de diversas formas: Síndrome de *Burnout*, a síndrome, ou somente *Burnout*.

1. A fase de alerta, em que há um predomínio do nervosismo, na qual o organismo se sente ameaçado por algum agente nocivo. Nessa fase, o estresse pode ser considerado positivo à medida que o impulsiona para melhorar a situação, aumentando assim sua produtividade.

2. A fase de resistência, em que a pessoa acaba se acostumando com a presença do agente causador, tentando se adaptar e buscar novo equilíbrio e adaptar-se à situação.

3. A fase da exaustão, em que o organismo já perdeu sua capacidade de se adaptar e acaba por viver em um estado de excitação nervosa.

Utilizando este modelo, a Síndrome de *Burnout* pode ter início em qualquer uma dessas fases, mas geralmente ocorre neste terceiro estágio, quando o indivíduo permaneceu exposto durante um longo período a uma situação estressante e acaba chegando à exaustão. (DIAS, 2003).

Pereira (2002) também acredita que a síndrome consiste em uma resposta a um estado de estresse prolongado; quando os métodos de enfrentamento se tornam insuficientes ou falham, ocorrendo a cronificação do quadro, chegando ao *Burnout*. Uma outra diferença é que o *Burnout* tem sempre um caráter negativo (distress), enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos e negativos. O *Burnout* está sempre relacionado com atividades laborais, e o estresse não necessariamente.

Assim, apesar de estar ligada ao estresse, essa síndrome tem suas próprias características e, portanto, devem ser levadas em consideração suas especificidades. A Síndrome de *Burnout* pode ser tanto um quadro temporário, como pode se tornar uma situação constante e permanente.

2.4 Definições e Concepções Teóricas.

Maslach e Jackson apresentaram a seguinte definição:

(...) reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. Cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene; grandes responsabilidades espreitam o profissional a cada gesto no trabalho. O trabalhador se envolve afetivamente com seus clientes, se desgasta e, num extremo, desiste, não agüenta mais, entra em *burnout*. (MASLACH; JACKSON, 1981, p.288).

Estes autores entendem que alguns aspectos individuais, associados às condições de trabalho, propiciam o aparecimento de fatores multidimensionais, envolvendo basicamente três componentes: Exaustão Emocional, Despersonalização e Reduzida Satisfação Pessoal no Trabalho/ Profissional. (Maslach; Jackson, 1986).

Exaustão Emocional: sensação de esgotamento físico e mental, falta de energia, limite de qualquer possibilidade.

Despersonalização: a personalidade do indivíduo vai sofrendo alterações, fazendo com que passe a ter um contato mais distante, frio, impessoal com os usuários de seus serviços, chegando inclusive, às vezes, a apresentar atitudes de cinismo, ironia e indiferença.

Reduzida Satisfação Profissional: insatisfação com as atividades laborais, sentimento de insuficiência, fracasso, baixa auto-estima, baixa eficiência, chegando, em alguns momentos, a causar o abandono do emprego.

Embora as definições de Maslach e Jackson sejam provavelmente as mais difundidas conceituadas no meio acadêmico sobre *Burnout*, acredito que seja interessante citar outros autores que pesquisaram o tema.

Cherniss (1980, p. 21) acredita que “*Burnout* é um processo que começa com os níveis de estresse laboral excessivos e prolongados (...) O processo está completo quando o trabalhador passa a lidar de forma defensiva com o trabalho, tornando-se apático, cínico ou

inflexível”. Codo (1999, p.237), por sua vez, fornece uma visão mais simplificada, ao dizer que esta síndrome “afeta principalmente os trabalhadores encarregados de cuidar”.

Para Ballone (2005), esta síndrome está geralmente relacionada a um tipo específico de estresse laboral e institucional, que acomete especialmente profissionais que mantêm um contato interpessoal constante e direto com outras pessoas, cuidando destas, como por exemplo, médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros.

Codo (1999) acredita que as pessoas acometidas por esta síndrome acabam perdendo o sentido de sua relação com o trabalho, chegando a concluir que seus esforços não importam mais, são inúteis.

Para Lozano (1994), o *Burnout* está intimamente ligado ao alto índice de absenteísmo no trabalho, tanto por problemas de saúde física como psicológica além de serem freqüentes casos de associação à depressão, automedicação e até aumento de consumo de tóxicos.

Rodrigues (1998) acredita que cuidar de pessoas doentes por si só gera um estresse significativo: “(...) existem profissionais que lidam com estas situações a todo o momento; que têm como foco de seu trabalho, ajudar os outros justamente nestas situações”.(p. 37).

2.5 Principais sintomas

Ballone (2005) descreveu seus principais sintomas: esgotamento emocional; despersonalização ou desumanização; sintomas físicos, como fadiga crônica, cefaléia crônica, insônia, úlceras digestivas, hipertensão arterial, taquiarritmias, desordens gastrintestinais, entre outros; manifestações emocionais, como falta de realização emocional, baixa auto-estima profissional, sentimentos de fracasso; irritabilidade e impaciência; aumento do

consumo de café, álcool, fármacos, drogas ilegais; absenteísmo no trabalho; dificuldade de concentração; sentimentos depressivos; entre outros.

Pereira (2002) fez uma extensa revisão bibliográfica e dividiu os sintomas relacionados à síndrome entre físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos:

Físicos: fadiga constante, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono, cefaléias, enxaquecas, perturbações gastrintestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais, alterações menstruais.

Psíquicos: falta de atenção e/ou concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional, dificuldade de auto-aceitação, baixa auto-estima, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança, paranóia.

Comportamentais: negligência ou escrúpulo excessivo, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco, suicídio.

Defensivos: tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho, absenteísmo, ímpetos de abandonar o trabalho, ironia, cinismo.

2.6 Aspectos Facilitadores e/ou Desencadeadores do Burnout.

A Síndrome de *Burnout*, embora tenha uma estreita relação com o estresse, apresenta diversas especificidades. Então, acredito que seja importante contextualizar o leitor em relação aos principais aspectos organizacionais e as características pessoais que podem estar relacionados com o seu desenvolvimento em psicólogos que trabalham em UBS.

2.6.1 Características Organizacionais

Deckard, Meterko e Field (1994) verificaram que existe uma relação inversamente proporcional entre baixos níveis de satisfação com o trabalho, e altos níveis de *Burnout*. Dentre os diversos fatores organizacionais, que estão descritos na literatura como desencadeadores desta síndrome em profissionais da Saúde, aqui estão os principais:

Perda de autonomia: Segundo dados levantados na literatura sobre o assunto, a perda de autonomia e controle sobre sua atividade está estritamente ligada a altos índices de exaustão emocional (DECKARD; METERKO; FIELD, 1994). Ainda, segundo Maslach (1982), o profissional tem a percepção de que é ineficaz e que suas intervenções são insuficientes, gerando a vivência de desamparo, raiva e frustração.

Sobrecarga de trabalho e questões institucionais: Segundo Rodrigues (1998), uma das maiores fontes de estresse é o excesso de solicitações ao profissional, que excedem as capacidades pessoais em atendê-las. Há um número grande de casos a serem atendidos, em um curto espaço de tempo, o que não possibilita a mobilização de mecanismos de enfrentamento para que os profissionais consigam lidar com essa sobrecarga, sem que disso resulte em um desgaste emocional. Para Deckard, Meterko e Field (1994), há uma relevante correlação entre a sobrecarga de trabalho e exaustão emocional. Ainda, para atender a demanda, os psicólogos trabalham praticamente ininterruptamente, o que é extremamente prejudicial, visto que quanto maior o número de horas em contato direto com pacientes, maior o risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout*. (MASLACH, 1982).

Local de trabalho/ especialidade: Rodrigues (1998) ressalta que o tipo e local de trabalho podem facilitar o surgimento do *Burnout*. Além disso, a especialidade clínica

(oncologia, UTI, neurologia, etc.) em que o psicólogo atua também interfere no maior ou menor nível de estresse que vai vivenciar.

Relacionamento com os colegas: O contexto organizacional também vai determinar como serão os relacionamentos entre todas as pessoas do local de trabalho (profissional-paciente, profissionais da equipe Saúde entre si, equipe de Saúde e pessoal administrativo).

Deckard, Meterko e Field (1994) verificaram que a baixa satisfação com trabalho e os altos índices de exaustão emocional tem íntima relação com a falta de suporte por parte da equipe de Saúde.

Falta de trabalho em equipe interdisciplinar: Outro fator de grande importância como desencadeador do *Burnout* no nível organizacional é a falta de comunicação entre os diversos profissionais. Segundo Hyrkäs (2005), supervisões clínicas são consideradas benéficas para profissionais de Saúde Mental, diminuindo o índice de *Burnout*, bem como a supervisão ineficiente está correlacionada a altos índices de insatisfação com o trabalho.

Reid et al. (1999) acreditam que manter relacionamentos informais com os colegas, bem como supervisões clínicas e grupos de apoio são essenciais para evitar *Burnout* e ajudar no *coping*². Ainda, consideram importante o treinamento do profissional para a demanda específica, e em como reagir a determinadas situações com pacientes “especiais”.

² Variável individual representada pelas formas como as pessoas comumente reagem ao estresse, determinadas por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis (Lazarus; Folkman, 1984).

2.6.2 Características Pessoais

Para esse levantamento, utilizei como base o artigo “*Job Burnout*”, escrito em 2001 pelos autores Maslach, Schaufeli e Leiter.

Idade: Estes autores observaram maior incidência do *Burnout* em profissionais mais jovens, até 30 anos aproximadamente. Alguns autores acreditam que este fato esteja relacionado a pouca experiência profissional, que gera insegurança ou mesmo um choque ao se depararem com uma realidade de trabalho bem diferente das ilusões que possuíam sobre a profissão. Há os que acreditam que o que ocorre na verdade é uma crise de identidade face às dificuldades de socialização encontradas no meio de trabalho. (CHERNISS, 1980).

Gênero: Apesar de não haver unanimidade entre os autores, na maioria dos estudos as mulheres têm apresentado altos índices de exaustão emocional e os homens de despersonalização. Isso pode ser explicado da seguinte forma: como as mulheres geralmente têm mais facilidade de falar sobre suas emoções, podem expressar suas dificuldades e, assim, aliviam sentimentos como raiva, hostilidade e indignação, enquanto o homem expressaria essas emoções somente depois de ter atingido um nível insustentável.

Nível Educacional: Diversos estudos demonstram que as pessoas que apresentam um nível educacional mais elevado têm maior propensão ao *Burnout*, o que pode ser explicado considerando que essas pessoas talvez tenham maiores expectativas profissionais e um grande sentimento de responsabilidade.

Estado Civil: Segundo Burke e Greenglass (1989), pessoas casadas ou em um relacionamento estável apresentam menor propensão ao *Burnout*, ao contrário de solteiros, viúvos ou divorciados. Porém, não há uma unanimidade. Então Pereira (2002) acredita que o

que vai influenciar no desenvolvimento da síndrome é a qualidade do relacionamento, e não propriamente o estado civil.

Filhos: Este fator também não é unânime. Sampson (1990) observou que psicólogos com filhos apresentavam menor índice de estresse que aqueles que não os tinham. Cobb (1976, *apud.* Pereira, 2002) acredita que a maternidade/paternidade equilibra a parte profissional propiciando estratégias de enfrentamento mais eficazes contra os agentes estressores. Já Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) apontam que ter ou não filhos, bem como o número destes podem não ter relação direta com o *Burnout*. Essas questões ainda são controvertidas, porque se por um lado à maternidade propicia um amadurecimento e maior equilíbrio da mulher, por outro lado deixar os filhos pequenos sozinhos em casa pode ser um fator desencadeador de estresse.

Personalidade: Segundo Pereira (2002, p. 54) “as características de personalidade interagem de modo complexo com os agentes estressores tanto no sentido de incrementá-los, como, ao contrário, inibi-los ou eliminá-los”.

Algumas vezes, a associação de alguns traços de personalidade, que serão abordados abaixo, potencializam o desenvolvimento da síndrome. Em seu estudo, Semmer (1996) observou que pessoas com baixos níveis de *hardness* (termo definido abaixo), bem como a presença de *locus de controle externo* e *estratégia de enfrentamento* caracterizada pela fuga, teriam um perfil propenso ao *Burnout*.

Hardness: Kobasa (1981, *apud.* Semmer, 1996) elaborou o conceito de *hardness* - personalidade resistente ao estresse. Para o autor, algumas pessoas são capazes de interpretar agentes estressores como sendo passíveis de controle, o que possibilita o desenvolvimento pessoal. Em pessoas com personalidade resistente encontramos três dimensões: 1) compromisso: as pessoas se implicam profundamente em tudo que fazem 2) controle: sentem que podem controlar as situações 3) desafio: as condições adversas são encaradas como

desafios que eles tem que enfrentar. Pessoas que apresentam personalidade resistente têm menor propensão à síndrome de *Burnout*.

Lócus de controle externo: para Pereira (2002) este termo é utilizado para designar aquelas pessoas que atribuem os acontecimentos da vida a eventos externos, à sorte, destino, ou a outros.

Estratégia de enfrentamento: pessoas com tendência a ter atitudes mais passivas, ou mantendo-se sempre na defensiva, apresentando mecanismos de enfrentamento que mais se assemelham à fuga, têm maior propensão ao *Burnout*. (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Outro perfil de personalidade que apresenta propensão a desenvolver a síndrome é o de pessoas perfeccionistas. Estes indivíduos preocupam-se constantemente com a possibilidade de errar, e passam o tempo inteiro lutando para que isso não aconteça, o que envolve insegurança e medo de falhar. (MENDES; NUNES, 1999).

A partir desses dados, podemos pensar que as características pessoais não podem ser consideradas, por si só, como desencadeadores do *Burnout*, mas sim facilitadores ou inibidores da ação de agentes estressores.

3 Psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Neste capítulo, farei uma contextualização do trabalho dos psicólogos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), do município de São Paulo onde esta pesquisa foi realizada, para que o leitor compreenda os possíveis fatores ambientais relacionados ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nestes profissionais.

3.1 Caracterização da Instituição

Os psicólogos atuando em ambulatório de UBS neste município atendem a uma vasta demanda de pacientes que requerem intervenção de caráter remediativo, em primeiro plano, e preventivo em segundo. Os pacientes atendidos são provenientes de encaminhamentos efetuados por escrito por profissionais de outras especialidades de Saúde (psiquiatria, pediatria, neurologia, ginecologia, fonoaudiologia, entre outros), por coordenadores e professores de escolas e pelo Conselho Tutelar da região. Os encaminhamentos são imprescindíveis para o atendimento psicológico.

A partir da data de entrada do encaminhamento e agendamento, é realizada uma entrevista de triagem. Nesse momento ocorre o levantamento de todas as informações necessárias para compreensão do motivo do encaminhamento, história pregressa, dados clínicos, condição socioeconômica, interesse pelo atendimento e dados pessoais. É nesta entrevista que os psicólogos podem solicitar avaliação de outros profissionais da Saúde para

auxílio diagnóstico e terapêutico (se necessário) e para verificar a necessidade de novo encaminhamento.

Após a entrevista de triagem, o paciente aguarda em lista de espera para iniciar seu acompanhamento psicológico na Unidade. Dentre as possibilidades de atendimento realizado estão:

- psicoterapia individual/ em grupo/ familiar
- avaliação psicológica
- orientação familiar / orientação de pais

Durante o manejo de um caso, os psicólogos também elaboram os relatórios necessários para os profissionais que encaminharam o caso ou para o Conselho Tutelar.

Mensalmente, são realizadas reuniões entre os membros da equipe de Saúde Mental, nas quais são discutidas questões administrativas. Raramente há discussões clínicas, não existe supervisão clínica e institucional no próprio município, bem como não há reuniões com outros profissionais que não os da Saúde Mental. Os próprios psiquiatras raramente conseguem participar dessas reuniões devido à enorme demanda de atendimento agendado para eles. A troca de informações sobre pacientes se dá por meio dos prontuários, relatórios, e no máximo, conversas breves nos corredores, o que pode empobrecer o entendimento do caso.

Assim, os psicólogos que trabalham neste contexto se deparam com a dificuldade em lidar com pacientes com diagnósticos psiquiátricos graves, devido à falta de discussões em equipe que possam auxiliar na compreensão destes casos.

3.2 Atenção Primária, Secundária e Terciária: qual o papel do psicólogo de UBS?

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, com a finalidade de diminuir a desigualdade na assistência à Saúde, para garantir efetivamente o atendimento público a qualquer cidadão. O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90). (http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_oquee.htm)

Essa lei também define os princípios e diretrizes do SUS. As diretrizes são a equidade, universalidade, integralidade e controle social, e os princípios básicos são a integralidade, universalidade e hierarquização. (http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169). Para esta pesquisa, vou aprofundar apenas o último princípio, que está relacionado com o tema desta pesquisa.

A hierarquização dos serviços de Saúde consiste na organização desses segundo a complexidade das ações desenvolvidas. Existem três níveis de atendimento: Atenção Primária (baixa complexidade), Atenção Secundária (média complexidade) e Atenção Terciária (alta complexidade).

Atenção Primária:

(...) conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. (<http://www.saude.gov.br/susdeaz/>)

A Atenção Primária é o primeiro contato do usuário com o serviço de Saúde, e envolve atendimentos realizados pelas especialidades básicas de Saúde (clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, etc). Ainda, é função desses profissionais realizar encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. “Uma

atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade.” (<http://www.saude.gov.br/susdeaz/>)

Atenção Secundária: “ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico”.Ex: procedimentos especializados realizados por profissionais da Saúde; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia. (<http://www.saude.gov.br/susdeaz/>)

Atenção Terciária: “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)”.Ex: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; diversas cirurgias de alta complexidade, como as cardiovasculares; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); genética clínica; terapia nutricional; entre outros. (<http://www.saude.gov.br/susdeaz/>)

Com relação à Atenção Primária, a rede nacional do SUS dispõe de diversas unidades, entre essas a UBS. Então, teoricamente os profissionais na UBS deveriam focar na promoção e manutenção da Saúde Pública. As ações relativas à promoção de Saúde devem ser dirigidas a grupos comunitários, e muitas vezes demanda contatos interinstitucionais. Além disso,

envolvem o trabalho integrado aos programas da UBS, junto a outros profissionais. (SILVA, 1988).

Atualmente, os psicólogos que trabalham em UBS desse município realizam atividades terapêuticas com indivíduos portadores de sofrimento psicológico e psiquiátrico graves, ou seja, trabalham no nível remediativo, atendendo inclusive casos de média a alta complexidade. A demanda que estes profissionais tem que atender atualmente impede sua atuação em atenção exclusivamente primária. Especificamente, no caso da Saúde Mental, isto se deve à falta de serviços especializados que, se fossem implantados, dariam vazão à enorme demanda da comunidade.

Em 2005, foram solicitados, pela equipe de Saúde Mental, a implantação de: Emergência Psiquiátrica no Pronto Socorro (PS), de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPS I) e de novos Núcleos de Centro de Convivência da Saúde Mental, sendo de grande importância para a sociabilidade e humanização do paciente com transtorno mental. Além disso, sugeriu-se a inclusão da equipe de Saúde Mental no Programa Saúde da Família (PSF). Com essas modificações, a atuação do psicólogo em UBS poderia focar definitivamente na Atenção Primária. Além disso, foram solicitados novos profissionais a fim de conseguir suprir a demanda sem perder a qualidade do atendimento. Até o momento em que essa pesquisa teve início, nenhuma dessas solicitações pode ser atendida.

Dessa maneira, esses psicólogos precisam atender a uma vasta demanda de pacientes com os mais diversos distúrbios psicológicos, sem poder contar com os recursos necessários para um atendimento adequado. Além disso, a falta de reuniões clínicas e supervisões faz com que não tenham nenhum tipo de suporte emocional para conseguir lidar com a sobrecarga de trabalho, com essas questões institucionais. Assim, esses profissionais estão em contato direto com agentes estressores, sem nenhum suporte, apresentando maior propensão à Síndrome de *Burnout*.

3.3 O cuidado ao cuidador

Cuidado:

adj (part de cuidar) 1 Pensado, meditado, refletido: *Gesto cuidado*. 2 Bem trabalhado, bem feito, apurado: *Cabelo cuidado*. *Antôn: descuidado*. *sm* 1 Desvelo, diligência, solicitude, atenção. 2 Precaução, vigilância, atenção: *Cuidado com os automóveis*. 3 Conta, incumbência, responsabilidade: *Pode deixá-lo ao meu cuidado*. 4 Inquietação de espírito; preocupação. 5 Pessoa ou coisa objeto de desvelos, precauções ou inquietações. *interj* Atenção! cautela! *Ao(s) cuidado(s) de:* usado abreviadamente (A/C) nas remessas postais feitas ao destinatário por intermédio de outra pessoa a quem se envia a correspondência e à qual se solicita o obséquio de entregar-lhe. *Estar com cuidado:* estar inquieto, preocupado. *Ter cuidado com:* tratar ou manejar com precaução. *Tomar cuidado:* precaver-se; ter cautela. (<http://michaelis.uol.com.br/>).

Humanizar:

(humano+ar²) vtd 1 Tornar humano, tornar benévolo, tornar afável, dar a condição de homem a. *vpr* 2 Tornar-se humano, afável; humanizar-se. *vtd* 3 Civilizar. *Var: humanizar*. (<http://michaelis.uol.com.br/>)

O trabalho dos profissionais de Saúde, de um modo geral, envolve um encontro subjetivo, com diferenças entre os sujeitos envolvidos no que diz respeito a valores, expectativas, desejos, julgamentos, que podem ou não promover aceitação, cumplicidade, confiança, acolhida, e o estabelecimento de um vínculo. “É próprio das relações humanas a contínua mobilização de afetos. A afetividade nos coloca em contato com o outro, a quem podemos amar, admirar, desejar, temer e odiar sendo, portanto, o ponto de partida para uma troca intersubjetiva” (REGO, 2007, p. 77).

Enquanto para o profissional o contato se inicia a partir de uma demanda por parte do paciente, que implica em um trabalho de sua parte em atender, por outro lado, o usuário procura soluções para resolver seus problemas de saúde, o que se configura em uma relação de complementaridade. Neste sentido, a relação entre o psicólogo e o paciente não poderia ser diferente, ou seja, enquanto um está trabalhando para atender, o usuário tem expectativas com relação ao tratamento e cura. Neste contexto, o cuidado é essencial para o atendimento, para

que o paciente se sinta acolhido, seguro, e com isso acabe mais mobilizado ao tratamento. Ao psicólogo cabe o “cuidado à alma”, o acolhimento e escuta do paciente (ESSLINGER, 2003)

A prestação de cuidados exige tanto a expressão de afeto quanto a obrigatoriedade de uma postura profissional. Com toda certeza, a promoção de Saúde, a cura, e a prevenção de novas crises trazem enorme satisfação para o profissional, mas também trazem desajustes e tensões. Por se tratarem de atividades que exigem um contato próximo com pessoas, leva os profissionais da Saúde a ficarem mais suscetíveis a fatores de risco inerentes ao trabalho.

No dicionário, cuidado significa atenção, cautela. “Cuidado diz respeito a uma atitude de preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo que revelam a natureza humana, a forma mais concreta de ser humano” (REGO, 2007, p. 88). Assim, quando o psicólogo se propõe a cuidar, interage com o outro, compartilha e participa, deixando-se tocar pelo outro.

Para Ayres (2004), em todas as ações de Saúde, o cuidado consiste em uma interação entre os sujeitos, que visa o alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar. Para Merhy (2002), o trabalho nessa área é fundamentalmente a oferta do cuidado, ou seja, seu objeto não é somente a cura e a proteção da Saúde, mas também a produção de um **cuidado** que as favoreça.

Ainda com relação ao tema, é importante falar sobre a humanização. No dicionário, o significado mais geral de humanizar é tornar humano, benévolo, afável. Na área da Saúde, o termo significa particularizar, atender às circunstâncias e necessidades individuais. (ROMANO 1999).

Neste sentido, Minayo (2004) nos leva a um questionamento quanto ao termo humanizar: existe a possibilidade do ser humano praticar um ato desumano? Então, conclui que só ao homem isso é possível, e faz uma revisão histórica sobre a questão.

Durante o humanismo (Renascimento) houve uma primazia dos valores humanos sobre os religiosos, trazendo uma atitude humana individualista e questionadora. Este

movimento sinalizou a crise do racionalismo, e tornou a explicação do homem e sua natureza concebida pela Igreja secundária. Então, retoma a preocupação com o sentido da existência, sedimentando a concepção do homem como ser livre e pensante, concreto em sua singularidade. (MINAYO, 2004). Rego (2007) compreende a humanização a partir da visão de Nogueira:

A humanização implica em nos tornar mais humanos pelo reconhecimento da humanidade do outro e por sermos por ele reconhecidos. Não há humanismo sem autonomia. Assim, a humanização conduz ao crescimento, a liberdade de criação e de vida, delimitando as possibilidades de reciprocidade entre os homens com relação a direitos, deveres e condições de bem estar, traduzindo-se em um movimento histórico realizado no cotidiano a fim de alcançar o crescimento, a independência e o desenvolvimento dos indivíduos. (2001, *apud*. REGO, 2007)

Atualmente, a necessidade da consolidação da humanização da assistência ao usuário vem sendo amplamente discutida, visto que é um dos grandes desafios nos serviços de Saúde. Cada dia, mais tecnologia é alcançada, e o cuidado às pessoas acaba ficando em segundo plano. Deslandes (2004) acredita que para isso é necessário uma “assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes” (DESLANDES, 2004, p.8).

Para a autora, a humanização da assistência apresenta quatro pilares, que são a humanização como: 1) oposição à violência, 2) capacidade de oferecer atendimento de qualidade articulando os serviços tecnológicos com o bom relacionamento 3) melhoria das condições de trabalho aos cuidadores 4) ampliação do processo comunicacional.

Nesta pesquisa, o foco é o cuidado ao cuidador em Saúde, ao psicólogo mais especificamente. Então, é fundamental entender melhor no que consiste o terceiro pilar. Este representa uma preocupação em ter equipes de trabalho saudáveis, além do “reconhecimento da necessidade de cuidar dos profissionais de Saúde, seja oferecendo melhores condições de trabalho (infra-estrutura adequada, compartilhamento de ações, respeito às especificidades) ou

investindo em qualificação e melhor remuneração” (REGO, 2007, p. 97). Para Esslinger (2003), o cuidado ao cuidador consiste na possibilidade desses profissionais compartilharem experiências e sentimentos despertados durante a interação com o paciente.

A humanização não pode ser pensada apenas do ponto de vista do usuário, embora seja fundamental. Afinal, se o profissional não tiver condições de saúde para prestar um bom atendimento, de nada vai adiantar ter recursos e boa vontade. Neste sentido, o psicólogo, que se depara diariamente com a dor e sofrimento psíquico do outro, precisa cuidar, oferecer acolhimento necessário para auxiliar no processo de cura. Porém, antes de cuidar do outro ele precisa estar bem, e para isso, cuidar de si mesmo.

Não existe apenas um lado, e cada instituição/equipe tem sua forma de conduzir e colocar em prática a humanização de seu serviço. Porém, é fundamental que se valorize e favoreça a autonomia de cada pessoa, seja ele profissional ou usuário.

3.4 Formação do psicólogo na graduação

A psicologia da Saúde é o agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia à Promoção e a manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação de correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde e da doença e respectivas disfunções. Ela visa ainda à análise e o progresso do sistema de assistência à saúde e o desenvolvimento da política sanitária. (MATARAZZO, 1982, p.154)

Quando o tema é humanização dos cuidados, é necessário pensar na formação do profissional da Saúde, neste caso, do psicólogo, para que ele possa ter mais clareza sobre possíveis dificuldades e os conceitos previamente concebidos que com certeza estão presentes em sua prática profissional. O que se percebe é que existe muito pouco durante graduação que

os prepare efetivamente para o trabalho em Saúde Pública. Os cursos de formação de psicólogos carecem, em seu currículo, de disciplinas que abordem o tema de forma mais efetiva e prática.

Durante a graduação, o psicólogo geralmente recebe uma formação muito voltada para a área clínica. Embora na grade curricular existam disciplinas que abordem a Saúde Pública, sua atuação nessa área continua sendo, na maioria das vezes, com uma abordagem mais voltada ao modelo de consultório. Isso aponta para a necessidade do desenvolvimento de novas modalidades de ação, para que este se adapte ao contexto de Saúde Pública. Conseqüentemente, faz-se necessária uma reformulação do currículo. (OLIVEIRA, 2005),

Para entender melhor o que aconteceu durante a inserção do psicólogo na Saúde Pública, é necessário uma breve retrospectiva histórica. Como já foi descrito, em 1988, com a consolidação do SUS, as UBS passam a realizar prioritariamente ações em Atenção Primária, e é neste momento que surge um dos principais desafios para o psicólogo que atua nessa área: enraizado no modelo de atendimento de consultório, não estava preparado para atuar sem utilizar a psicoterapia como atividade principal.

Apesar de esforços e manifestações de alguns para ampliar o campo da Psicologia, discutir novas formas de atuação do psicólogo no âmbito público, não ocorreram grandes mudanças estruturais, na medida em que as universidades formadoras continuaram a privilegiar a formação clínica tradicional. Como consequência, quando o psicólogo entrou na rede pública, acabou vivenciando uma inadequação aos novos serviços, tentando sem sucesso desenvolver o padrão de prática que estavam acostumados nos serviços ambulatoriais. (VASCONCELOS, 2004).

“Diante da ansiedade paralisante das novas demandas, os psicólogos se fecharam em suas salas de atendimento individual, com clientes cadastrados e sem abertura para práticas comunitárias, grupais ou qualquer outra atividade que envolvesse a equipe profissional”.

(OLIVEIRA, 2005, p. 115) Essa atuação reflete a falta de referência desses profissionais, por não terem entrado em contato com as especificidades da Saúde Pública durante a graduação.

A entrada do psicólogo no âmbito público não pode ser considerada como uma conscientização deste profissional quanto ao seu papel junto às camadas menos favorecidas. Na realidade, a crise do capitalismo gerou uma queda nos padrões de consumo da classe média, e também na busca pelos serviços psicológicos. Essa escassez de mercado leva o psicólogo recém-formado, principalmente, a buscar em concursos para trabalho na Saúde Pública a solução para que consiga exercer sua profissão, garantindo seu sustento e estabilidade. Houve uma mudança na trajetória, ou seja, o psicólogo deixa de ser profissional liberal para se tornar um trabalhador no âmbito público.

Porém, como não estão preparados para as especificidades deste setor, acabam realizando um trabalho de caráter curativo, o que não é o mais adequado segundo diretrizes do SUS. (BETTOI, 2003). “Ao sair da universidade e entrar no hospital, o aluno recém-formado, o profissional, foi improvisando” (KERBAUY, 1999, p.16)

Esse “despreparo” do psicólogo tem conseqüências negativas, não só para o usuário, como para o próprio profissional. Com relação ao usuário, o fato do psicólogo atender a partir do referencial de consultório, com ênfase em psicoterapia individual, pressupõe que os atendimentos sejam feitos em longo prazo, o que implica em filas de espera para atendimento. Esse modo de atuar implica em muito tempo de trabalho para o profissional, e acesso a poucos por vez. Além disso, as demais atividades que deveriam ser exercidas na UBS acabam ficando em segundo plano porque não “sobra” tempo.

Outra questão é que, ao entrar na saúde pública, este profissional passa a “vender” sua força de trabalho, abrindo assim mão de sua autonomia, inerente ao exercício liberal, pois está condicionado a um "empregador". Mesmo que se esforce para manter sua autonomia, sua

atividade está intrinsecamente ligada aos recursos e exigências institucionais, ditadas por políticas públicas. (IAMAMOTO, 1998).

Ainda, o perfil do cliente a ser atendido não é o mesmo do consultório particular, e isso pode ser um choque para o profissional recém-formado, devido ao contato com realidades sociais diferentes, com respectivas diferenças no que diz respeito às queixas ou do ambiente propriamente dito. (IAMAMOTO, 1998).

Assim, o que se percebe é que não existe um trabalho homogêneo entre os psicólogos, em qualquer esfera de ação. Atuar na área pública não significa que o psicólogo tenha que excluir o atendimento psicoterápico por completo, mas sim que precisa agregar outras formas de atendimentos mais eficazes para atender a uma demanda maior.

Portanto, para que este profissional esteja apto a atuar em diversos campos, faz-se necessária uma reformulação de sua formação na graduação. Há uma lacuna entre o aparelho formador e o mercado de trabalho, e o psicólogo fica neste “vazio”, sem saber como atuar nas diferentes áreas. (SILVA, 1988).

Na Psicologia, após a graduação, a grande maioria dos profissionais precisa buscar um aprofundamento maior da prática, em cursos de extensão, aprimoramentos ou especializações. Essa busca surge a partir da necessidade de se tornarem mais competitivos no mercado de trabalho. Na realidade, o ideal seria que a graduação efetivamente formasse o profissional, que o preparasse para a atuação, como autônomos, ou em Instituições de Saúde Pública. Para isso, seria fundamental introduzir disciplinas que articulassem a teoria com a prática supervisionada. (SILVA, 1988).

Atualmente, a grade curricular da maior parte das Instituições de Ensino consiste em uma compartimentalização do ensino, que institui a matrícula por disciplina, regime de créditos, e departamentalização. Isso faz com que o aluno acabe vivenciando a graduação como um “supermercado”, no qual é obrigado a comprar alguns itens, e outros não. “A

formação universitária acaba sendo resultado da mistura que cada aluno consegue realizar com o que lhe foi oferecido” (SILVA,1988, p. 225).

Dentro da formação universitária estão também presentes os estágios profissionalizantes, que são realizados geralmente nos dois últimos anos. Porém, o número de horas por semana dedicadas a esses, a frequência da supervisão, e a forma como acontece à atuação (aplicação de técnicas, e não reflexão sobre a práxis) não são suficientes para que este aluno esteja efetivamente preparado para o mercado profissional.

Se a formação em psicologia não transmite ao aluno – ou não o leva a elaborar – um conceito amplo de atuação psicológica, abstraído dos modelos específicos de trabalho aos quais é exposto nos cursos, parece-nos claro que não estamos formando profissionais capazes de construir a psicologia, mas apenas repeti-la. (CARVALHO, 1984, p.9)

Essa questão é ainda mais complicada na área da Saúde Pública, principalmente porque a teoria ensinada acaba sendo diferente da prática, da realidade dos Serviços de Saúde Pública do Brasil. Conforme já mencionado, a inserção do psicólogo nessa área é ainda recente; somente nas últimas duas décadas que este campo tornou-se significativo, com um número representativo de psicólogos atuando em UBS, hospitais, redes de reabilitação, entre outros. Então, o grande questionamento que se faz é como, quando e onde começar a formação do psicólogo para atuar em Saúde. (AMARAL, 1999)

Atualmente, a maior parte dos estudantes termina a graduação com uma noção básica de Saúde Pública, adquirida em aulas ministradas muitas vezes por profissionais acadêmicos que nunca vivenciaram a prática diária de uma instituição de Saúde. Com isso, o recém-formado acaba buscando um aprofundamento da prática em cursos de aprimoramento, especialização e formação em Psicologia da Saúde. (AMARAL, 1999)

Matos (2000) acredita que a formação é demasiadamente teórica, com pouca exposição do aluno a situações reais do trabalho. Então, é fundamental e urgente essa reestruturação na grade curricular do estudante de psicologia, para garantir que este saia apto

a trabalhar em áreas diversas à clínica. Para isso, propõe um modelo em que a prática e teoria sejam indissociáveis, que possam ser articuladas durante do estágio e supervisão. O número de horas de estágio deveria ser consideravelmente aumentado, e a supervisão focada na reflexão sobre a prática, e não meramente um espaço para ensinar regras rígidas a serem aplicadas. Com relação à competência profissional, Matos (2000) coloca que esta “necessita de uma atuação prática intensa, prolongada e sistemática, em situação real, sob supervisão estrita”.

Além do aumento de horas em contato com situações reais de trabalho, a teoria precisa ser atualizada, pois o estudante de Psicologia aprende, por exemplo, sobre as diretrizes do SUS, mas como estas não são compatíveis com a realidade, acaba gerando uma lacuna entre a teoria e a prática, o ideal e o real. Assim, com essas alterações, acredito que o profissional teria mais condições de enfrentar a realidade do trabalho em Saúde Pública, como por exemplo, nas UBS.

4 A Síndrome de *Burnout* em Psicólogos: uma visão junguiana.

Conforme já foi descrito anteriormente, os profissionais que apresentam essa síndrome geralmente esquecem de se cuidar e buscar ajuda antes da eclosão da crise. O empenho por ajudar o outro ultrapassa os limites pessoais, o que acaba gerando uma indisponibilidade para olhar para si mesmo e perceber o quanto precisam de cuidados. (CARVALHO, 2003).

Essa dificuldade de olhar para as próprias necessidades, da noção de quando devem parar e se cuidar, parece estar ligada à falta de conexão com alguns aspectos do princípio feminino, segundo a abordagem junguiana, o que será mais bem detalhado adiante.

A escolha dessa abordagem para compreensão do fenômeno estudado está relacionada à minha trajetória profissional. Ainda durante a graduação, participei de diversos cursos sobre o feminino na abordagem junguiana. O tema da minha monografia de conclusão de curso abordou a questão do feminino como aspecto do inconsciente coletivo que precisa ser reintegrado. Parece que, de um modo geral, a mulher na cultura ocidental está perdendo seu contato com a feminilidade, o que pode ser percebido em diversas áreas da sociedade, inclusive com relação à forma como exerce seu trabalho.

Além disso, todas as participantes da pesquisa são do sexo feminino, o que torna ainda mais importante se aprofundar nas questões de gênero.

Dessa forma, acredito que seja necessário esclarecer o significado dos princípios masculino e feminino, por serem tão facilmente confundidos com as nomenclaturas de gênero, a partir da referida abordagem.

Segundo Whitmont (1991), “a masculinidade e a feminilidade são forças arquetípicas. Constituem maneiras diferentes de se relacionar com a vida, com o mundo e com o sexo oposto (...)” (p.142). Tanto o homem quanto a mulher contém dentro de si qualidades do sexo

oposto, só que de forma recessiva: “O gênero predominante imprime-se na consciência, nas estruturas psicológicas básicas e nas características sexuais corporais. Os traços recessivos funcionam inconscientemente, mais como potencialidades do que como realidades” (p.146).

O *animus* representa os traços masculinos na mulher e a *anima* os traços femininos no homem. Esses arquétipos, que representam o par de opostos central da psique individual, estão na raiz das polaridades como solar-lunar, claro-escuro, espírito-matéria, e assim por diante.

O masculino pode ser associado ao Yang, criatividade, Sol, logos, consciência em si, iniciativa, coragem, impulso para o trabalho, agressividade, pensamento abstrato racionalismo.

O feminino pode ser ligado ao Yin, Lua, alma, sentido, corpo, sensualidade, fantasia, sonhos, místico, ao mediúnico e ao psíquico. Um aspecto muito importante do feminino está ligado ao materno: o Yin é receptivo, representado pelo útero, visto como o recipiente que carrega o bebê ao longo da gestação. Assim, apresenta um aspecto nutridor e gestativo, bem como voltado a maternagem, ao cuidado. (KOSS, 1999)

A consciência feminina é mais instintiva e impulsiva; é mais inspiradora que analítica; possui a capacidade de esperar com mais paciência “pelo momento certo para que um acontecimento ou um impulso possa vir à luz.” (WHITMONT, 1991, p.152). O tempo é vivenciado enquanto qualidade, sintonizado com o momento em que está vivendo.

Segundo Furlani (1992), as duas polaridades universais, o masculino e o feminino, embora sejam forças distintas, compõem uma dualidade que não pode ser separada. “A ordem natural do universo é de equilíbrio dinâmico entre essas duas dimensões, sempre em contínua oscilação, que permite às transições ocorrerem gradualmente e numa progressão ininterrupta” (FURLANI, 1992, p. XVIII).

No entanto, essas polaridades nem sempre caminharam juntas, e durante muitos séculos o aspecto feminino foi duramente reprimido, o que trouxe conseqüências para a sociedade contemporânea. Para uma melhor compreensão, é necessário fazer uma breve revisão histórica sobre estes princípios, e como eles foram interagindo na psique coletiva ao longo dos anos.

A estrutura da consciência foi em um primeiro momento matriarcal: “os povos arcaicos falam do surgimento do mundo a partir de uma deusa-mãe: A Grande Deusa Criadora, ao mesmo tempo útero e força geradora do universo” (KOSS, 1999, p. 61). Nesse período a vida emergia espontaneamente, e o homem se alimentava daquilo que conseguia diretamente na natureza.

Com a formação dos primeiros grupos, para organização da caça e da comunidade como um todo, foi necessário o estabelecimento de algumas regras de convivência. Então, surgiu a cultura patriarcal, na qual os padrões masculinos foram sendo gradualmente super valorizados, e os femininos rejeitados, reprimidos, determinados inconscientes. Desde o início da era do ego patriarcal, houve uma desvalorização da vida, da matéria, da existência mundana e do corpo. Assim, “a interioridade de ser no mundo, que é o reino feminino, era rejeitada.” (WHITMONT, 1991, p.144).

Durante todo o período patriarcal, principalmente com a grande influência do cristianismo na cultura ocidental, o aspecto feminino sofreu intensa repressão. Quando alguma polaridade permanece reprimida na sombra, conforme o princípio da auto-regulação psíquica, ela precisa ser reintegrada. “Um novo mitologema está emergindo em nosso meio e pede para ser integrado às nossas referências contemporâneas. Trata-se do mito da antiga Deusa que governou a terra e o céu antes do advento do patriarcado e das religiões patriarcais.” (WHITMONT, 1991, p.9).

A consciência humana precisa do “retorno da deusa” enquanto força do feminino, para que a unidade do ser, a vida e o sentido de viver sejam restaurados. Para Sá, faz-se necessário o reencontro com a natureza, a harmonia consigo mesmo, a conexão com a fonte de vida. (SÁ, 2001).

Ao mesmo tempo em que o mal precisa ser elevado à consciência, pessoal e coletiva, para tornar-se fonte de criatividade, a feiticeira, que é a antítese da mulher idealizada, símbolo das energias criadoras instintuais, não domesticadas e não disciplinadas precisa ser ouvida. A integração desta sombra traz de volta a mulher selvagem, que segue seu instinto de preservação, que possui sua energia vital, sexual, que fareja o perigo, que intui a cura e sabe o que a alma está pedindo, que sabe aplacar o sofrimento e pode transmitir o dom da vida. Esta integridade faz a ponte para a transcendência. É a mulher novamente apresentando-se como agente de mudança para uma nova etapa no desenvolvimento da consciência humana. (Sá, 2001, p.7).

Assim, Sá (2001) acredita que a alma humana busca um sentido, contestando os valores que foram esquecidos, exigindo uma reflexão para redescobrir os mistérios femininos ligados ao ciclo vida (morte-vida) e encaminha-se para a elaboração da morte simbólica. A questão espiritual é repensada, o ser criativo é recriado, fazendo com que a humanidade regenere-se e cure-se dos excessos de violência e agressividade a que se submeteu em virtude do desenvolvimento unilateral da razão.

Atualmente, na cultura ocidental, o comportamento das pessoas indica que está para surgir um novo indivíduo, que tenta conciliar essas forças dentro de si e que procura um equilíbrio dinâmico, reunindo em si o que há de positivo tanto no masculino quanto no feminino.

Nesse primeiro estágio de uma evolução que mal acaba de começar, a desejada e temida reintegração do feminino pode, antes de qualquer coisa, levar a um casamento de cada um consigo mesmo, a um ressuscitar do poder simbólico da serpente, de renovação, de mudança de pele, de tão sonhada juventude, que é um processo muito interior de relação entre o efêmero e o eterno, pois aquilo que se renova alcança a sabedoria e a eternidade. (Furlani, p. XX).

Faria (2001) relata que, para Jung, a consciência coletiva vem passando por uma grande transformação, e afirma que:

(...) o princípio feminino havia sido duramente reprimido e desconsiderado pela cultura patriarcal desde os seus primórdios, e que a ênfase no princípio masculino havia atingido um ponto insustentável, criando um abalo na consciência coletiva, em que o excesso de racionalidade criava um ego inflado desconectado da Totalidade, do mundo da natureza e da vida instintiva. (FARIA, 2001, p.11).

O autor ressalta a necessidade de uma reformulação da consciência patriarcal, de modo que haja uma alternância entre o matriarcal e o patriarcal, numa perspectiva de alteridade. Apesar disso, comenta que o processo de uma transformação da psique coletiva é lento. Assim como as sociedades com base no arquétipo da Grande Mãe levaram um tempo para se tornarem patriarcais, a sociedade atual também custará a sofrer uma real transformação. Estamos vivendo um período transitório.

Neste contexto, o que se percebe é que as pessoas da sociedade atual ainda não conseguiram integrar aspectos do feminino fundamentais para a sobrevivência: vivemos em um mundo ocidental patriarcal, no qual tempo é dinheiro, num ritmo acelerado, em que a quantidade prevalece sobre a qualidade.

Como vimos, um dos aspectos do feminino é a capacidade de gerar vida, o maternal. O Arquétipo materno engloba tanto a Boa Mãe quanto a Mãe Terrível. Esse arquétipo só se tornou negativo porque também foi reprimido durante muito tempo. “Levando em consideração que os elementos positivos da experiência infantil, como alimento, calor, proteção, segurança e aconchego estão associados com a imagem da Grande Mãe, a privação destes elementos em função da separação e supressão da mãe, está na base da formação da Mãe Terrível” (KOSS, 1999, p. 114)

A partir dessa compreensão sobre a sociedade e deste aspecto do feminino, podemos refletir até que ponto a Síndrome de *Burnout* está relacionada a essa questão. Conforme vimos neste capítulo, existem diversos fatores facilitadores do *Burnout*. Minha pergunta é se essa falta de cuidado pessoal, esse modo de trabalhar, em que a pressão pelo sucesso prevalece sobre a saúde do trabalhador, poderia estar relacionado à desconexão com esse aspecto do

princípio feminino (do cuidar/maternal), o que acaba ativando o aspecto da Mãe Terrível, que traz a doença. Se sim, os psicólogos precisam passar por essa transformação, integrando alguns aspectos essenciais da feminilidade, o que implicaria em mudanças práticas no cotidiano destes trabalhadores.

Além disso, o Sistema de Saúde Pública atual também precisa passar por este processo de reintegração do feminino, entendendo a necessidade do cuidado ao cuidador, para garantir a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, um atendimento de qualidade aos usuários.

Ainda com relação ao cuidado ao cuidador, a abordagem junguiana permite uma reflexão simbólica sobre o trabalho dos profissionais da saúde a partir do mito do Curador Ferido:

O Curador Ferido

O relacionamento terapêutico consiste no encontro entre duas pessoas, em diferentes níveis: consciente-consciente, inconsciente para inconsciente, de consciente para inconsciente e de inconsciente para consciente. (GUGGENBUHL, 1978). Esse par interativo, no encontro analítico é representado pelo arquétipo terapeuta/paciente ou curador/ferido, no qual o paciente busca alívio para seu sofrimento psíquico, projetando esperança de cura no terapeuta. Com isso, o arquétipo do “curador” é constelado no terapeuta. Para entender o que significa esse “curador”, é necessário falar um pouco de mitologia, a história de Asclépio e Quíron.

No mito, Apolo e Corônis deram à luz a um filho, o qual ela abandona no Monte Títion, local famoso por ter uma vasta variedade de plantas com propriedades medicinais. Neste lugar, um pastor o encontra e ouve-se uma proclamação de que aquele recém-nascido viria a encontrar a cura para todas as doenças. Em outra versão, Corônis, já grávida de Apolo, tem um caso amoroso com Isquis. Apolo, furioso com a traição, vai matá-la. Porém, um pouco antes de sua morte, com remorso, resgata a criança que está em seu ventre: Asclépio.

Esse mitologema nos traz uma reflexão: aquele que mata, também dá a vida. (GROESBECK, 1983)

Depois, Apolo entrega Asclépio a Quíron, um centauro metade homem, metade cavalo, médico de grande sabedoria e conhecedor de todas as ervas medicinais. Seu nome significa “o que trabalha com as mãos”, e é daí que surge a palavra cirurgia = chirurgia. (GROESBECK, 1983)

Quíron foi fruto da união de Ixíon, filho de Ares e uma nuvem que Zeus modelou à imagem de Hera, para impedir que estes tivessem relações. O centauro recebeu lições de Apolo e Diana, tornando-se famoso por sua habilidade na caça, medicina, música e arte da profecia, em virtude de sua notável espiritualidade. Além disso, recebeu a incumbência de ensinar a todos os jovens príncipes das famílias reais gregas os valores espirituais e o respeito às leis divinas, antes mesmo de serem iniciados nas artes marciais ou governamentais. Como grande curandeiro, conhecia o segredo das ervas e plantas medicinais. (BULFINCH, 2006)

Certa vez, seu amigo Hércules lhe fez uma visita logo após matar a Hidra de Lerna com suas nove cabeças envenenadas. Acidentalmente, Hércules feriu Quíron na coxa com uma das setas que havia sido impregnada com o sangue do monstro. Então, por mais que tentasse, Quíron nunca conseguiu retirar o veneno de seu corpo. Assim, por ser imortal, foi condenado a viver em sofrimento, devotando-se aos ensinamentos da sabedoria espiritual. (BULFINCH, 2006)

Voltando à história de Asclépio, quando Quíron voltou para casa levando a criança, sua filha Ocíroe o viu e começou a profetizar, prevendo a glória que ele iria conquistar. Asclépio familiarizou-se com as plantas e seus poderes mágicos, bem como com a serpente, se tornando um grande curador. Então, fixou-se em Epidauro, onde desenvolveu uma escola de Medicina. Em um caso, chegou mesmo a restituir a vida. Com isso, Hades, o deus que governa o reino dos mortos, irritou-se e reclamou que seu domínio estava se esvaziando e, a

seu pedido, Zeus, o supremo deus do Olimpo, fulminou o ousado e atrevido médico com um raio. Porém, depois de sua morte, recebeu-o entre os deuses. (GROESBECK, 1983)

Uma das reflexões que podemos fazer sobre esse mito diz respeito especialmente ao que pode ocorrer com os terapeutas quando estão muito mobilizados por seus pacientes. O analista, quando fica totalmente identificado com a imagem arquetípica do curador, pode manifestar uma inflação³, um estado de onipotência, assim como Asclépio. Na prática, o que se percebe é que é bastante comum ficarmos envaidecidos com essa projeção idealizada recebida do paciente, então precisamos sempre estar conscientes com relação a isso, pois se nos fixarmos nesta posição, sob o fascínio do arquétipo, o processo terapêutico pode ficar paralisado.

Além disso, o mito nos remete à imagem arquetípica do curador-ferido, que está presente no relacionamento terapêutico. Todo arquétipo é bipolar, ou seja, possui dois pólos. No início normalmente somente um dos pólos fica ativado, enquanto o outro fica inativo, ou inconsciente. O mesmo ocorre no encontro analítico: o paciente tem dentro de si o curador, só que inativo e projetado e o terapeuta tem internamente o paciente, a doença, a ferida.

No início é exatamente isso que é esperado, ou seja, um busca à cura, e o outro representa essa possibilidade. Porém, o pólo curador também precisa ser ativado no paciente para que a relação terapêutica seja criativa e fecunda, e para isso devem ser retiradas as projeções feitas sobre o terapeuta. Assim, no paciente devem ser despertadas as forças de cura, pois a doença só pode ser curada se houver a ação deste curador ou médico interior. (GROESBECK, 1983)

O terapeuta por sua vez, também carrega dentro de si a imagem e a vivência da doença, tem intimidade com o sofrimento – a imagem do curador ferido, de Quíron. Segundo Jung (1981, p.111), o terapeuta “só vai curar na medida de seu próprio ferimento”.

³ Termo utilizado por Jung para indicar evento do totalitarismo psíquico, pelo qual uma parte qualquer da psique se identifica com toda a vida psíquica. Manifesta-se no plano da simbolização. (PIERI, 2002)

Assim, podemos nos questionar se somos nós que curamos ou se seriam as forças de cura mobilizadas no próprio paciente. Segundo a abordagem junguiana, a psique tem um poder de auto-cura, ou seja, existe um centro regulador da homeostase psíquica, o Self, cuja função é manter o equilíbrio energético entre os opostos. Então, se há uma atitude unilateral e rígida na consciência, há uma tendência a compensar essa unilateralidade sinalizando através de símbolos ou sintomas. Para Jung, a transformação será possível a partir de um relacionamento adequado com o inconsciente. Nesta visão, no Self estão as mesmas forças que causam e curam a doença, assim como diz o oráculo de Apolo: “aquele que fere também cura” (GROESBECK, 1983).

Algumas condições são fundamentais para propiciar a constelação curador/paciente no relacionamento terapêutico, acionando assim o curador no paciente. A principal é que o analista deve se permitir ser “afetado”, ser “tocado” pelo paciente, num processo dialético em que ambos se transformam.

Para Jung, a transferência é considerada fundamental para o processo de cura, por ser um canal de expressão da criatividade; através dessa, são atualizados os complexos e os conteúdos do inconsciente, revelando seu pano de fundo arquetípico (JUNG, 1981).

Ao entrar em contato com sua ferida, reconhecendo-se como vulnerável e imperfeito, o terapeuta irá vivenciar seu lado “doente, sua própria ferida, saindo de uma postura onipotente.” Só assim poderá acionar o pólo “curador” do paciente, ou seja, irá permitir que a energia do arquétipo curador/doente possa ser mobilizada e fluir nas duas direções. Essa conscientização da ferida do terapeuta fará com que seja mais empático, tornando-o capaz de dar suporte ao sofrimento do paciente. Esse, por sua vez, conecta ao seu “terapeuta interno”, e se compromete com seu processo.

Se nos ativermos, num momento de reflexão, a este aspecto do mito, perceberemos o quão frequentemente os profissionais de saúde são postos nesta situação, a de médicos feridos pela própria prática médica, pelos pacientes, em suma – e como esta experiência poderá ser usada para uma compreensão dos processos internos do

próprio profissional, o que poderá resultar numa melhor compreensão do paciente.
(CARVALHO, 1996, p.62)

A partir dessa reflexão, podemos pensar que para que o terapeuta entre em contato com sua ferida, ajudando assim seu paciente, sem ser totalmente dominado por esta, ele precisa realizar uma constante auto-avaliação, ou seja, entrar em contato com aspectos inconscientes seus, para poder integrá-los de forma positiva. Neste sentido, a análise e supervisão do próprio terapeuta irão contribuir para este processo. Novamente, vale ressaltar que para cuidar do outro, o psicólogo precisa antes de tudo, cuidar de si mesmo.

A partir dos dados levantados na parte teórica, observamos que a Síndrome de *Burnout* apresenta diversas especificidades, e seu desenvolvimento está relacionado tanto a aspectos organizacionais, quanto pessoais. Assim, um dos objetivos desta pesquisa é abordar ambos os aspectos, verificando se estão ou não presentes no discurso das participantes.

5 Objetivos

Objetivo geral:

- Investigar a razão pela qual os psicólogos das UBS deste município⁴ do Estado de São Paulo estão adoecendo.

Objetivos específicos:

- Verificar se os participantes apresentam a Síndrome de *Burnout* e, em caso afirmativo, quais fatores desencadeadores estão envolvidos.
- Observar as alternativas de combate ao estresse adotadas pelos psicólogos entrevistados.
- Verificar se há correlação entre o tempo de experiência profissional do psicólogo com a incidência do adoecimento e/ou com a forma de lidar com as situações estressantes.
- Contribuir para o auxílio no planejamento de intervenções terapêuticas preventivas e/ou de reabilitação para o psicólogo, a fim de aliviar seu sofrimento psíquico e físico.

⁴ Por questão de sigilo, não vou identificar qual é o Município em que ocorreu a pesquisa.

6 Método

6.1 Abordagem Qualitativa

A presente pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, por ser o caminho mais apropriado, tendo em vista a natureza do fenômeno a ser estudado, uma vez que esta permite um entendimento mais amplo e profundo do objeto de estudo. Qualquer tentativa de quantificação reduziria toda a riqueza do material de análise, ao invés de permitir o aprofundamento na complexidade do tema.

Para Minayo (2000), na pesquisa qualitativa há a preocupação em investigar e se aprofundar nos significados das ações e relações humanas. A busca maior é por um entendimento do processo de construção dos significados, através do conhecimento profundo de vivências e representações das pessoas sobre suas experiências, com a intenção de compreender/interpretar determinado fenômeno, e não mensurar comportamentos e eventos.

Jacobi (1986) aponta que o método qualitativo não pretende generalizações, mas sim, preocupa-se com o singular, com um aprofundamento das questões específicas relativas ao objeto. Nesta abordagem, o investigador procura uma compreensão do fenômeno estudado, e coloca-se por inteiro na situação, de modo a estar bem próximo, sentindo e percebendo junto com o outro, e depois refletindo sobre o que aconteceu, como ocorre no encontro analítico na clínica. Estabelece com os participantes uma relação de aproximação e afastamento, numa dinâmica de trocas, possibilitando a vivência de elementos conscientes e inconscientes.

Complementando esta idéia, Chizzotti (1998) aponta que em pesquisas qualitativas há sempre uma relação dinâmica entre o mundo real e objetivo e o indivíduo e sua subjetividade.

A partir disso, durante a pesquisa, tanto o pesquisador quanto o participante vão se modificando mutuamente. Para o autor, o problema vai sendo delimitado gradualmente, o pesquisador é participante do conhecimento produzido e ocorre uma intervenção entre pesquisador e participante.

Turato (2003) acredita que o pesquisador precisa estar sempre atento aos próprios sentimentos, como angústias e ansiedades, deixando que estas cumpram um papel de motor da pesquisa, deixando-se tocar por elas, para poder compreender as questões humanas, as angústias e as ansiedades do outro. Ainda, o autor acredita que o objetivo não é o estudo do fenômeno enquanto objeto e sim seu significado para as pessoas. Assim, o sentido da experiência tem uma função estruturante, que define inclusive a forma como as pessoas organizam sua vida e se inter relacionam. (TURATO, 2005)

Para Esslinger (2003), “pode-se dizer que a relação que se estabelece na pesquisa qualitativa é a de sujeito/sujeito, na qual, pesquisador e pesquisado, ao se constituírem mutuamente, constituem também o próprio objeto de investigação.”

Neste sentido, existe uma afinidade entre estes autores e a abordagem de pesquisa junguiana, visto que para a Psicologia Analítica toda relação humana apresenta uma complexa rede de influências e interdependências, com comunicações nos mais diversos níveis entre os participantes.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se como uma abordagem interpretativa e compreensiva dos fenômenos, buscando seus significados e finalidades. Essa metodologia baseia-se numa perspectiva epistemológica em que o conhecimento resulta de processos dinâmicos que fluem dialeticamente. Do princípio da relatividade, da complementaridade e da incerteza deriva uma concepção de verdade relativa e temporária. Do ponto de vista metodológico, os fenômenos são considerados em função do contexto em que são investigados; tanto a objetividade quanto à subjetividade são consideradas, sendo que a intersubjetividade se configura como a melhor posição possível do pesquisador diante do conhecimento e de seu objeto de investigação. (PENNA, 2005, p.80).

Para a autora, a relação entre pesquisador e fenômeno é dialética, sujeito e objeto ou pesquisador e fenômeno participam ativamente da produção de conhecimento. (PENNA,

2005). Dessa forma, acredito que a melhor escolha para esta pesquisa seja a utilização da abordagem qualitativa.

6.2 Participantes

A princípio tentei selecionar apenas os psicólogos que tivessem apresentado, em algum momento, sintomas físicos ou emocionais, que poderiam estar associados à Síndrome de *Burnout*. Para isso, a coordenadora da Saúde Mental do município selecionado me indicou duas profissionais que haviam tirado licença médica durante um período superior a 15 dias.

Porém, após o exame de qualificação, reavaliei esses critérios, visto que meus objetivos eram justamente verificar a presença de sintomas, e se estes estavam ou não relacionados à síndrome. Além disso, esses sintomas poderiam ser manifestos ou expressos de diversas formas, e não necessariamente implicariam em um afastamento do profissional. Assim, optei por convocar todos os psicólogos que trabalham ou trabalharam em Unidades Básicas de Saúde desse município, dos quais 7 participaram dessa pesquisa.

6.3 Sobre a Coleta.

6.3.1 Procedimento

Como eu já trabalhei na equipe de Saúde Mental deste município, conheço o grupo de psicólogos em questão e já tinha seus contatos. Então, entrei em contato com todas as participantes por telefone. Marcamos um encontro nas UBS em que trabalham ou em seus consultórios particulares, tomando o cuidado para ser fora do horário de expediente e não prejudicá-las em suas atividades.

6.3.2 Instrumento

Para a coleta dos dados relativos ao tema estudado, realizei entrevistas semidirigidas, com perguntas pré-elaboradas (vide ANEXO B), e outras que foram sendo formuladas no decorrer da própria entrevista, seguindo o modelo clínico. As perguntas do questionário foram elaboradas com o intuito de responder aos objetivos da pesquisa, estavam relacionadas às vivências/experiências enquanto psicólogas de UBS, às dificuldades encontradas, e à presença ou não de algum grau de adoecimento. A última pergunta “Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.” foi realizada para verificar se as participantes

conheciam a síndrome, justamente para refletir sobre a falta de conhecimento que os profissionais que cuidam dos outros poderiam ter sobre autocuidado.

Procurei não induzir as respostas, criando um ambiente propício para que as questões fossem realmente pensadas e repensadas, dialeticamente interagindo com os participantes, permitindo que os mesmos questionassem a problemática sugerida e participassem desta investigação, expondo suas dúvidas e construindo soluções.

Para Minayo (2000), a entrevista semi-estruturada parte da elaboração de um roteiro, como forma de orientação, com a finalidade de abranger as questões do pesquisador para atender aos objetivos da pesquisa, sem que o entrevistado perca a liberdade de falar livremente sobre cada tema abordado. Paralelamente, a percepção dos sentimentos do pesquisador, que foram surgindo no decorrer da entrevista, tiveram um poder transformador e enriquecedor da pesquisa. (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Para Penna (2005), os instrumentos de coleta ideais, utilizados pela Psicologia Analítica, são aqueles que conseguem detectar e recolher da melhor forma possível o material simbólico. A autora acredita que entrevistas podem e devem ser utilizadas, desde que sejam formuladas de forma que consigam captar conteúdos conscientes e inconscientes.

A realização das entrevistas ocorreu somente após elucidação de dúvidas e consentimento dos participantes, tendo sido gravadas e transcritas na íntegra, com o cuidado de ocultar dados que pudessem identificar as participantes. (vide ANEXO C)

6.4 Sobre a compreensão dos dados.

Conforme já foi explicitado, minha relação com as participantes teve início muito antes dessa pesquisa ter sido esboçada. Dessa forma, durante todo o processo, ou seja, tanto na entrevista, quanto no processo de análise, foi difícil me manter exclusivamente no papel de pesquisadora. A princípio, achei que deveria focar na objetividade na hora de analisar as entrevistas. Porém, comecei a me sentir “engessada”, escrevendo e apagando as diversas idéias que iam surgindo por temer que, por não terem sido impressões ligadas exclusivamente às entrevistas, mas sim contaminadas pela experiência passada que tive com elas, eu estivesse perdendo a objetividade científica.

Porém, notei que, na realidade, se eu me afastasse dessa forma, estaria perdendo junto toda riqueza da minha própria experiência enquanto colega dessas profissionais, e toda contribuição que esses dados poderiam trazer ao estudo do *Burnout*, não como um processo estanque, mas sim contínuo, que foi se desenvolvendo ao longo da trajetória dessas psicólogas. Como Esslinger aponta com muita sabedoria: “A dimensão objetiva existe, entretanto não é exclusiva: há um olhar para a relação e o envolvimento não é evitado, mas sim assumido.”(ESSLINGER, 2003, p. 64).

Segundo Jung (1934/2002), o conhecimento é sempre influenciado pela personalidade do pesquisador, que interfere inevitavelmente no fenômeno observado. A produção de conhecimento vai se dando de forma dialética e simbólica, levando-se em conta aspectos objetivos e subjetivos. “Se a subjetividade for desconsiderada ela permanecerá inconsciente no processo de conhecimento e, como tal, tenderá a se projetar de forma automática e primitiva” (PENNA, 2005, p.85).

No início houve uma grande preocupação da minha parte em não misturar minhas experiências prévias com os conteúdos das entrevistadas. Porém, percebi que o fato de optar por levar em consideração meu envolvimento prévio com as participantes não comprometeu a objetividade científica da pesquisa, pelo contrário, enriqueceu a análise do material:

Em nenhum outro campo como na psicologia é requisito básico que o observador deve ser adequado ao seu objeto, no sentido de ser capaz de ver, não apenas subjetivamente, mas também objetivamente. A exigência de que ele deva ver apenas objetivamente está fora de questão, pois isto é impossível. Devemos ficar satisfeitos se ele não vir subjetivamente demais. (Jung, 1921/2002, p.26).

Dessa forma, o envolvimento faz parte do processo, porém não pode ser “cego”, ou seja, demasiadamente subjetivo. Então, tive que realizar um trabalho metódico, com disciplina, tanto durante as entrevistas quanto na análise dos dados, o que demandou um constante auto-exame.

A compreensão dos dados foi dividida nas seguintes etapas: em um primeiro momento optei por deixar minha intuição ir permeando os discursos das participantes, fazendo uma leitura flutuante, trabalhando com a subjetividade de cada uma, destacando alguns trechos que me chamavam a atenção. Neste momento tentei reconhecer algumas vivências emocionais, tanto a partir dos sentimentos que elas relataram, quanto daquilo que ressoava em mim conforme eu lia a entrevista. Então, fiz uma reflexão pontual em cima das falas de cada uma delas separadamente, destaquei os principais temas e finalizei com um resumo daquilo que mais chamou atenção em suas vivências individuais.

Em um segundo momento, procurei observar quais os pontos comuns das entrevistas, fazendo comparações e associações entre estas. Dessa forma, fui tentando encontrar o material simbólico. Para isso, agrupei os temas recorrentes, que apareciam na maioria das entrevistas, que estão relacionadas aos fatores desencadeadores da Síndrome de *Burnout*, para tentar compreender até que ponto suas vivências estão relacionadas ao fenômeno em questão.

Segundo Jung (1921/2002), durante a análise do material coletado, a função que compreende o símbolo vai sendo conduzida pelo pensamento simbólico, através de associações, comparações e analogias entre as funções da consciência.

Neste sentido, a compreensão do fenômeno é dada por meio do processamento simbólico do material pesquisado, a partir dos seguintes parâmetros: causalidade, finalidade e sincronicidade. O conhecimento vai sendo produzido à medida que os aspectos do inconsciente vão sendo integrados ao sistema ego-consciência, levando então a uma ampliação da consciência.

Assim, para Penna, “o método de investigação da Psicologia Analítica se caracteriza pelo processamento simbólico do material pesquisado, utilizando-se a amplificação simbólica como meio através do qual os aspectos desconhecidos do símbolo se tornam conhecidos” (PENNA, 2005, p. 88).

6.5 Considerações Éticas

Os objetivos da pesquisa foram claramente explicitados, sendo respeitado o desejo ou não de participar dos psicólogos, deixando claro que aqueles que não participassem não teriam nenhum prejuízo em seu trabalho. Além disso, as entrevistas foram realizadas fora do horário de trabalho, para que os participantes não fossem prejudicados.

Os participantes terão a garantia total de sigilo, visto que foram tomados todos os cuidados necessários para que nem a identidade dos participantes da pesquisa, nem o nome da Instituição onde trabalham sejam divulgados. Na compreensão dos dados, foram utilizados nomes fictícios. Além disso, é importante comentar que, embora um dos tópicos de análise

seja o tempo de experiência profissional, optei por não colocar em nenhum lugar desta pesquisa o tempo exato que cada participante trabalhou na rede, para evitar sua identificação.

Nesta pesquisa, uma das preocupações foi com relação ao respeito às informações relatadas, sem emissão de juízo de valor, tanto durante as entrevistas quanto durante a realização da compreensão dos resultados.

A pesquisa não envolveu riscos diretos à saúde, mas se houvesse necessidade, seria aberto um espaço de escuta e acolhida aos participantes que solicitassem, caso algum conteúdo discutido na entrevista fosse mobilizador de algum tipo de sofrimento.

A partir disso, foi solicitado aos participantes que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide ANEXO A).

7 Análise das Entrevistas

LUÍZA

*“(...) A gente que tem uma educação de ‘patricinha’, parece que o mundo lá fora, a miséria, a violência, é uma coisa muito distante. E a gente realmente entrar nessa dor, entrar nessa situação (...) isso realmente transforma... desestrutura e a gente tem que se reestruturar de novo (...)”.*⁵

Minhas impressões:

Esta foi a primeira entrevista que realizei para esta pesquisa, então eu estava bastante ansiosa para verificar se as perguntas que eu havia formulado seriam suficientes para auxiliar na compreensão de um fenômeno tão profundo como a Síndrome de *Burnout*.

Além disso, Luiza estava trabalhando na UBS em que eu atuava, o que num primeiro momento foi bastante estranho, porque ativou lembranças. Outro problema é que como todos os funcionários me conheciam, vinham me perguntar o que eu estava fazendo na UBS, se eu tinha pretensão de voltar a trabalhar. Quando eu falei que estava lá para conversar com Luiza, ficaram curiosos, e questionaram o que eu queria com ela. Neste momento, acabei sendo bastante evasiva na resposta, pois queria preservar a questão do sigilo da pesquisa.

Ainda, alguns funcionários me chamavam para contar algumas situações de trabalho, fazer desabafos, reclamações, o que me deixou bastante preocupada em, de alguma forma,

⁵ Todos os trechos retirados de entrevistas foram padronizados entre aspas para que fiquem caracterizados como as falas das participantes, que podem ser consultadas em anexo, diferenciando, assim, das citações dos autores das obras consultadas.

acabar sendo contaminada por essas impressões. Com isso, a espera por Luiza, que atrasou apenas 15 minutos, pareceu eterna.

Assim que ela chegou, fomos em direção à sala da Psicologia. Porém, notei que o caminho era diferente do que eu fazia, e fomos para a sala de Fonoaudiologia. Então, contou que agora estava dividindo sala com a fonoaudióloga, porque sua sala estava sendo utilizada por médicos. Neste momento já surgiu a primeira questão institucional, da desvalorização do psicólogo, que foi colocado em segundo plano e teve sua sala ocupada. Com relação à entrevista propriamente dita, Luiza parecia confortável com a situação.

Análise da entrevista:

Iniciei a entrevista perguntando sobre o significado da prática profissional:

“Significa ganho de experiência. O salário é bem menor do que seria no consultório, mas o número de pacientes e a variedade de casos compensam muito. Então para quem está no início da carreira é essencial mesmo, é uma experiência muito importante, é muito bom passar pela Unidade Básica.”

Luiza relata sua experiência como sendo positiva, essencial para um enriquecimento profissional. Para ela, a experiência na rede pública de atendimento tem um valor maior ainda por simbolizar um preparo essencial para quem está iniciando a carreira.

“É um desafio, e envolve também um pouco de idealismo, da gente perceber o que compensa mais né? Que a gente pode estar atingindo um maior número de pessoas que não teriam condições de estar passando por um atendimento por ser mais caro. Então tem esse lado que compensa também de a gente poder estar transmitindo uma coisa que não tem acesso pra todo mundo, mas viabiliza né? (...)”

Luiza demonstra a sensação de gratificação por se sentir ajudando um número maior de pessoas do que poderia se trabalhasse em um consultório particular. O atendimento realizado em UBS compreende o modelo visto para Luiza como o ideal de psicólogo, à medida que viabiliza um atendimento “gratuito”, para um maior número de pessoas, tornando o campo da Psicologia mais acessível ao povo. Resumindo, para ela o trabalho em UBS significa ganho de experiência, desafio e idealismo.

Sobre as conseqüências que essa prática tem sobre sua vida, Luiza aponta:

“Eu estou no início de carreira (...) eu acho que se eu tivesse mais experiência antes, talvez fosse não tão difícil, mas é difícil a gente aprender a lidar com a dor e a miséria e situações que parecem que são grandes demais para uma pessoa só. Na minha vida particular eu cheguei a alguns momentos a me mobilizar muito com a situação das pessoas, mas aprendi a lidar com isso, aprendi que a gente tem que se conformar com um pouquinho de cada vez, mas não parar nunca. Eu amadureci muito com esse trabalho. Eu mudei muito, não só amadureci, mas mudei muito, porque a gente olhar de fora é uma coisa, e a gente estar dentro da situação e trabalhar com ela é completamente outra. Então a gente que tem uma educação de ‘patricinha’, parece que o mundo lá fora, a miséria, a violência, é uma coisa muito distante. E a gente realmente entrar nessa dor, entrar nessa situação e sentir realmente o que é, e ver a casa de um cômodo com um monte de gente morando ali dentro, ver as marcas e cicatrizes no corpo de uma criança, isso realmente transforma... desestrutura e a gente tem que se reestruturar de novo.”

Luiza acredita que a falta de experiência profissional tornou sua atuação mais difícil no começo, por não saber ainda lidar com situações tão graves, o que desencadeou nela um processo de amadurecimento pessoal. Neste trecho, comenta bastante sobre a dificuldade em lidar com a dor do outro, com situações de miséria, talvez por serem realidades muito distantes da sua até o momento em que ingressou na rede pública. Parece então que a maior dificuldade era falta de experiência profissional, associada à falta de experiência de vida (falta de contato com outros ‘mundos’, diferentes do seu).

Neste sentido, Luiza conta sobre seu processo de amadurecimento pessoal e profissional, que foi se transformando da “patricinha”, que não sabia lidar com situações

adversas, em uma psicóloga capaz de se colocar na situação e aprender com as dificuldades do outro.

No início, parece que Luiza tinha dificuldade tanto de entender as questões dos pacientes, por viver em uma realidade diferente, ou então ficava completamente mergulhada na dor do outro, não conseguindo se distanciar de forma saudável para poder buscar estratégias de enfrentamento. Ou seja, parece que não há um equilíbrio: até que ponto deve se envolver com a questão do outro, como entrar na dor, sem ser “dominada” por essa?

Com o tempo e amadurecimento, Luiza fala da sensação de ter se desestruturado e, depois, como foi se reestruturando. Podemos pensar nessa questão simbolicamente, como se ela precisasse desconstruir idéias, formas de ser e agir no mundo, como a antiga “patricinha”, de certa forma protegida dos conflitos, para só então conseguir construir novos modelos internos, uma nova estrutura que consiga dar conta dos processos do outro/paciente, para poder compreender seu modo de ser, vendo a partir desse ponto de vista, mas já com recursos internos para mobilizar estratégias de enfrentamento.

Ainda com relação ao seu processo de amadurecimento, Luiza comenta:

“(...) Eu acho que a gente amadurece quando a gente aprende a lidar com a frustração, quando a gente pára de olhar só para o próprio umbigo, quando a gente percebe que a gente consegue ser útil apesar de tudo... que não é só receber, que a gente tem alguma coisa para dar e que muitas vezes o cuidado que a gente dá para uma outra pessoa depende de um amadurecimento, porque se eu for uma criança, eu não vou conseguir cuidar de outra pessoa. Não vou conseguir olhar, abraçar, entrar na dor e sair da dor, e fazer todo um movimento de suporte. O suporte é uma coisa que só a gente faz. Então a gente meio que tem que passar por essa situação para poder cuidar mesmo, né? Eu acho que em qualquer área, mesmo que não seja da Psicologia, a pessoa que tem mais experiência de vida até, ela tem mais maturidade, então ela não entra tão criança assim.”

Luiza acredita que conseguiu amadurecer quando aprendeu a abaixar um pouco suas expectativas com relação à sua atuação, o que foi essencial para que conseguisse entrar em contato com a dor do outro, com um distanciamento necessário para que os conteúdos não a

paralisassem. Para entrar na dor do outro, é necessário sair do “próprio umbigo”. Simbolicamente, é necessário um olhar de dentro para fora, num primeiro momento, para entender como aquelas questões mexem internamente, para depois, conseguir olhar de fora para dentro, ter uma visão mais ampla e não egocêntrica sobre o outro e o mundo.

Luiza também fala sobre a necessidade de um crescimento interno, de sair da posição de “criança” para poder compreender as questões psicológicas do outro, para poder cuidar. Novamente, podemos pensar na formação que ela diz ter tido, como “patricinha”, que pode ser considerada uma forma egocêntrica de se relacionar com o mundo apenas a partir de seu referencial, de uma classe social privilegiada, que não consegue entender questões particulares das classes menos favorecidas. Neste sentido, Luiza parece ter uma reflexão autocrítica sobre sua experiência, antes e depois de sua atuação na rede pública, e sua transformação em virtude de tantos conteúdos novos com os quais ela teve que aprender a lidar com muito esforço. A “criança patricinha” conseguiu se transformar em uma psicóloga competente, capaz de entender a dor do outro.

Com relação às dificuldades de seu trabalho, Luiza relata:

“A gente é muito pouca gente, e muita gente precisando. Faltam não só psicólogos, mas faltam também psiquiatras, psicopedagogos. Nós temos uma demanda muito grande e não tem como a gente estar atendendo, e o nosso trabalho não é um trabalho como o do médico. Demanda certo tempo. (...) O difícil é aquilo que desafia a gente, desafia nosso limites. Então o que eu posso melhorar, eu vou melhorando. Mas aquilo que não depende da gente, isso sim é o que é a dificuldade, o que complica. Eu acho que seria muito a questão da responsabilidade, não só do Governo (...) existe uma responsabilidade geral que só com o tempo todo mundo vai se conscientizando, de que cada um tem que fazer sua parte, né? O Governo não pode ser corrupto, tem que contratar muito profissional, mas também a população tem que se conscientizar (...).”

Luiza acredita que a principal dificuldade é a falta de profissionais para atender a uma vasta demanda de pacientes. Com relação a isso, diz que algumas dificuldades, que dependem só dela e de sua atuação, acaba encarando como um desafio e se esforçando para resolver.

Mas aquilo que sai de sua esfera de ação, como a contratação de profissionais, é algo que a deixa impotente, que ultrapassa seu limite de atuação. E isso desafia seus limites pessoais, tanto no sentido de não poder tomar algumas atitudes, como contratar outros psicólogos, como ainda por fazer com que ela não consiga respeitar seus próprios limites, de dizer “não” e atender somente o número de pessoas que realmente consegue.

Ainda falando sobre as dificuldades, Luiza diz:

“(...) Acho que precisamos muito, muito ter mais profissionais, mais capacitações, mais incentivos. Porque nosso trabalho não tem muito assim a questão do material. A questão do material a gente até cria brinquedos, ou a gente improvisa, rascunho (risos). (...) Existe a cobrança de a gente estar atendendo muitas pessoas em pouco tempo e isso é realmente muito desgastante, se a gente não está lidando, se a gente não puxa o ‘freio de mão’ e tenta atender às demandas dos políticos, que querem que a gente atenda muito, que atenda às estatísticas, então meio que a gente tem que chegar e falar ‘não’ porque senão a questão da exigência da Direção, se a gente abaixa a cabeça, atrapalha. (...) Eu mesma já tive várias situações ‘Ah, de 15 em 15 minutos você vai atender’ e eu falei ‘Não, não vou, se você quiser eu mudo de posto’. Mandar embora eles não podem... podem dizer o que for, eu não atendo de 15 em 15 minutos!”

Com relação à questão de falta de recursos materiais, Luiza acredita que pode ser amenizada a partir da busca de recursos criativos. Então a falta de um número adequado de profissionais para lidar com a demanda parece ser a questão mais relevante.

Neste trecho, fica evidente a pressão que o profissional da Saúde sofre, e como precisa aprender a conhecer e colocar seus limites. Luiza acaba falando também sobre as questões políticas que estão por trás disso. A Direção passa para os profissionais o número de casos que devem ser atendidos por mês de acordo com a população, segundo critérios da Secretaria da Saúde. Porém, esses valores não levam em conta o número de profissionais que atuam no Município e a enorme demanda.

O mais difícil é explicar para outros profissionais, para os diretores e para os políticos, que para o atendimento psicológico, 15 minutos não são suficientes. As especificidades do

trabalho do psicólogo não são levadas em conta, colocando-se aí um impasse: atender às demandas externas de quantidade, ou ao limite interno, para prezar qualidade?

“Isso é muito complicado, porque tem muitos casos, a gente olha e vê que é uma urgência, tem muitos casos que a gente olha e fala ‘Poxa, algumas sessões iam fazer muita diferença’. Então eu costumo, quando eu vejo que são situações assim que um apoio só já faz muita diferença... Hoje eu atendi um moço que estava suicida. E tudo que ele precisava era daquele momento, de alguém chegar e explicar para ele: ‘Olha, isso que você está sentindo veio de quando você era criança, te ensinaram a achar que você não tem valor’. E caiu tanta ficha em 40 minutos (...). Então às vezes não é questão do ter que falar ‘não’. É muitas vezes a gente poder avaliar bem, o que realmente é da gente, o que não é. Eu tenho colocado muito prioridades, e se for uma situação de prioridade, eu passo na frente mesmo da fila, atendo duas, três, quatro vezes e falo ‘Olha, por enquanto, escreve e anota aí tudo o que a gente descobriu para você não esquecer, e fica com isso até a hora que a gente possa estar fazendo um seguimento mais legal’, né? Agora assim, tem muitas situações em que realmente a gente tem que falar ‘não’, e faz parte.”

Neste trecho, fica uma dúvida importante: como Luiza determina suas prioridades? Ela relata que com algumas pessoas faz um atendimento breve e encaminha para uma fila de espera, com outras realiza algumas sessões e depois pede para aguardar, mas parece que nem mesmo para ela ficam claros quais os critérios que utiliza nessa “seleção”. Na situação do jovem com ideação suicida parece ficar explícito uma emergência considerada primordial para Luiza. Porém, quem garante que uma pessoa que vai pedir ajuda e não consegue verbalizar a mesma ideação suicida não esteja correndo um risco de vida ainda maior?

Assim, a falta de profissionais, associada à falta de uma consistência com relação à definição de prioridades por parte da equipe como um todo, faz com que o profissional estabeleça critérios próprios sobre “urgências”, atenda um número maior de pacientes que poderia atender, ou seja, seu trabalho perde em qualidade. Ainda, o psicólogo acaba se sentindo sozinho, sem saber onde se apoiar. Neste sentido, Luiza acabou buscando a religião:

“É uma coisa que fez parte do meu amadurecimento, eu conseguir falar ‘não’ e perceber que eu não sou Deus, eu não tenho como suprir ou curar. Então uma das coisas que me ajudou muito foi justamente acreditar em Deus e pensar ‘Bom, eu não

posso estar cuidando de todo mundo, mas eu posso pelo menos estar orando’. Eu acho que isso me segurou muito. Eu confio que tem um Deus, que colocou as vidas aqui, sabe por que está nessa situação, qual que é o fim disso. Então eu acredito que se eu orar por ela, alguma coisa de bom vai acontecer. Não é que Ele é tudo, mas é que as coisas só acontecem quando a gente pede. Então, eu peço por elas. E eu acho que isso me tranqüiliza um pouco.”

Luiza sente-se impotente frente à dificuldade de lidar com tanta demanda, a ter que dizer “não”. Então, se apóia em Deus para se tranqüilizar de alguma forma. Assim, vemos um conflito entre impotência e onipotência: se em alguns momentos ela se sente capaz de dar conta da demanda, e atende as pessoas que sente que estão precisando, inclusive pulando outras pessoas que estão na fila só para suprir esta emergência, por outro, acaba se sentindo impotente quando percebe que disse “sim” a apenas um, e “não” a tantos outros, afinal de contas, ela não é Deus, mas sim, um ser humano. Neste sentido, acredita na importância em poder contar com Deus, para de alguma forma se tranqüilizar e não se sentir tão sozinha.

Para Luiza, outra dificuldade é a falta de informação das pessoas:

“(…) uma dificuldade seria a pessoa não saber direito para que serve a Psicologia, como funciona. Muitas vezes eles vêm pedindo remédio, pedindo mágica, soluções rápidas. E isso meio que a gente tem que chegar e esclarecer. Não é que dificulta o trabalho, é uma das situações que se as pessoas já tivessem essa consciência, elas já chegariam sabendo o que elas podem contar ou qual que é o caminho delas (...) Então isso muitas vezes parece que a gente fala línguas diferentes. Daí a gente tem que se trabalhar também pra tentar fazer eles entenderem, mas com o tempo, melhora.”

Luiza comenta que as pessoas querem do psicólogo uma resposta rápida, uma solução mágica a seus problemas, com grandes expectativas, o que pode aumentar o sentimento de impotência do psicólogo à medida que ele não consegue suprir estas necessidades. Ela reclama da necessidade de ter que explicar tudo, de ter uma linguagem diferente do paciente. Novamente parece que Luiza está falando de sua dificuldade de entender e conseguir entrar em sintonia com as adversidades, com o outro diferente de si.

Sobre a forma como ela lida com essas dificuldades, ela diz:

“(...) A gente busca se unir muito, procura estar com as outras psicólogas para a gente sentir que não está tão sozinho. A gente entra em contato com pessoas da comunidade mesmo que podem ser multiplicadores. No caso os agentes de saúde, eles são uma ponte muito legal com a população. Muitas vezes eles estão num contato mais freqüente, mais íntimo até com a população, então a gente pode estar dando um apoio, estar capacitando muitas vezes. Em palestras e orientações. (...) eles vão transmitir essa idéia, e vão formar grupos, e vão estar alcançando uma forma da gente não se sentir tão sozinho. A gente vence essa dificuldade da grandeza da tarefa juntando gente em volta. (...) Eu acho que a ponte com outras pessoas é o que facilita, é o que viabiliza o trabalho (...) com agentes comunitários, é uma coisa que ajuda bastante. Os outros profissionais também, às vezes a gente podendo estar fazendo. (...) Às vezes tem muitos professores que encaminham aluno por questões próprias, e aí quando eles começam a se dar conta dos conteúdos deles, eles passam essa idéia pra outros professores. Então o que facilita o trabalho seria justamente estar em pontes, alianças com outras pessoas.”

Luiza busca estar em contato com outros profissionais para trocar experiências e ter ajuda mútua, além de participar de palestras e orientações. O contato com outros profissionais é visto como potencial de trabalho. Os outros psicólogos e as próprias pessoas da comunidade são multiplicadores. Capacitando outras pessoas, a Psicologia pode ultrapassar as barreiras físicas do consultório da UBS, e levar o conhecimento, esclarecimento, e até mesmo aliviar a dor dos outros de forma mais abrangente. Luiza considera as pontes e alianças com outras pessoas como facilitadores de seu trabalho; a troca de experiências é positiva à medida que não se sente tão só, por poder ouvir e aprender com o outro, com seus respectivos pontos de vista, que pode enriquecer o seu.

Com relação ao que poderia ser feito para que seu trabalho fosse melhorado, Luiza comenta:

“Para o meu trabalho ser melhorado... ganhar melhor! (risos). (...) a gente sentir que é recompensado, que nosso trabalho é reconhecido. Então o pagamento realmente não corresponde. E eu acredito que pelo que a gente fala com a coordenação, o Município, o até Estado, teria condições de pagar melhor e de trazer novos profissionais. Mas, eu acho que isso depende muito também da questão das pessoas saberem que é preciso, é necessário ter psicólogo no posto de saúde. Então quanto mais valorizado for o profissional, mais para frente eles vão estar pagando melhor, eu espero (risos).”

Luiza fala sobre a sensação de não se sentir devidamente valorizada, que acaba sendo refletida em seu salário. Porém, acredita que em primeiro lugar as pessoas precisam entender o que faz o psicólogo, qual sua real importância, para poder valorizá-lo. A partir disso, conseqüentemente, este será devidamente recompensado do ponto de vista financeiro.

Outra questão que Luiza coloca é a falta de cuidado aos profissionais da Saúde Mental:

“Assim, tem uma supervisão (...) Eu não participei de nenhuma ainda, porque ele (supervisor) também faz dá o curso, que é a cada 15 dias, então quem está no curso não faz a supervisão. E essa supervisão seria só para quem faz um trabalho corporal, da psicossomática (...) é em Y (nome de outra cidade). (...) Eu busco independente do Município, porque realmente não tem condições de ficar sem. Nossa, é essencial, completamente, absolutamente necessário ter um suporte. A gente lida com muitos conflitos, e a gente não está pronto para lidar com tudo. E tem situações (...) uma mãe que perdeu o filho, tem situações que doem demais, né? E a gente às vezes está ali, a gente abraça naquele momento, e a gente sai da sala com aquilo estraçalhando por dentro da gente, porque eu senti toda dor daquela pessoa. E eu não sei o que fazer com aquilo. Então é muito importante eu poder estar levando e trabalhando, elaborando isso com alguma outra pessoa que está lá, para trabalhar isso comigo, por que mexeu (...) Então a terapia é base nisso. Sozinha, fazer tudo isso realmente não dá. Porque a gente não pode, muitas vezes as situações mexem muito com a gente mesmo e a gente às vezes não entende o porquê. Ai a gente tem que buscar nas nossas vivências, onde é que foi que ressoou aquilo, né? E não só a dor, vamos dizer assim, a perversão. (...) se de repente eu estou com uma pessoa que está no crime, que está na droga, traficando, como é a minha postura diante dessa pessoa? Como é que é minha concepção de certo/errado (...) Como é meu conceito de ética, de autoridade, do que dá certo, que que deu errado? Isso mexe muito com a gente. A gente vai trabalhando, e vai chegando a conclusões cada vez mais... não digo melhores, mas eu falo muito assim: ‘Certo é o que faz bem e errado o que faz mal’. Vamos ver o que funciona, em prol da saúde, do equilíbrio. Então a gente vai descobrindo no caminho.”

Outro fator importante para Luiza seria ter supervisão e um suporte terapêutico para o profissional. Ela conta com insatisfação que existe uma supervisão quinzenal, mas que não é no próprio Município, não consegue se aprofundar em todos os casos que precisariam ser discutidos, e ainda é de uma abordagem diferente daquela que procura. Não há um oferecimento desse suporte por parte da Instituição. Então, acaba buscando tanto supervisão quanto terapia em caráter particular, pois acredita ser essencial para seu trabalho.

Luiza fala sobre a sensação de se sentir “estraçalhada” a partir do relato de uma mãe que perdeu seu filho. Novamente, há dores que são muito fortes, e para serem aliviadas precisam ser elaboradas, compartilhadas, olhadas de forma mais profunda. Há também um sentimento forte, enraizado com essas situações dramáticas, que mobiliza muitos conteúdos. Dai, vem a necessidade tão grande de ter um espaço coletivo onde se possa discutir, falar sobre essas “dores que doem demais”.

Com o tempo, Luiza foi amadurecendo do ponto de vista pessoal, e também profissional, descobrindo novos caminhos. Porém, a troca de experiências seria muito benéfica, no sentido aprender a partir do relato dos colegas aquilo que deu certo, e de como lidar com situações tão difíceis para qualquer pessoa.

Quando pergunto se Luiza apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional desde que iniciou o trabalho na rede, relata:

“Durante o primeiro ano eu procurava muito atender ao máximo, não sabia falar não, não comia. Eu chegava no posto, atendia, atendia, atendia, atendia, atendia. E saía do posto, e saía atrasada, depois do horário, chegava antes do horário. E estava sempre querendo de alguma forma alcançar, fazer o trabalho que eu sentia que a população... A gente chega e sente a carência das pessoas, a gente sente a necessidade delas. E meio que elas olham para a gente e falam ‘Você é a salvação’. E a gente se sente na obrigação de corresponder (...) Depois disso eu tive uma situação de depressão mesmo, de me sentir assim... não só pelo trabalho. Pela vida toda. Por continências da vida eu fui estressando, estressando, não vou parar, não vou parar e aí, quebrou tudo. Chegou um momento que eu tive que parar por estar em uma depressão muito profunda mesmo. Mas foi um período em que eu arrumei a casa de novo, foi um período muito criativo, o período inteirinho, um mês, sem sair de casa. Foi uma época que serviu pra eu voltar diferente, voltar mais forte. Mas, se não se cuidar, se a gente não estiver atenta, se a gente realmente entrar nesse jogo de querer suprir aquilo que pedem para a gente, e não botar limites, realmente a gente se quebra (...) o processo do trabalho ele me desestruturou e me reestruturou de novo. Então não é que só o trabalho me quebrou, o trabalho pela própria necessidade de falar assim: ‘Não, agora eu tenho que juntar os cacos porque eu tenho que segurar outra pessoa’. Eu estava numa situação que não é que eu posso escolher trabalhar aqui ou não. Eu tenho que! Então eu puxei uma força que eu não sabia de onde vinha, na verdade, e a gente tem que como se fosse a necessidade da situação meio que te obriga a buscar forças, se estruturar, entender, a buscar, a mudar.”

Luiza associa a depressão com o fato de ter chegado a seu limite emocional de lidar com a vasta demanda de pacientes com necessidades graves, sentindo-se pressionada a corresponder às expectativas destes, que coincidiu com uma situação pessoal (falecimento da mãe). Luiza deu tudo de si, atendendo mais do que podia, tentando alcançar o que era impossível. Ficou no meio da pressão dos superiores (chefe, coordenação), e dos usuários do serviço, e acabou “quebrando”, como coloca. Essa “quebra” pode ser considerada o sinal de que está se forçando demais, além de seus limites internos. Neste seu discurso, pode-se perceber o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, em que após um período prolongado exposta a agentes estressores, ela chega à exaustão.

Neste trecho também fala um pouco da sensação de onipotência, quando os pacientes a colocam na posição de “salvadora”, o que acaba levando a um sentimento de impotência, à medida que Luiza percebe que não consegue atender todas as expectativas externas, que não dá para “salvar” as pessoas em todas as ocasiões.

Quando Luiza descreve o período em que esteve deprimida, relata que ficou um mês inteiro sem sair, arrumando a casa. Pode-se fazer uma analogia entre a casa e o corpo: é como se ela precisasse parar e ficar dentro de casa, olhando somente para suas necessidades vitais, cuidando efetivamente de si, para poder, em um novo momento, voltar e se reorganizar. Percebeu que quando a gente não cuida de si, acaba se “quebrando”.

Como não tinha escolha com relação ao local de trabalho, pois precisava do emprego, teve que trabalhar de outra forma. Supõe-se pela sua fala que a necessidade de trabalhar fez com que conseguisse encontrar forças para continuar. Então, após um período de reorganização interna, teve que amadurecer, e realizar mudanças internas profundas para poder voltar a trabalhar.

“(...) foi uma experiência de maturação porque acumulou com uma série de vivências. Eu era muito imatura, muito dependente, então acumulou com o falecimento da minha mãe, e a independência ou maturação rápida e necessária em pouco tempo.”

Assim, percebe-se que questões pessoais também interferiram em sua transformação. Fazendo um paralelo com o que discutimos sobre o amadurecimento da jovem “patricinha” despreparada, inexperiente, podemos pensar que o falecimento da mãe a coloca novamente de frente com a questão do crescimento. Neste momento, aquela “criança”, que só olha “para o próprio umbigo”, precisa crescer e tornar-se independente da mãe, que faleceu em um momento crucial de sua vida. Neste sentido, vida pessoal e profissional sincronicamente enviam sinais de que o amadurecimento se faz necessário, de que é preciso deixar o velho morrer para que o novo possa surgir. Porém, essas mudanças em sua vida ocorrem em um curto espaço de tempo, o que faz com que Luiza não consiga dar conta das crises que se superpõem, e acaba chegando ao colapso e adoecendo, o que para ela resulta em um processo depressivo, que a levou a um afastamento, e assim pode olhar mais para si.

Quando pergunto sobre o que entendia sobre Síndrome de *Burnout*, Luiza diz que não sabia exatamente o que era, mas fala um pouco sobre o cuidador:

“Eu acho que em primeiro lugar todo mundo vai amadurecendo e vai percebendo que o médico, o psicólogo... muitas vezes existe aquilo que a gente imagina das pessoas e aquilo que elas realmente são. E a gente perceber assim, por que será que os médicos e os psicólogos sofrem? Por que eles adoecem também? Eu acho que por um lado é realmente muito estranho as pessoas não perceberem que o médico e o psicólogo tem o direito de adoecer. E como a gente mesmo cai nessa armadilha mesmo de acreditar que a gente não pode ficar doente, porque a gente tem que corresponder às expectativas. ‘Eu vou deixar de ser uma boa psicóloga se eu não suportar alguma angústia, algum tipo de dor em alguns momentos. Eu vou deixar de ser uma boa psicóloga se eu tiver até que encaminhar um caso porque naquele momento eu não me sinto em condições...’ Até dividir um caso. Será que eu não posso chegar para um colega e dizer ‘Olha, eu não sei como lidar com essa situação, como é que você faz?’. Ou pesquisar. Então eu acho que é muito importante isso, da gente perceber... você falou que a saúde mental fica doente? Fica! Por que fica doente? Porque ela é humana. Não só porque existe uma carga muito difícil, porque existe exigência e tudo. Fica, mas a gente fica doente porque faz parte do processo. A doença em si não é ruim, a febre, a depressão, a angústia. São partes do processo. Não que a gente deva evitar:

‘Nunca fique doente, nunca saia do seu equilíbrio, seja perfeita, viva inteira.’ Não existe isso.”

Luiza finaliza a entrevista falando sobre a saúde do cuidador. Acredita que o psicólogo, como o médico, ou melhor, como qualquer ser humano, também adoece. Fala sobre a necessidade de um olhar para a própria saúde do cuidador.

Ainda, comenta sobre a dificuldade que os próprios profissionais da Saúde tem em realmente perceber que podem adoecer, e se cuidar, prevenir que isso aconteça. Fala de uma atitude muitas vezes onipotente do próprio psicólogo achar que consegue resolver todos os problemas das pessoas, lidar com a dor do outro ininterruptamente, sem se dar conta de que também pode adoecer. Questiona se pode ou não encaminhar um paciente para outra pessoa atender quando sente que não consegue lidar com determinada situação, como fazer isso sem se sentir “menos” psicólogo, como admitir os limites que a condição humana lhe colocam? Essas questões estão relacionadas à onipotência do psicólogo.

Por fim, fala que a doença em si não é ruim, porque faz parte de um processo, de desenvolvimento da psique saudável, e porque pelo afastamento da situação, pode-se olhar mais para si.

Temas abordados:

- UBS = ganho de experiência, essencial para o consultório.
- UBS = idealismo - atender maior número de pessoas que no consultório.

Atendimento mais acessível.

- Falta de experiência – dificuldade em atender, lidar com a dor.
- Contato com a miséria e a dor do outro – muito doloroso.
- Experiência profissional X experiência de vida
- Amadurecimento: transformação da “patricinha”, “criança”, que só olha para o

“próprio umbigo”, em uma psicóloga que precisa lidar com a dor do outro.

- Diferente linguagem entre o psicólogo e o povo – dificuldade.
- Multiplicadores = Capacitar pessoas da comunidade – alianças, pontes com

outras pessoas para atender mais pessoas.

- Sentimento de desvalorização = falta de reconhecimento/recompensa – salário

muito baixo.

- Vasta demanda X número insuficiente de psicólogos = necessidade de

contratação de mais psicólogos para dar conta da demanda.

- Pressão dos políticos para atender maior número de pessoas – quantidade X

qualidade.

- Pressão dos usuários, que demandam atendimento.

- Dificuldade de dizer não – estabelecer limites.

- Psicólogo = salvação: necessidade de suprir demandas, de corresponder às

expectativas dos outros.

- Dilema: como definir urgências, prioridades, quem precisa mais de

atendimento?

- Dificuldades 1) as que dependem da gente = desafio
2) as que não dependem = impotência
- Sentimentos inversos = Impotência X Onipotência.
- Sentir que não é Deus, mas que precisa do apoio de Deus.
- Necessidade/falta de supervisão.
- Doação plena, total = dar tudo de si para os outros.
- Depressão = momento de recolhimento e percepção sobre si
- Casa = Corpo – precisa de um tempo para se recompor.
- Desestruturação X reestruturação.
- Noção de que os profissionais na saúde são humanos, e adoecem. Mas como se cuidar? Reconhecimento dessa possibilidade.

Síntese:

De um modo geral, podemos dizer que Luiza é uma psicóloga que, por falta de experiência profissional, e até mesmo de vida, teve muitas dificuldades em um primeiro momento para lidar com as dificuldades do atendimento em UBS. Sua formação pessoal, como “patricinha”, e sua imaturidade emocional tornaram difícil para ela lidar com a dor e a miséria do outro, de uma classe social muito deferente que a sua. Tinha muita dificuldade em dizer “não”, estabelecer critérios de prioridades para atendimento, pois queria suprir as necessidades de todos os usuários. Uma idealista, que acreditava que tinha que corresponder às expectativas dos outros (políticos e pessoas carentes/usuários), e até suas próprias. Queria ser a psicóloga que tanto idealizou, que ajuda o outro sempre, que sabe lidar com a dor, que atende um grande número de pessoas, que não encaminha, enfim, que consegue fazer tudo.

Porém, o desgaste emocional foi tão grande que acabou adoecendo, teve depressão, o que a fez parar: teve que se recolher, reorganizar a casa/corpo, para só depois, se reestruturar e voltar a trabalhar. Com o tempo foi percebendo que era humana, que não é capaz de fazer tudo pelos outros, que adoece.

Assim, Luiza passou por um importante amadurecimento, que só foi possível a partir do momento em que adoeceu e foi obrigada a parar e olhar para si mesma, questionar modelos, padrões antigos, e transformar sua forma de ser psicóloga, tornando-se profissional competente, porém humana.

PAULA

“(...) eu tive um problema grave de coluna (...) psicologicamente eu carreguei mais do que eu podia dar conta. A minha estrutura balançou, inflamou mesmo.”

Minhas impressões:

Nesta segunda entrevista, eu estava me sentindo mais preparada, mais segura com relação ao material de coleta. Se por um lado isso foi positivo, pois pude dar atenção maior a outros aspectos da entrevista, como a linguagem corporal/não verbal, por outro lado senti que por algum motivo essa entrevista ficou um pouco mais “formal”. Paula respondia as perguntas de forma já elaborada, talvez por ter feito anos de terapia, não dando muito espaço para reflexões acerca de contradições ou do que pudesse dar margem a outras questões. Na hora de analisar, senti novamente como se o discurso já estivesse pronto, como se ela já tivesse um nível de consciência elevado sobre suas questões, o que poderia me colocar em “armadilhas”, se eu não conseguisse ver o que estava expresso nas entrelinhas.

Assim que entramos na sala, notei que era bem apertada, com diversos estímulos visuais, como se fosse um aglomerado de brinquedos. Então, ela comentou que estava dividindo sala com a Fonoaudióloga, porque sua sala também estava sendo utilizada por médicos. Novamente percebemos o não lugar do psicólogo, a sua não valorização.

Análise da entrevista:

Em primeiro lugar, pergunto sobre o significado de sua prática profissional:

“Eu me sinto muito útil trabalhando aqui, porque embora os pacientes tragam questões muito além das questões psicológicas, questões sociais, que a gente não tem como intervir, mesmo assim eles trazem também uma carência muito grande de atenção, de afeto, de um espaço para estar se colocando. De alguém inclusive que olhe para eles, falta até isso, inclusive as crianças. Então, embora seja uma participação mínima, um grão de areia na praia, a intervenção que eu faço aqui, que a gente faz na UBS, mesmo diante dessas carências eu acho que é muito importante, muito útil, ajuda o paciente, e é isso (...). Eu particularmente tenho esse perfil de gostar de me sentir útil, de precisar me sentir útil, inclusive e com isso eu acabo me completando. (...) Eu senti que eu amadureci muito depois que eu comecei a trabalhar aqui. É uma profissão em que eu percebo a troca. E essa troca é uma troca de aprendizado, de vivências, de experiências. Isso é muito enriquecedor.”

Paula relata que se sente útil, pois por menor que seja sua intervenção, acredita que seu trabalho sempre é considerado importante para os pacientes. A questão de se sentir útil parece ser comum em profissionais da saúde, que sentem que precisam fazer alguma coisa o tempo todo para/pelo o outro. Neste sentido, o sentimento de se sentir útil parece colocar Paula em uma posição de objeto, que precisa exercer alguma função para ter utilidade.

Paula acredita ter amadurecido muito, e que a experiência foi enriquecedora, por aprender a trocar experiências, enfim, aprender com o outro novas formas de ser.

Com relação às dificuldades, relata:

“A questão da infra-estrutura é difícil. Toda a estrutura da Saúde na Prefeitura. A Saúde Mental na estrutura da Prefeitura não tem uma colocação digna. Não é vista como deveria ser. Vira e mexe a gente está correndo atrás de visibilidade, de recursos (...) E para você ver, a gente teve um problema aqui de mudar a estrutura do posto, e aí ‘Ah, a psicóloga vai para outro posto’. Sabe, simplesmente assim? Ou ‘Coloca ela na sala da fono.’ E esquece-se da demanda local, esquece-se de tudo porque a Saúde Mental realmente não tem (...) não tem a valorização adequada. Não tem mesmo. E isso é uma coisa que dificulta. E por conta disso, eu creio que é uma consequência,

você não tem a infra-estrutura, você não tem um espaço adequado, você não tem reciclagem, você não tem investimento, você não tem nem salário... sabe, a gente não tem um salário digno. (...) Além dessa questão da estrutura da Prefeitura, aqui mesmo faltam recursos. Não temos brinquedos suficientes, não temos espaço suficiente, não temos uma sala que ofereça privacidade suficiente. Tem muitos estímulos aqui, e não tem como evitar que a pessoa se distraia, barulhos... enfim.”

Para Paula, a maior dificuldade são as questões institucionais de infra-estrutura, de não ter espaço adequado, material suficiente, investimento, o que acaba fazendo com que o psicólogo não se sinta valorizado. Ela fala sobre a necessidade de correr atrás de visibilidade, o que nos faz pensar em como muitas vezes ela pode se sentir “invisível” em seu trabalho. Um exemplo disso é quando ela foi deslocada para outra sala sem ao menos ser consultada, como se seu trabalho e ela fossem realmente “invisíveis”. O mesmo pode ser dito em relação a fonoaudióloga, que teve seu espaço “invadido”.

Em seu discurso, pode-se perceber que há falta de todos os recursos necessários para um bom atendimento, o que os faz pensar em como é possível garantir um tratamento/atendimento, como cuidar do outro nestas condições?

É interessante notar que Paula fala sobre essas dificuldades utilizando o pronome pessoal “você”, ao invés da primeira pessoa, como se deslocasse essas questões para um terceiro, como uma não personalização, não apropriação das próprias insatisfações.

Para lidar com essas dificuldades, Paula precisa usar a criatividade:

“Criatividade. Criando e trazendo recursos próprios, recorrendo a recursos próprios. No caso, a minha supervisora chegou a me dar uma boneca com fraldas para trazer para cá porque não tinha. Eu estava tratando de um paciente de quatro anos com ecoprese, e foi vital, foi muito legal trabalhar com a boneca, e eu precisei trazer. Tem coisas assim que... olha (aponta para uma caixa), recentemente eu fiz um arquivinho pra mim. Eu mesma que fiz, eu mesma comprei, uma improvisação. É uma caixa de sapatos, eu coloquei um parafuso. Os envelopes, a maior parte, eu que comprei, porque se eu for esperar que eles me dêem (risos). São os prontuários dos pacientes só de Psicologia (...).”

Neste trecho, Paula fala de como precisa da criatividade para lidar com algumas dificuldades, como a falta de recursos materiais. O que ela não se dá conta é que está novamente se doando demais: além de se doar como pessoa, profissional que cuida, tem que doar recursos próprios, como envelopes, caixa de sapatos, enfim, tudo aquilo que considera necessário, e que não é fornecido pela Secretaria da Saúde.

No entanto, o fato de criar condições/possibilidade de trabalho, acaba sendo positivo no sentido de que se percebe que ela busca formas de adaptação, pelo menos no que diz respeito às dificuldades do ponto de vista material.

Do ponto de vista emocional, Paula diz:

“(...) uma coisa que facilita muito para mim, além de fazer psicoterapia, é o fato de eu manter só esse vínculo empregatício. O restante do meu tempo eu emprego em estudo, em artesanato, em coisas que eu gosto de fazer, outras coisas que eu gosto de fazer, porque eu gosto muito de trabalhar aqui. Mas para diversificar, porque eu sinto necessidade de diversificar. Quando eu trabalho muito com a mente, nas horas de lazer eu vou trabalhar com as mãos. Vou fazer outras coisas. Assim, meu tempo livre fora daqui eu procuro, me esforço para que seja sem questões daqui. É meio difícil às vezes desligar, às vezes você sai daqui com um caso difícil, acabo levando dentro de mim, mas eu aprendi a me desligar disso, e eu quando me desligo, me desligo mesmo. E quando eu me concentro, eu me concentro mesmo. (...) E quando me desligo, me desligo mesmo, que daí eu vou me encontrar em outras coisas.”

Paula recorre a recursos como psicoterapia e procura fazer atividades artesanais para conseguir um afastamento das questões emocionais de seus pacientes. Ela gosta de sua profissão, gosta de atuar como psicóloga, mas sente a necessidade de dividir seu tempo com outras atividades, para conseguir trabalhar seus dois lados: mental e corporal. Assim, tenta buscar um equilíbrio necessário para fazer qualquer uma das atividades a que se propõe por inteiro. Ela comenta também sobre sua necessidade de se desligar, que teve que aprender a parar de pensar em questões relativas aos problemas dos outros quando está fora do ambiente de trabalho, o que é muito saudável. O risco do trabalho em Saúde Mental é afetar justamente a saúde mental do profissional.

Sobre como seu trabalho poderia ser melhorado, diz:

“Se eu tivesse condições de fazer mais cursos... Se eu ganhasse melhor aqui pra pagar, ou se a Prefeitura investisse, financiasse cursos, de especialização, ou reciclagem. Eu acho que neste sentido. E se eu tivesse melhores materiais, mais materiais pra trabalhar. Uma supervisão mais freqüente, de maior duração. Acho que é isso.”

Paula acredita que seriam necessários maiores investimentos no profissional, ou seja, que lhes fossem oferecidos cursos, supervisão, materiais de trabalho suficientes.

“Existe a supervisão às quintas-feiras, quinzenalmente. Não é o ano todo (...) uns nove, dez meses por ano mais ou menos. E não é o suficiente, mas... dá. Mesmo que eu não consiga colocar o meu caso, ouvindo o caso da colega, como são questões comuns a gente acaba aprendendo alguma coisa. (...) Duas horas. É pouquíssimo. Mais ou menos uns 50 pacientes. E ainda tem os pacientes do Parque, que também a gente leva esses casos pra supervisão, e lá os pacientes são mais difíceis ainda né? Então tem tudo isso. É pouco...”

Comenta que a supervisão que existe atualmente para os psicólogos não é o suficiente para o número de casos atendidos, mas ajuda bastante pela troca de experiências com outros profissionais. Para ela, a supervisão dura pouco em comparação ao número de pacientes que atende.

Além disso, eles não têm ajuda terapêutica. Como se pode perceber, no serviço de Saúde Pública, tudo está em falta: recursos materiais, psicólogos, supervisão, psicoterapia. Por outro lado, “sobram” pacientes, e esta relação inversamente proporcional pode estar intimamente ligada a Síndrome de *Burnout*.

Quando pergunto se apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional desde que iniciou o trabalho nesta equipe de Saúde Mental, Paula diz que teve um sério problema de saúde:

“(...) eu tive um problema grave de coluna. Estorou aqui, mas antes, quando eu ainda estava na outra empresa, eu comecei a apresentar esse problema. (...) Ai eu entrei aqui em março, e em outubro mais ou menos, eu precisei me afastar. Fiquei duas semanas inicialmente, porque eu fiquei sem andar. Eu travei a coluna, sai de ambulância de casa.(...) E assim, eu fiquei muito chateada de ter que parar de trabalhar, ter me afastado. Mas eu acho que o fato de inicialmente eu estar assumindo muito as responsabilidades pela vida das pessoas que eu atendo, pelos caminhos que as suas vidas poderiam seguir, isso acabou realmente afetando minha coluna. E psicologicamente eu carreguei mais do que eu podia dar conta. A minha estrutura balançou, inflamou mesmo. Depois eu voltei, ai eu tive uma crise de pânico inclusive. Eu faço psicoterapia com um psiquiatra (...) na ocasião ele entrou com antidepressivo.(...) Aí voltei a trabalhar, me forçando mesmo, mas eu não estava muito bem. Aí novamente eu me afastei, por mais ou menos uma semana ou duas. E aí depois eu comecei a fazer hidroginástica, fiz um monte de fisioterapia (...) Eu mudei colchão, mudei travesseiro, mas principalmente mudei postura diante da vida. Na minha vida o trabalho é super importante, está incluído. Tem uma participação super importante, e eu mudei minha postura. (...) é uma nova postura que hoje ajuda que minha coluna não doa mais. Então eu não carrego mais tantos problemas, eu não me responsabilizo, não me sinto responsável mais pelas questões, pelos caminhos que as outras pessoas vão escolher. Eu entendo minha participação na vida das pessoas como uma participação mínima de ajuda para que eles se ajudem ‘se, quando e como’ quiserem. Então assim, a partir de um ponto eu não posso ir mais, eu não me responsabilizo mais. Eu não carrego isso comigo. (...) Se eu não estou bem, se eu estou num momento de oscilação, eu vou sair mais fragilizada. De repente eu vou pra casa com uma questão, vou pra casa com um paciente, mas aí logo eu já consigo me separar disso, porque é importante que eu esteja bem. Para mim, em primeiro lugar, e para as pessoas que eu vou atender, paro o meu trabalho.”

Paula relata um grave problema na coluna, que associa ao estresse desencadeado no seu trabalho. Ainda, faz um paralelo interessante sobre o fato de “carregar” problemas de seus pacientes, com a sobrecarga que sua coluna sofreu. O excesso “balança” sua estrutura; a sobrecarga gera um colapso mental e corporal. Parece que a trava ocorre quando a sobrecarga é demais.

Em um primeiro momento, a partir de seu relato, pode-se pensar o quanto ela parece ter amadurecido com esta experiência, mudando postura de vida, tendo mais cuidado com sua própria saúde. Porém, mesmo com todos os problemas de saúde, parece que Paula continua diante de um dilema, sentindo a necessidade de voltar a trabalhar, como se mesmo com esses sinais, não pudesse parar, olhar para si mesma, se cuidar.

Paula comenta que atualmente entende sua participação na vida das pessoas como sendo “mínima”. Parece que quando não pode dar tudo o que tem, não acha que a sua participação é suficiente. Diz que procura não se envolver, não “carregar” os problemas dos pacientes consigo, mas será que consegue fazer isso?

Paula parece caminhar de um extremo (onipotência) a outro (impotência). No início tinha muita dificuldade de colocar seus limites, e reagia quase que onipotentemente. A partir do problema da coluna, passou a refletir, e restabelecer limites. Porém, com isso passou a considerar sua atuação como sendo insuficiente, desconsiderando assim sua atividade, e voltando à sensação de impotência, e falta de realização profissional. Isso nos faz pensar o quanto é difícil lidar com essa questão dos limites frente a demandas tão intensas. Além disso, nos faz refletir sobre o contato direto e constante com pessoas que estão em sofrimento, como fator importante no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, principalmente quando se tem a percepção de que o trabalho não é suficiente.

“Na nossa profissão a gente lida muito com questões de potência, você está sempre nos extremos, se sentindo ora impotente, ora onipotente. E ir pelo caminho do meio, pelo meio termo, é uma busca, e a gente tem que ficar meio que vigilante quanto a isso para que você realmente se sinta relativamente potente, como em tudo. Então, você não é Deus, mas também sua participação não é nula. Existe essa possibilidade com todas as limitações que fazem parte de uma maneira geral do nosso trabalho, e aqui especificamente com as pessoas que a gente tem, problemas que a gente tem de infraestrutura, e carências das pessoas (...) E é muito legal descobrir que não se é onipotente, porque aí realmente você fica mais leve. Eu vivenciei essa leveza, de retirar das minhas costas literalmente as questões dos outros, e perceber que não é comigo, que não sou eu que vou dar conta, que eu não posso. O que eu posso vai até certo limite, a partir daquilo eu não posso mais. Então eu tenho uma potência relativa.”

Neste trecho, Paula fala sobre a sensação de impotência e/ou onipotência que teve que aprender a lidar ao longo desse processo. Acredita que o ideal é buscar um equilíbrio entre essas polaridades, não ficar em nenhum dos extremos, conseguir um balanço ideal entre os dois. Aqui novamente aparece o simbolismo da coluna, como uma estrutura que não pode

pende para nenhum dos lados, à medida que é o ponto de equilíbrio que faz com que a pessoa consiga ficar em pé. Paula também fala sobre a condição de ser humana, e não ser Deus, como uma instância onipotente. Entre ser Deus e não ser nada, existe um caminho no meio que deve ser percorrido pelo psicólogo. Como ela mesma coloca, ela tem uma “potência relativa”. Perceber-se como não Deus a ajudou a sentir-se mais “leve”.

Para ela foi importante o processo da conscientização de seus limites, de que não pode fazer tudo, ser o tempo todo útil para os outros, e não olhar para si mesma. Além disso, acredito que foi interessante o fato dela perceber que não precisa “carregar” os outros nas costas, as questões dos outros, separando aquilo que cabe ou não ao seu trabalho, que vai só até um determinado limite.

Com relação à Síndrome de *Burnout* comenta:

“Eu li recentemente (...) Dei uma pincelada nos sintomas, eu acho que é uma síndrome evidente assim, óbvia, né? Nosso tipo de trabalho vai resultar nesse tipo de problema, se a pessoa não se cuidar. É muito importante que a pessoa faça psicoterapia, que ocasionalmente você tenha supervisões, que são coisas diferentes né? Na minha psicoterapia eu trato das minhas questões pessoais, então eu vou evitar e melhorar as questões de contratransferência para não estar é... atrapalhando meu trabalho. Eu acho importante estar fazendo psicoterapia. E outra coisa que eu faço particularmente é não sobrecarregar. Eu conheço pessoas que tem dois, três vínculos. É consultório, é prefeitura de não sei onde. Bom, cada um na sua. Eu prefiro ganhar pouco, viver na linha amarela pra vermelha, mas estar me sentindo bem, me cuidando, fazendo coisas que eu gosto. Ai eu cuido da minha saúde, faço coisas que eu gosto, fico mais saudável. Isso é uma constante. A vida é dinâmica. Você tem movimento, você está em constante movimento. Uma hora você está bem, uma outra hora você não está bem. As questões psicológicas ressurgem. Eu creio que você não resolva como um seguimento que você cure e não deixe cicatriz. As questões psicológicas têm mais raízes, tem mais, enfim... influência, e você acaba tendo que estar sempre trabalhando isso. É a vida! Para algumas pessoas. Nem todos olham a vida através da Psicologia. A gente tem que respeitar isso. Algumas pessoas vão para a religião, vão para os esportes, vão para... enfim, mas para quem vê a vida através da Psicologia, eu acho que é um trabalho constante de auto-análise, de análise, de desenvolvimento, processo. As questões são processuais, elas vão acontecendo. E uma coisa puxa a outra e assim a gente vai vivendo.”

Paula acredita que é de se esperar que pessoas que lidam com o problema dos outros e não se cuidam, podem desenvolver a síndrome. Neste sentido, comenta sobre a importância da psicoterapia e supervisão, como complementares e essenciais para o trabalho. Ainda, fala sobre a preocupação em não se sobrecarregar na profissão, e buscar formas de lazer que contribuam para a manutenção da saúde física e mental. Para ela, a vida não se resume a trabalho, e precisa contrabalancear com outras atividades, nem que para isso tenha que viver com um salário menor; prefere “viver na linha amarela pra vermelha”, mas com saúde e fazendo as atividades que lhe dão prazer.

Para Paula, depois do que aconteceu, a auto-análise se faz necessária e constante; a vida é dinâmica, e precisa ser o tempo todo olhada, revisada.

Temas abordados:

- Sentimento de utilidade – necessidade de sentir-se útil
- Amadurecimento a partir da troca de experiências
- Dificuldades com relação à Instituição – Infra-estrutura.
- Falta de recursos materiais, falta de profissionais, de investimento.
- Sentimento de desvalorização do psicólogo
- Utilização da criatividade para lidar com a falta de recursos materiais – criação

da possibilidade de trabalho.

- Doação si própria para atender – recursos internos e materiais.
- Divisão equilibrada de período: trabalho X lazer
- Necessidade de se desligar dos problemas dos outros: utilização de recursos

manuais, como o artesanato.

- Necessidade de psicoterapia, supervisão e reciclagem para o psicólogo.
- Coluna = estrutura que quebra. Carregou os problemas dos outros –

sobrecarregou a coluna – o excesso balança, trava.

- Aquisição de nova postura de vida.
- Sentimentos de impotência X onipotência
- Estabelecer limites = perceber que não precisa carregar nas costas os

problemas dos outros.

- Síndrome de *Burnout* = colapso esperado para o profissional que cuida do

outro e não se cuida

Síntese:

Paula contou sobre sua transformação a partir do trabalho em UBS. Ela disse que no início sentia muita necessidade de atender o tempo todo, de ser útil para os pacientes, e levava para casa os problemas dos outros; carregava consigo toda carga emocional do encontro terapêutico. Com o tempo, simbolicamente isso foi sobrecarregando sua coluna, até que uma hora ela “quebrou” e teve que parar.

Neste momento, teve uma reflexão autocrítica e entendeu a simbologia de sua doença. A partir de então, acredita que mudou sua postura: postura da coluna e postura de vida. Disse que a partir de então, não se sobrecarrega mais, consegue diferenciar o que é de sua responsabilidade e o que é do outro, estabelecer limites do alcance de sua ajuda profissional, e acima de tudo, consegue se desligar de seu trabalho, buscando formas de lazer fora do período de trabalho. Contou que além de não ter mais de um vínculo empregatício, quando sai da UBS procura fazer atividades manuais, para desligar a mente dos problemas dos outros. Além disso, faz terapia e busca uma constante auto-análise. Com isso, acredita que está se cuidando, olhando para si, para prevenir que adoça.

RENATA

“...eu fiz até uma cirurgia, deu um cisto. Ai eu tive que ficar, devido à cirurgia, sem trabalhar. Eu tive um cisto nessa parte do palato (pega no pescoço). Eu acho que eu não queria falar mesmo. Ai eu fiz a cirurgia, e a conduta, a recomendação era não falar. Ah, eu sem fala, meu trabalho não existe porque o combustível é a fala.”

Minhas impressões:

Esta foi a terceira entrevista realizada, e a primeira após a qualificação, então se por um lado eu estava mais tranqüila e familiarizada com o protocolo da entrevista, por outro, estava preocupada em não ficar tão “engessada” como antes. Mas esta preocupação logo passou, pois senti que a entrevista acabou fluindo de forma natural. O fato de conhecer pouco Renata talvez tenha sido importante, pois ela parecia não ter receio de me falar o que pensa; senti que a cada pergunta, acabava falando o que realmente acredita, o que tornou a situação mais próxima de uma conversa informal.

Análise da entrevista:

Em primeiro lugar, Renata fala sobre sua experiência em Unidade Básica de Saúde:

“Então, é uma coisa que eu me identifiquei muito. Porque eu venho da Educação. (...) Ai de repente eu disse: ‘Ah, eu vou me especializar um pouco mais dentro da Educação.’ Ai eu conheci a Saúde e me encantei. É algo que eu gosto muito, eu gosto do trabalho. Mas (...) hoje, principalmente, que eu estou queixosa, eu acho (...) que (...)

é mal remunerado, eles não te dão estrutura (...). Mesmo assim eu invisto, até no aspecto físico. (...) eu pinte a parede, fiz uns outros negócios assim. Eu pego quadro da minha casa (aponta), os arranjos da minha casa. Porque é uma coisa que eu gosto de fazer, me dá prazer. Eu acho que a gente tem que gostar muito, porque o salário é ridículo, você trabalha em consultório, você sabe como é em comparação. Mas é algo que eu curto, é algo que eu me sinto realizada. E quando tem os retornos ainda né? Síndrome do Pânico, uma fobia. (...) Aqui tem muita criança, fobia escolar, então quando você vê uma criança elaborando, superando um monte de questões... indo pra escola, entrando na escola, dançando a quadrilha, interagindo com as outras crianças, nossa, pra mim isso é muito gratificante. Profissionalmente, agora financeiramente... Mas o trabalho da Unidade em si eu gosto também. (...)"

Renata fala do quanto se sente realizada nesta profissão, e neste trabalho em UBS, apesar da baixa remuneração. Acredita que embora não tenha a estrutura necessária, e financeiramente não seja devidamente recompensada, a experiência de atender casos graves, e ver o paciente melhorando, é gratificante. Por isso, investe em seu trabalho, trazendo inclusive seus próprios objetos de decoração, para tornar aquele ambiente mais prazeroso.

Neste sentido, seu comportamento pode ser considerado positivo, na medida em que, apesar do salário ser "ridículo" e não se sentir devidamente valorizada, busca outros recursos de forma ativa para lidar com essa dificuldade, ao invés de ficar só reclamando, já que pretende continuar exercendo a profissão que tanto gosta.

Depois, conta um pouco de outras experiências que teve em Instituições Públicas:

"eu venho de um Centro de Referência onde eu trabalhava com mulheres, especificamente oncologia. E quando eu chego aqui tem um 'leque', então você é uma (...) uma generalista e você atende tudo, e você tem que pesquisar. Dizem que é básico, mas não é básico, tem todo tipo de patologia, então o 'leque' é uma gama legal. Eu me sinto realizada, que não é básico, não é primário, vai muito além. Então pra mim eu estou uma 'bagagem' legal. E eu gosto, eu acho que é uma coisa que eu aprendo muito. É um aprendizado legal. Tenho muito que aprender, mas eu aprendo bastante. E assim, a cada dia você tem um desafio né? (...) as patologias tão diferentes, as idades... eu tenho crianças de 4 anos e pessoas de 70 anos. Então estude minha filha, porque senão você não dá conta do negócio."

Renata acredita que a "bagagem" que está adquirindo a partir dessa experiência é válida devido à variedade de casos, ou seja, está aprendendo a atender pacientes dentro de

uma vasta gama de faixa etária e patologias, e considera esse aprendizado importante. Tem consciência de que o trabalho não é de Atenção Primária, não é verdadeiramente de Unidade **Básica**, mas vê este fator como positivo no sentido de um enriquecimento profissional. Se não ganha financeiramente, ganha aprendizagem.

Parece que Renata tem a tendência a ver as coisas de forma positiva e se conformar com essa realidade, mesmo que não seja a ideal, preconizada pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, prefere se adaptar, a lutar contra o que considera errado.

Sobre as conseqüências que o trabalho em UBS teve sobre sua vida, diz:

“Eu acho que conceito de vida mesmo né? Eu tinha um preconceito (...) Eu tinha um consultório e falava: ‘Gente, gente pobre não tem problema psicológico.’ Puro preconceito... ‘Não tem problemas emocionais, e se tiver eles superam. Porque eles não têm arroz, feijão, não tem comida pra comer, isso vai ser, naquela pirâmide, a última coisa.’ e não é isso. Depois que eu comecei a viver isso, não... muito pelo contrário. (...) quando eu cheguei lá, eles tinham uma lista de acho que 500 pessoas, atendi acho que umas 300. (...) Então é essa noção de mundo, de você dizer: ‘O básico está invertido, minhas necessidades básicas’ e eu tinha essa coisa: ‘Não, o pessoal que pagava R\$200,00 a hora do consultório, aquele lá não tem muito o que fazer, tem tudo.’ Era puro preconceito. Então eu, no meu conceito, eu achava que as pessoas com uma situação inferior, financeira inferior, não tinham essas necessidades. Então isso eu aprendi muito. E as conseqüências assim, eu só tenho crescimento. (...) esse aprendizado de vida, de valorização da vida, de identificação. Não muda muito, uma pessoa mais simples ou não. Mas é o ser humano mesmo. A questão do ser humano, das dificuldades. As elaborações são idênticas, as necessidades...”

A partir do trabalho em UBS, Renata passa a ter uma nova visão sobre necessidades psicológicas: antes, acreditava que somente as pessoas com maior poder aquisitivo precisavam de atendimento, porque os outros tinham necessidades básicas muito mais importantes. Com essa experiência, entendeu que essa visão era um “preconceito”, e que o sofrimento psicológico pode ser observado em qualquer classe social, porque é uma vivência própria do ser humano. Então, o trabalho foi também um enriquecimento a nível pessoal.

“Como eu estou beirando meio século já, então eu ainda vou ter muita coisa na minha vida. Então eu tenho esse privilégio de... porque eu não me manteria com o dinheiro da Prefeitura. Você que está aí, com uns 20 e alguns, então eu me dou a esse luxo de trabalhar porque eu gosto, de ter essa opção de investir, de brigar mesmo. Uma coisa (...) que eu antigamente não via é que agora ‘Olha, eu atendo 50 minutos sabe?’ Então um pouco até de meio ‘marrudinha’. E eu só tenho coisas boas, assim, neste aprendizado, porque não dependo de estar sobrevivendo daqui. (...) Se eu estivesse começando aqui, e pra você viver e... eu acho que eu não ficaria.”

Renata fala sobre o fato de não depender financeiramente deste trabalho, o que considera fundamental para encarar a experiência como positiva: trabalha por prazer, porque gosta mesmo do que faz, mas se dependesse deste trabalho para sobreviver, não encararia da mesma forma. A diferença é que como já tem 50 anos, entende o trabalho como escolha, o que não acontece no caso dos jovens. Para ela é uma opção, e não um emprego. Além disso, por ter mais idade, acaba atendendo do jeito que considera certo.

Isso faz com que ela seja “marrudinha”, ou seja, briga mais pelo que acredita ser correto, talvez por não ter medo de ser demitida ou sofrer retaliação. Então eu pergunto se ela estivesse no começo da carreira, não trabalharia em UBS?

“Eu acho que não (...) porque aqui falta muito. Falta estrutura, falta... não dá pra você associar o prazer de trabalhar, a gratificação, com o objetivo que você tem que trabalhar pra se manter, manter sua casa e as suas coisas. Então por isso que eu acho que eu não ficaria. Hoje não (...) eu até que estou trabalhando bastante, estou beirando meio século...”

Neste trecho fica evidente que ela consegue ter prazer neste trabalho, mesmo com as dificuldades, porque não depende dele financeiramente. Parece que a idade, o fato de se sentir mais madura, com maior número de experiências e possibilidade de fazer escolhas, faz com que ela encare esse trabalho não como um emprego, o que provavelmente diminui a carga emocional.

Sobre as dificuldades, diz:

“Acho que uma dificuldade é a valorização. Porque em todas as 3 Unidades que eu trabalhei, (...) o modelo é médico. Assim: ‘Você tem que atender assim, fazer isso, fazer aquilo outro’ (...) Porque é um modelo médico. Então, uma fala dessas: ‘Essa sala poderia ser dividida para dois médicos, por que o psicólogo?’ Então não tem esse reconhecimento. O médico é importante e a Psicologia não. Ai o que você tem que fazer? Você tem que estar a todo minuto dizendo: ‘Olha: Psicologia é isso, funciona nisso, o objetivo é esse, serve para isso’ e assim por diante. Então isso é uma dificuldade, acho que o desconhecimento: ‘O que que é isso? O que que é esse ‘bicho’ Psicologia?’. E além dessa... a dificuldade de estar integrando esse médico, com as enfermeiras, uma equipe mesmo, multidisciplinar. Eu acho que não, não dá... eu já tentei várias vezes. É uma dificuldade. (...) São tantas... a integração dessa equipe é difícil, o reconhecimento é difícil. (...)”

Renata acredita que uma das principais dificuldades que o psicólogo que trabalha em UBS enfrenta é a desvalorização e o desconhecimento sobre as peculiaridades da Psicologia. Os Diretores e muitos colegas de área não entendem o trabalho do psicólogo em UBS, e por isso acabam não respeitando seus limites como tempo/duração da sessão e espaço físico. Para não perder seu lugar dentro da UBS, ou seja, para continuar trabalhando em uma sala sozinho, com a estrutura necessária para o desenvolvimento de um trabalho adequado, o psicólogo precisa o tempo todo explicar sobre sua profissão para que os Diretores entendam sua importância, o que se torna desgastante.

Aqui entra uma questão importante: por que é tão difícil essa compreensão? Por que é o psicólogo que tem que garantir seu espaço, enquanto que isso deveria ser garantido pela Secretaria da Saúde do Município, que se espera que saiba o que é a Psicologia e sua importância. Os Diretores, os médicos e outros profissionais deveriam ser orientados desde a graduação sobre o trabalho de outros profissionais da área da Saúde, mas se a formação da graduação não fosse o suficiente, no mínimo todo profissional que ingressasse na UBS deveria passar por um “treinamento”, em que todas as especialidades seriam explicadas, e só assim, poderiam ser valorizadas e respeitadas com suas especificidades.

Por outro lado precisamos refletir também sobre o psicólogo: o que ele está fazendo, ou deixando de fazer, para que não seja valorizado? Qual sua parcela de responsabilidade

nessa situação? Parece que o próprio profissional tem dificuldade de explicar sua profissão, de conhecer seus limites e possibilidades de atuação.

Ainda, Renata fala sobre o modelo médico, e como a forma de atendimento em UBS tende a ser como este modelo, em que a sala tem maca, sem espaço para brinquedos, grupos terapêuticos, ou seja, as particularidades da atuação do psicólogo não são consideradas. Percebe-se que o relacionamento com os médicos sempre é o mais difícil, talvez porque normalmente os Diretores são médicos que geralmente pouco entendem sobre as outras especialidades da Saúde, e acabam estabelecendo regras de acordo com critérios que só fazem sentido para sua área.

Além disso, a falta de um trabalho “multidisciplinar” é vista como outra dificuldade significativa. Parece que a insatisfação de Renata tem a ver com a falta de um trabalho em equipe, de uma integração, interdisciplinar. Na UBS existem várias especialidades trabalhando, ou seja, é multidisciplinar, mas sem um diálogo entre os membros, reuniões de equipe para tratar o paciente em conjunto; é tudo dividido. E isso é apontado por ela como um fator que dificulta seu trabalho.

Neste sentido, acredita que o próprio Conselho Regional de Psicologia (CRP) tem sua parcela de culpa:

“Mas o CRP também não tem essa (...) uma vez eu precisava saber quantas horas o psicólogo deve trabalhar na Unidade, e eles não sabem te responder. Ai elas te dizem assim: ‘Ah, cada lugar funciona de um jeito. Se muda o salário, eu não sei, mas cada lugar funciona de um jeito.’ Então, nem o nosso Conselho sabe te informar: ‘Olha, o psicólogo vai trabalhar 7 horas, porque já se entende que ele precisa de um horário pra se cuidar, estudar os casos’. Então nem o CRP tem isso, imagine as Unidades, que não sabem nem o que é Psicologia? É, porque cada dia tem um diretor, eu estou numa Unidade que em 5 meses passaram 5 diretores! Ai você tem que explicar ‘Psicologia é isso...’ ai passa (...) 2 meses, entra outro ‘Como o médico atende 50 e você atende 12?’ Ai você explica ‘Psicologia é isso, isso, isso’ Sabe? É até um negócio desgastante. (...) É muita desvalorização. Porque o médico tem claro, trabalha 4 horas, ganha tanto. Claro que se ele quiser trabalhar 8 é uma opção dele. Mas ele tem tudo bonitinho e a gente não. A desvalorização já vem do nosso Conselho, imagine dos médicos, e da Secretaria.”

Neste momento, demonstra a indignação frente ao CRP, que não sabe fornecer informações necessárias, não tem uma padronização para poder garantir um “respaldo” ao psicólogo, no sentido de que ele tem um tempo máximo de trabalho por dia, para não haver sobrecarga.

Ainda, faz uma comparação novamente com o médico, como uma classe mais coesa, que tem mais claro quais suas funções, tem salários definidos, e só trabalha a mais por opção. Então, acredita que se nem o CRP e os próprios psicólogos conseguem se valorizar, fica ainda mais difícil que os outros profissionais os valorizem. Olhando por outro ângulo, qual a valorização de um local que troca de Diretor a cada mês? Este também é um dificultador, não só para o trabalho do psicólogo, mas para o atendimento da comunidade, para a saúde dos usuários.

Para lidar com essa questão, conta como tenta fazer sua parte:

“Eu acho que eu vou mostrando o que (...) é a Psicologia. Acho que eu mostro. Por exemplo, o Centro de Convivência, é uma dificuldade pra eu fazer um trabalho lá, por que ‘Como, você vai deixar de atender tantas pessoas na Unidade, vai ficar 6 horas ausente da Unidade pra ir no Centro de Convivência?’ Então eu acho que eu vou mostrando: ‘Centro de Convivência é isso, serve pra isso, meu trabalho eu faço assim, eu atendo tantas pessoas.’ Mostro o quanto que o trabalho em grupo, o tanto que a Unidade ganha com isso.”

Então, Renata ensina, explica quantas vezes forem necessárias as particularidades de seu trabalho, em diferentes locais de atuação, como forma de valorizar seu trabalho. Como já coloquei, na realidade a Secretaria da Saúde é quem deveria orientar os profissionais quanto às outras especialidades.

Mesmo assim, me questiono por que será que é mais difícil para o psicólogo apresentar sua profissão do que para o médico, por exemplo. Acredito que um dos motivos é porque realmente se compararmos as duas profissões, a Psicologia é muito mais recente que a Medicina, então as pessoas de um modo geral tem maior conhecimento sobre essa última.

Além disso, todas as pessoas já foram a um médico, enquanto o psicólogo apenas uma parcela da população. Isso implica naturalmente, em um maior desconhecimento.

Por fim, a Medicina trata os pacientes com psicofármacos, com a cura através de um tratamento medicamentoso, e utiliza exames precisos para isso. É mais objetiva e geralmente obtém resultados mais imediatos de alívio dos sintomas. Na Psicologia a avaliação é subjetiva, e o tratamento verbal, o que naturalmente implica em um tempo maior de sessão e de tratamento. Essas diferenças geram confusão entre todos os profissionais que trabalham em UBS, e precisariam ser esclarecidas.

Em contrapartida às dificuldades, Renata fala sobre os aspectos que seriam facilitadores em seu trabalho na UBS:

“Eu acho que na verdade são os pacientes. Acho que assim, o feedback que eles dão. Eu acho que é o reconhecimento dos pacientes. E até algumas pessoas da Área da Saúde. Alguns, são poucos. Mas eu acho que eles facilitam porque eu já cheguei ao ponto, eu já pedi aqui uma vez... me encheu! ‘Eu quero ficar dois anos sem aparecer na Unidade.’ Toda cheia de queixas. E aí eu tirei uns dias, daí eu pensei ‘Ah, mas eu não encerrei aquele trabalho que nós começamos, aquele paciente tava naquele momento.’ Então acho que eles é que me motivam, que facilitam... porque se não fosse...”

Novamente, Renata demonstra o quanto o trabalho como psicóloga é gratificante, pois vê nos pacientes, no reconhecimento por parte destes, o motor que a motiva a trabalhar. Mesmo quando se afastou por um tempo, por estar “cheia de queixas”, encontrou em seus pacientes a motivação para voltar a trabalhar. Então, embora não sinta que a Instituição valorize o psicólogo, sente-se valorizada pelos pacientes.

Em sua opinião, para que seu trabalho fosse melhorado, seria essencial um maior investimento no aprimoramento profissional:

“Investimento maior em ‘reciclagem’. Olha, eu tive que parar minha Pós, que seria um trabalho super legal, acupuntura associada à Psicologia, pra esses pacientes que não tem esse acesso. Então assim, eu acho que o investimento na carreira mesmo... não seria um plano de carreira.... Em ‘reciclagem’, em cursos (...) eu acho que a Psicologia

também contribui, porque a Psicologia não aparece. Nós também somos culpados né? Porque a gente não diz o que se faz, como é que se desenvolve seu trabalho, para que que serve, então a gente também não se mostra. Eu acho que a gente tem que se mostrar um pouco mais. Até entrar em competição com o médico. Porque o valor do médico é diferenciado. O médico passa lá a receita e dá o remédio, que é rápido em alguns casos, e tem o resultado. Então eu acho que a gente tinha que se mostrar mais, eu acho que a gente tinha que se valorizar mais para o outro perceber e entender isso, e avaliar, dar esse valor? Porque eu acho que essa Prefeitura não faz, e quando faz é tudo muito superficial.”

Renata acredita que os próprios psicólogos são culpados, ou pelo menos, tem uma parcela de responsabilidade para essa falta de investimento, pois não se valorizam, não divulgam seu trabalho, enfim, não se colocam como profissionais da mesma forma que o médico.

Ainda, Renata acredita que precisaria entrar em competição com o médico. Fica um pouco contraditório se pensarmos que uma de suas queixas é justamente a falta de trabalho em equipe. Se ela quer uma maior valorização da Psicologia enquanto profissão única, não precisaria competir com o médico, pois ambos são fundamentais em uma UBS, mas sim buscar formas de um trabalho em conjunto, complementar, em que ambos fossem igualmente valorizados.

Sobre a existência de algum espaço de ajuda aos profissionais, Renata diz:

“Não, o que eles têm é uma supervisão (...) eu necessito da psicoterapia. Não sei nem se seria a supervisão... acho que é algo para minha pessoa mesmo, pra minha vida, no dia-a-dia. Então o que a gente tem é uma supervisão, mas nós estamos há 6 meses sem... agora que o (nome do Supervisor) está retomando, então você leva, você tem um suporte para alguns casos. Eu acho pouco porque você tem 10 psicólogos né? E é de 15 em 15 dias, então (...) é um ‘pseudo-suporte’, porque ele é uma pessoa maravilhosa, ‘manja’ de muitas coisa, auxilia, mas (...) eu acho pouco, deveria ter mais. Então, (pega um papel informativo sobre as reuniões, remetido pela Coordenadoria de Saúde Mental) olha só, observa: reunião das 8:00 ao 12:00. Das 8:00 às 10:00 nós temos reunião do Centro de Convivência. Das 10:00 às 11:00, 11:30 nós temos reunião da Saúde Mental. E meia hora pra supervisão. Isso uma vez por mês. Não é supervisão! Mas tudo bem vai (...) Não, é muito pouco... eu particularmente, eu sou muito sincera... eu vou porque daí eu saio 12:00, e se eu tenho algum caso, eu peço umas dicas pra ele num outro momento, porque vai ser impossível (...) não vai ser real esta supervisão. E o curso, que eu não sei como que vai

acontecer, porque é novo... Mas tem 7 anos que eu faço, 5 anos que eu faço um curso com o (supervisor), sobre o trabalho da integração Corpo e Mente, que é algo que eu uso muito aqui nos grupos. E isso é real, mas a supervisão que vem aí, é ridícula, mas tudo bem né?”

Neste trecho, fica evidente sua insatisfação com o suporte emocional dado ao psicólogo. Em primeiro lugar, por ser apenas supervisão, e ela gostaria que tivesse algum trabalho em psicoterapia, para trabalhar seus conteúdos pessoais. Em segundo lugar, pois para ela, embora o supervisor seja bom, essa supervisão é insuficiente, considerando o número de profissionais, e conseqüentemente o número de casos, e a pouca frequência da supervisão, que acaba sendo considerada um “pseudo-suporte”, pois não consegue atender a todos.

Por outro lado, considera o curso um trabalho “real”, pois efetivamente ensina as práticas da Integração Mente e Corpo. Então a questão não está no supervisor, que é o mesmo profissional que oferece este curso, mas sim o fato de ter muitos casos para pensar em duas horas a cada quinze dias.

Então, pergunto que tipo de cuidado gostaria que fosse oferecido:

“acho que até uma troca... mas real né? Uma troca de experiências, uma reunião, até mais informal entre os psicólogos (...) das 8:00 ao 12:00 você não faz 4 coisas bem, não faz! E também a questão financeira, por que como é que você vai pagar psicoterapia? Minha terapeuta é R\$200,00 a hora... então eles não dão esse suporte. E se você ganha esse salário ridículo, como é que você vai fazer, semanalmente? A gente tem pessoas que surtam, né? Estão surtados aí, porque não tem condições mesmo de pagar, ou sei lá. Então eu acho que eles deveriam ter esse cuidado aí com a gente. Eles são muito descuidados. Porque o grupo é pequeno (...)”

Renata acredita que a supervisão deveria ser uma troca de experiências ‘real’, o que não acontece. Além disso, fala novamente sobre a questão financeira, pois com o salário que recebe, não pode pagar sua psicoterapia, que em sua opinião é essencial para cuidado com sua saúde mental. Então, sente que os psicólogos deveriam receber um cuidado mais efetivo por parte da Prefeitura, financeiramente, para poder pagar aquilo que consideram importante (ex:

psicoterapia) emocionalmente, oferecendo um suporte que realmente fosse efetivo para auxiliar as psicólogas em sua profissão.

Neste momento me questiono o que ela entende por supervisão. Seria apenas uma troca de experiências entre profissionais? Qual seria então a necessidade de um supervisor? Parece que ela não tem claro o que seria a supervisão, qual a diferença entre a troca de experiências, que poderia acontecer, por exemplo, em um grupo psicoterapêutico. Então, como ela disse, fica sendo um “pseudo-suporte”, que não serve nem como uma troca “real” de experiências, ou seja, parece que nem ela entende o que é, para que serve, não vendo sentido nesta.

Quando pergunto se apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional durante desde que entrou em UBS, diz:

“Já... Eu perdi a voz uma época. Eu acho que eu estou entrando de novo nesse ‘treco’. Por que eu estou com 3 compromissos né? Porque aqui não podia ficar sem ninguém. Então cai a minha resistência, e aí a minha voz antes de tudo. De perder a voz, passa uma semana eu estou gripada. Eu tomo medicamento... É o sistema imunológico, cai... um ventinho e acabou, já estou doente (...) é isso, excesso de trabalho, é... falta de lazer, porque você tem um monte de coisa para fazer (...) uma coisa que eu adoro é (...) dançar e cozinhar, é uma coisa que eu relaxo bastante. Aí, não tem tempo, está muito cansada. Então é muito estressante mesmo. Eu saro de um negócio, de uma gripe, aí passa e já na outra semana já pego outra gripe. Eu vivi isso uns 2 anos atrás. E agora eu me observo, hoje eu estou... é uma febrezinha que vem fora de hora sem motivo. Fora essa coisa, né? Você não é especialista em tudo. Então te chega um caso você tem que ter tempo, parar, estudar, rever, se rever, ver se você está fazendo um trabalho legal, vê se você precisa se reciclar. (...) Essa coisa da gripe, do resfriado, nossa, de ficar sem voz. (...) eu fiz até uma cirurgia, deu um cisto. Aí eu tive que ficar, devido à cirurgia, sem trabalhar. Eu tive um cisto nessa parte do palato (pega no pescoço). Eu acho que eu não queria falar mesmo. Aí eu fiz a cirurgia, e a conduta, a recomendação era não falar. Ah, eu sem fala, meu trabalho não existe porque o combustível é a fala. (...) tudo isso é devido ao estresse, ao cansaço, à falta de cuidado mesmo. Mas é estressante, o trabalho. (...) Então lógico que estressa, principalmente esse nosso trabalho, porque é pesado, o emocional é pesado.”

Neste trecho, Renata fala sobre o desgaste que viveu devido à sobrecarga de trabalho na UBS, e à falta de lazer, já que não sobra tempo e dinheiro para as atividades que gosta de

fazer (dançar, cozinhar). Com isso, acaba ficando estressada e adoecendo: seu sistema imunológico é afetado, e fica gripada frequentemente.

Além disso, conta que a situação chegou a um extremo, que certa vez precisou inclusive se submeter a uma cirurgia devido a um cisto que tinha no palato. A compreensão simbólica que ela mesma teve sobre o fato é que, com o cisto e com a cirurgia, teve que ficar sem falar, ou seja, sem trabalhar, já que a atuação do psicólogo tem como base a fala, o verbal.

Na verdade, o que estressa mesmo são todas dificuldades às quais ela se referiu, desde a falta de valorização, que está ligada a sobrecarga de trabalho e à falta de cuidado ao profissional. Estar em contato constante com a dor do outro é “pesado” do ponto de vista emocional, e não ter um tempo maior para mobilizar mecanismos de enfrentamento, não ter um respaldo eficiente para o psicólogo, tudo isso gera um estresse, o profissional chega à exaustão, e tem que parar por ter adoecido. No caso dela, o sinal veio de forma bem clara: se ela não pode falar, não pode trabalhar.

Sobre os cuidados que tem com sua saúde:

“Ah, eu faço acupuntura também (...) faço psicoterapia também. E de tempos em tempos, aí eu também percebo, eu tenho que parar, não tenho condições de pagar! Aí eu paro, aí depois eu retomo de novo... A dança é uma coisa que eu acho que eu me faz bem, em todos os sentidos. (...)”

Embora tenha um trabalho que muitas vezes é “pesado”, desgastante por diversos fatores já colocados, Renata encontra forças de combater o estresse através de atividades que lhe dão prazer, como cozinhar e dançar, bem como tratamentos de saúde, como a acupuntura e psicoterapia. Porém, essas atividades são caras, e constantemente ela precisa parar por não ter condições financeiras.

Será que não existem outras formas de lazer? Por que o cuidado ao psicólogo é tão caro? Esta é uma contradição da profissão do psicólogo: ele precisa cuidar da dor do outro, e para isso, precisa estar bem, de preferência fazer psicoterapia para cuidar de sua saúde mental. Mas a psicoterapia é cara, o que gera outro fator de estresse, porque ele não tem condições financeiras para pagar. Será que não existem outras formas mais acessíveis de cuidado? Não seria importante que o cuidado fosse garantido pela Instituição?

Com relação à Síndrome de *Burnout*, fala:

“Eu não sei nada... nada nada. Eu até, a Paula me ligou ontem, e me contou que tinha feito a entrevista, e ela falou assim: ‘Eu fiz a entrevista. Eu não sei sobre o que é, só sei que é sobre a Psicologia’ ai eu perguntei ‘Do que é a entrevista?’ e ela ‘Não sei’, ‘Do que vocês conversaram?’ ‘Não sei’, ‘Como é o chama a síndrome?’ ‘Não sei, eu nunca tinha ouvido falar nisso’ ‘Como assim você fala sobre um assunto e não sabe o que que é?’ E eu nunca ouvi falar. (...) anota esse nome para mim... Eu nunca ouvi falar. Não conheço nada.”

Esse discurso mostra o quanto a maioria dos psicólogos desconhece a síndrome, bem como suas causas e conseqüências, não podendo dessa forma preveni-la. Porém, Renata demonstra interesse em se informar, pois embora não conheça pelo nome, parece entender seus sintomas, inclusive faz uma reflexão final sobre o tema:

“Agora que você falou, esse estresse da pessoa que cuida, isso é comum. Vou te dar um exemplo: Eu vi duas vezes um psiquiatra surtando, surtando de ficar na sala de espera berrando com os pacientes. Ai eles comentavam ‘Ah, doutor, ele precisa de ajuda.’ Tenho amigas psicólogas surtando mesmo, coisa grave, não uma vez só, mais de uma vez. Então tem gente que precisava de um cuidado. Mas acho que também é culpa da gente, eu mesma... eu não me cuido, não (...) também tem a ver com o sistema imunológico. E a gente não se cuida. A gente vai, se superando, e a gente não se cuida, vai ficando resíduos até de pacientes, né? E a gente vai se atropelando. (...) O que pega muito no estresse é isso, você não consegue ter um lado profissional organizado. Eu vejo que meu amigo psiquiatra, ele trabalha em 4 UBS. Esse homem sai 22:00 da noite daqui (...) eu não sei da vida dele, mas acho que ele não consegue ir para a terapia! Por que? Porque senão ele não paga as contas dele, então acho que está muito ligado com isso. Se você centra o seu trabalho ‘Não, eu trabalho 6 horas, me dedico, vou me cuidar, pra cuidar dos outros.’ Mas não é real, não é o que a gente faz, é um sentimento que te atropela.”

Neste trecho, demonstra ter bastante consciência do quanto a maior parte dos profissionais da Saúde não se cuida, e o quanto isso é prejudicial, já que para cuidar do outro antes de tudo, é fundamental cuidar de si mesmo. Renata acredita que os próprios profissionais têm responsabilidade, porque precisam buscar formas de evitar a sobrecarga, e conseqüentemente o estresse. Para falar disso, usa como exemplo um médico, que nitidamente descarrega sua irritação nos pacientes. Mas não se exime, e fala diversas vezes o quanto ela mesma não se cuida como deveria. Parece que vive num impasse, pois como já foi dito, para se cuidar precisa de dinheiro, que ela não tem.

Renata coloca que o estresse do profissional que cuida dos outros é algo comum. Não deveria ser ao contrário, ou seja, aquele que tem maior acesso à informação sobre saúde, causas de estresse e adoecimento, não deveria ser o primeiro a se cuidar e prevenir? É interessante perceber como ter consciência não é o mesmo que fazer algo a respeito, ou seja, por mais que ela saiba o que deveria fazer, para evitar o estresse, o adoecimento, acaba se “atropelando”, se superando, se sobrecarregando, para conseguir atender a demanda. O mesmo acontece com esse médico, que acaba “surtando”, provavelmente devido sobrecarga de atender em 4 UBS.

“Eu curto tanto esse trabalho da Unidade (...) ninguém tem predisposição pra estar atendendo as outras Unidades, aqui poderia estar fechado, né? (...) mas eu me disponho. Eu falo ‘Ah, eu não. Eu faço tantas horas lá, faço tantas horas aqui.’ Então é uma coisa que eu curto. Até dá uma inflada no ego, porque uma que eles gostam, eu tenho reconhecimento da Coordenação do meu trabalho, e a disposição. Eu deixo de ganhar dinheiro no consultório pra me dedicar a essas horas na Unidade. Mas de curtir mesmo, de gostar. Essa coisa da disposição. (...) mas aí eu comecei com esse negócio de cansaço e falei ‘Não, eu vou deixar de ganhar, e vou ficar só em uma Unidade.’ Mas aí de repente necessita, aí eu falo ‘Ah, tudo bem vai, eu vou.’ E essa rotina, acho que até me habituei, saio de uma Unidade, vou pra outra. Então é legal isso. Mas não é o ideal. Você trabalhar 4 horas num lugar, 4 no outro. São 8 horas. E uma coisa a gente fala, essa é uma das coisa que eu sinto: você tem que trabalhar demais para poder montar um salário decrescente.”

Então, Renata explica como ela mesma se “atropela”: ela já tem seu trabalho em uma Unidade, que por si só seria desgastante. Mas por uma escolha pessoal, para suprir a necessidade do Município, e para ganhar um salário maior, se dispõe a atender em mais de uma Unidade, mesmo sabendo que com isso vai ficar mais cansada, estressada. Então, apesar da consciência, não pode dizer “não” para essas solicitações.

Mas será que a questão financeira tem realmente importância, ou seja, será que ela trabalha em mais de uma Unidade por causa de um salário maior? Parece contraditório, pois no início da entrevista ela afirmou diversas vezes o quanto trabalha por prazer, que não depende financeiramente do seu trabalho.

Então, podemos pensar que essa postura envolve mais uma necessidade de receber reconhecimento constante: parece que se coloca sempre à disposição para continuar sendo reconhecida pelo seu trabalho, e assim, sentir-se reconhecida, mesmo que isso resulte em um estresse.

“Se você tem opção... eu trabalho aqui por opção. Poderia estar com o consultório só, mas eu me encantei pela bagagem de aprendizado. Então se eu tivesse condições... eu quero ficar só nesta Unidade aqui. Eu não quero ter que fazer mais 40 horas pra ganhar um pouco mais. Então eu poderia centralizar todo meu trabalho aqui. Então trabalho 6 horas por dia, aí eu tenho mais tempo para eu estudar, para eu relaxar, para eu fazer um monte de coisas, em função da Unidade, que não acontece.”

Por fim, Renata parece concluir que se tivesse opção, trabalharia em apenas um das duas Unidades que trabalha, para ter um tempo maior de lazer, para relaxar. Não quer parar, pois como já foi dito, gosta de trabalhar em UBS.

Porém, percebe-se novamente uma contradição em seu discurso, porque antes ela havia dito que não necessita desse salário, tem outras fontes de renda. Parece que o que realmente a motiva a continuar, não é a necessidade financeira, mas sim a necessidade de um reconhecimento enquanto profissional. Talvez, sinta-se tão desvalorizada, por diversos fatores

já apresentados, que quando é solicitada, sente-se devidamente valorizada, o que a move a continuar trabalhando cada vez mais. Isso nos faz pensar o quanto ela sente que precisa fazer o máximo para se sentir reconhecida pelos outros, enquanto ela mesma não consegue se valorizar, reconhecendo seu corpo, seus limites, e acaba se “atropelando” e adoecendo.

Temas Abordados:

- UBS = enriquecimento profissional = aprendizado
- UBS = gosta de atuar como psicóloga = identificação com o trabalho.
- Gratificação pessoal = melhora dos pacientes = reconhecimento de que seu trabalho surte resultados positivos.
- Pessoal: mudança de visão de mundo = quebra de preconceitos.
- Desvalorização do psicólogo: falta de reconhecimento
- Desejo de um maior investimento no psicólogo por parte da Instituição.
- Críticas à classe (psicólogos que não se valorizam) e ao CRP.
- Falta de suporte emocional => “pseudo-supervisão”
- Baixa remuneração => dificuldade para investir em psicoterapia e lazer.
- Adoecimento: FALA => combustível do seu trabalho.
- Desequilíbrio: investe + do que recebe.
- Carência de reconhecimento e investimento.
- Desconhecimento sobre a Síndrome de *Burnout*

Síntese:

A partir do discurso, parece que Renata é uma psicóloga que realmente gosta do que faz. O trabalho em UBS propicia a experiência com uma vasta diversidade cultural, de patologias e faixas etárias, o que faz com que veja sentido em seu trabalho, mesmo com as dificuldades.

Dentre essas, podemos pensar que, de um modo geral, sua principal queixa é com relação à desvalorização do psicólogo. Para Renata, tanto a rede onde trabalha não valoriza este profissional, não entende as peculiaridades de seu trabalho, não cuida devidamente, não remunera de acordo com o que seria compatível com as horas de trabalho, quanto a própria classe (psicólogos) não se valoriza. Isso faz com que Renata sinta necessidade de fazer cada vez mais, para receber o mínimo de reconhecimento que lhe é dado. Então, acaba se “atropelando”.

Neste contexto, em que investe todos os seus recursos pessoais, e recebe muito pouco da Instituição, acaba adoecendo com frequência. Então, é obrigada a parar. No momento extremo, precisa parar de falar, “combustível” de seu trabalho, para compreender a necessidade de um equilíbrio entre aquilo que pode dar, e o limite dessa doação total e absoluta.

OLÍVIA

“Eu tive um sintoma físico, daí fui investigar, óbvio, fui ver, fiz os exames, e não tinha nada no coração, nada cardíaco, estava estressada, triste, infeliz, e sem sentido naquele trabalho.”

Minhas impressões:

Em primeiro lugar, é importante dizer que, no momento da entrevista, Olívia não trabalhava mais em UBS neste Município há aproximadamente dois anos, ou seja, não estava atualmente exposta aos possíveis agentes estressores. Apesar disso, a experiência parece estar muito presente em sua memória por ter sido marcante.

Nesta entrevista, eu me senti bem à vontade, pois Olívia e eu estabelecemos uma relação de amizade, e a mantivemos, mesmo depois de ambas sairmos da rede do Município em questão. Ela já havia me contado sua experiência, as consequências sobre sua vida pessoal, e acompanhei seu processo de escolha ao sair da UBS por motivos de saúde, mas foi extremamente enriquecedor ouvir sob uma nova ótica, a de pesquisadora.

Olívia, por sua vez, no início parecia dar respostas mais neutras, pois sabia superficialmente que a minha pesquisa envolvia o estudo do cuidado do psicólogo, e talvez não quisesse se encaixar no perfil da Síndrome de *Burnout*. Mas acredito que isso não impediu que contasse toda sua história de forma rica, e aos poucos foi entrando novamente em contato com as questões relativas ao seu trabalho como psicóloga de UBS.

Análise da entrevista:

Em primeiro lugar, pergunto à Olívia sobre o significado que deu à sua prática profissional, durante o período em que trabalhou na Unidade Básica de Saúde.

“Então é assim, vou falar da minha experiência e do que eu entendo conceitualmente. Eu entendo que o psicólogo na UBS deva trabalhar dentro de uma equipe, com outros profissionais de saúde, para cuidar de questões essenciais, então, de orientação, quanto às questões pertinentes daquela comunidade. Quanto à questão da saúde em relação à educação daquela comunidade. Acho que é um trabalho extremamente focado às características da comunidade em que Unidade está inserida, e um trabalho conjunto de orientação, dentro dos aspectos psicológicos, mas pertinentes à saúde e àquela equipe. Eu entendo dessa forma, mas isso é a questão ideal. Acho que seria a conduta ideal. Na minha experiência o que aconteceu não foi isso.”

Olívia começa a entrevista definindo como ela entende a prática do psicólogo de UBS conceitualmente, fazendo uma divisão clara do que é o ideal, e o que é real, o que ela vivenciou. Na sua visão ideal, acredita no trabalho do psicólogo voltado para Atenção Primária, cuidando de questões básicas, e realizando um trabalho em conjunto com outros profissionais e a comunidade. Então, começa a contar sua experiência:

“(...) era uma necessidade muito grande. (...) era uma carência do posto de saúde, da equipe dos profissionais e da comunidade, por um atendimento psicológico. No sentido de ter avaliação psicológica, orientação psicológica, psicoterapia. Então a realidade era essa: uma demanda muito grande na qual o psicólogo tinha que utilizar todas as suas intervenções, tudo que diz respeito à profissão do psicólogo naquela Unidade. E isso fica, ou ficou naquela época, uma atividade muito sobrecarregada, e sem muitos limites de atuação, uma necessidade de atuar, atender tudo o que vinha pela frente sem muito controle disso. Então assim, o que eu imaginava e o que eu encontrei foram coisas muito diferentes.(...) na verdade foi meu primeiro emprego como psicóloga, então serviu pra eu poder confrontar o que eu imaginava, o que eu achava ideal, o que eu tinha estudado, com uma realidade, mas uma realidade muito particular, de uma região muito particular.”

Olívia ressalta a idéia daquilo que estava em seu imaginário, suas fantasias em relação ao trabalho do psicólogo em UBS, e o quanto essa experiência foi bem diferente desse ideal. Seu discurso fala de um “confronto” entre o ideal e o real: acreditava que poderia colocar em prática tudo aquilo que aprendera na graduação, e acabou se frustrando com a realidade da prática.

Ainda, conta o quanto ficou sobrecarregada, por ter que atender a uma vasta demanda, exercendo todas as atividades de um psicólogo clínico, com todas as patologias possíveis, sem nenhum “limite de atuação”. Neste trecho me questiono sobre esse limite ao qual se refere. É interessante perceber como em sua fala parece que o limite é dado pela Instituição, enquanto que na verdade, o limite de sua atuação deveria ser estabelecido por ela mesma. Porém, fica difícil no primeiro trabalho, recém-formada, já ter esses limites pessoais definidos e estabelecidos.

“Eu acho que foi uma experiência positiva, (...) foi um período breve, foi um ano e meio, por uma opção minha de sair desse trabalho, porque não estava sendo compatível com o que eu esperava e com a minha formação. Então eu optei por sair, mas eu acho que foi positivo, pra poder aprender mesmo, pra poder até pensar: ‘Dentro da minha carreira eu quero esse tipo de postura?’ Eu acho que talvez pela minha formação, de ser mais clínica, de estar sempre mais vinculada à vida acadêmica, eu não me adaptei a esse tipo de prática do psicólogo numa UBS, em uma periferia, não me adaptei. Eu acho que tem pessoas que estão voltadas pra isso e que se adaptam, mas no meu caso não era. Foi uma oportunidade de trabalho, eu queria passar por isso... foi uma experiência boa (...) na época eu imaginei que nunca mais eu fosse trabalhar na saúde pública, mas eu voltei a trabalhar este ano, mas numa outra circunstância, que eu estou adaptada e que eu estou gostando muito.”

Olívia acredita que teve uma formação que estava sendo incompatível com sua atuação em UBS, o que levou a um questionamento sobre sua postura. Ela relata a experiência como tendo sido positiva, no sentido de aprendizado, de reavaliar sua postura, e escolher como seria sua carreira dali por diante, fazendo novas escolhas profissionais. Porém, acaba depois de um tempo voltando a trabalhar em Saúde Pública, e está se surpreendendo com sua

adaptação a essa situação atual. Descubra, então, a possibilidade de adaptação e de prazer em trabalhar na área pública. Quais seriam as diferenças entre as duas Instituições?

Isso nos faz refletir se o problema era seu, ou seja, sua “não adaptação”, ou realmente aquela Instituição específica é que estava fora daquilo que pode ser considerado adequado para o trabalho de um psicólogo em Saúde Pública.

Sobre as dificuldades de seu trabalho, Olívia diz:

“Teve uma frustração muito grande que veio logo, pela condição do trabalho, por eu não conseguir conciliar outras atividades, que são importantes, com esse trabalho. Não tinha o retorno (...) o psicólogo era muito solicitado, mas era muito mal cuidado, pela Prefeitura da região, pela equipe de Saúde da região. Então foi muito frustrante neste sentido. Gerou um estresse grande ao ponto de eu resolver pedir demissão. Então eu acho que por um lado foi uma vivência muito sofrida.”

Neste trecho, Olívia fala sobre a frustração, devido à dificuldade de conciliar o trabalho em UBS com outras atividades importantes, além de uma constante desvalorização do profissional. Há uma pressão por parte da Instituição em atender a demanda, acrescida a uma falta de cuidado ao profissional. Enfim, ela entende a experiência como tendo sido sofrida.

No início da entrevista, havia dito que a experiência foi positiva, e neste trecho mostrou-se mais queixosa. Talvez fosse mais fácil falar sobre a experiência como positiva, colocando a culpa em sua falta de adaptação, e não na Instituição em si. Depois de um tempo, imagino que foi se sentindo mais confiante para falar também do lado negativo da experiência, e conseguiu expressar o sofrimento que esteve associado a esta sua vivência, devido à falta de cuidado ao psicólogo.

Neste momento, eu peço que ela fale mais sobre essa “vivência muito sofrida” a qual se refere, para tentar entender melhor seu sentimento:

“(...) mas eu lembro de como eu ia trabalhar. Vou pensar de uma forma mais concreta. No início, tinha um entusiasmo, pra conhecer o trabalho, para saber como é que ia ser. E daí foi havendo na verdade uma sobrecarga. Eu não me via mais com condição de fazer, ter um raciocínio clínico a partir de cada atendimento, porque era um atendimento que acabava durando meia hora, 40 minutos, e eu não conseguia ter tempo para pensar sobre aquele atendimento, para registrar aquele atendimento de uma forma adequada, para planejar como eu ia dar continuidade. Não tinha tempo hábil para isso, então eu ia ficando muito sobrecarregada com o volume de trabalho. Do ponto de vista da minha qualidade de vida, eu comecei a ficar cansada, comecei a ficar tensa (...) mais irritada. Eu entrava às 8:00 da manhã, então acordava muito com má vontade de ir mesmo, não tinha disposição para ir, não tinha vontade de ir. Se eu pudesse ficar em casa, eu ficava (...) Não era uma coisa que eu tinha vontade de fazer não, eu não ia com prazer. Sendo que eu tinha outras atividades fora de lá que eu ia com muita vontade, com muito prazer. (...)”

Neste trecho, Olívia descreve seus sentimentos desde o início do seu trabalho: do entusiasmo inicial, associado às altas expectativas que tinha com relação àquele trabalho em UBS, ao desânimo gradual, que foi surgindo conforme foi se sentindo sobrecarregada. Isso nos faz refletir sobre essa sobrecarga: quem permitiu essa sobrecarga? Será que ela foi se percebendo? O que fez para impedir que essa sobrecarga ocorresse? Por outro lado, até que ponto podia dizer não àquela demanda? É interessante pensar no quanto a Instituição exige bastante do profissional, mas que este também acaba, por escolha própria, aceitando essa forma inadequada de trabalho; parece que ela mesma se exigiu e acabou se sobrecarregando. Essa sobrecarga é ainda maior para uma pessoa, como ela, que preza qualidade do atendimento, o que implica em raciocínio clínico dos casos, e conseqüentemente tempo hábil para isso.

Ainda, aponta que sentia diferença entre a falta de vontade de trabalhar lá, e como realizava outras atividades com prazer. Isso indica que os sentimentos negativos estavam realmente ligados ao trabalho nesta UBS, e não em geral com o trabalho do psicólogo.

“E daí começou a gerar (...) eu cheguei um dia a ficar com sintomas físicos, de ficar com a pressão alta. Mas puramente por estresse. Foi um dia que isso aconteceu, e daí quando isso aconteceu eu fiquei muito assustada, e vi que eu estava exagerando, né? Que aquilo não estava fazendo nenhum sentido na minha vida. Eu estava indo para

uma postura muito concreta de, de repente, poder ter um problema de saúde por causa daquela circunstância de trabalho. E daí eu entendi que não tinha o menor sentido e que não valia à pena. Então eu estava me obrigando a trabalhar para poder exercer minha profissão, que eu gosto tanto e me dedico, mas numa circunstância que eu não estava conseguindo. Foi meio isso que aconteceu, até que eu resolvi sair, e foi a melhor coisa que eu fiz. Eu consegui me reorganizar, eu consegui continuar me dedicando às outras coisas que eu faço além de lá e depois apareceu uma outra oportunidade melhor e que deu tudo certo. Mas acho que foi meio isso, foi uma experiência muito concreta no final das contas. Um sofrimento muito no corpo, que foi muito pontual, foi um dia que eu tive, que minha pressão subiu, e eu não tenho problema de pressão, nunca aconteceu isso, então foi uma coisa meio nesse sentido.”

Toda essa situação foi fazendo com que aos poucos Olívia fosse perdendo a vontade, o prazer de ir trabalhar, foi ficando cansada, irritada, tensa, o que finalmente culminou em um sintoma físico, um pico de pressão alta. Ela fala como se fosse algo pontual, concreto, como um único sintoma físico, isolado das questões emocionais, sem se dar conta de todo o processo gradual, e os sinais que foram surgindo aos poucos, mas que só puderam ser “ouvidos” quando ela teve uma experiência “concreta”.

Podemos pensar na simbologia desse sintoma: parece que a **pressão** externa e interna, em atender a demanda de acordo com o que considera ideal (quantidade e qualidade), culminou em um aumento de **pressão** arterial.

“Eu tive um sintoma, não cheguei a ficar doente. Eu tive um sintoma físico, daí fui investigar, óbvio, fui ver, fiz os exames, e não tinha nada no coração, nada cardíaco, estava estressada, triste, infeliz, e sem sentido naquele trabalho (...) Foi uma frustração que foi acumulando, não tinha nada que suprisse. Por mais que eu dividisse isso com outros profissionais de outras unidades... Quando eu cheguei tinha, vamos dizer assim, uma equipe. Então tinha alguns psicólogos (...) cada um numa Unidade. E a gente se encontrava uma vez por mês pra conversar. E quando eu cheguei nessa equipe eles já estavam reclamando, uma reclamação que já vinha há anos sobre o salário deles. Então toda reunião que era pra discutir questões do trabalho, ou de repente discutir um caso, planejar algum evento, não acontecia porque ficavam resolvendo questões de salário que era pouco e que eles não conseguiam... então já era um pessoal que estava muito desgastado, frustrado. E até despreparado (...) pra enfrentar aquela situação. E aí eu me deparei com uma condição não estava acolhendo o que estava trazendo (...) eles entendiam e concordavam que era daquele jeito mesmo, que era sofrido, que era desgastante, e que não tinha muito pra onde ir, (risos) não tinha solução pra aquilo, então aquilo só foi acumulando.”

Então, Olívia consegue ver que seu sofrimento foi um processo gradual, que culminou em um sintoma físico, mas não “pontual”. Durante sua experiência, foi sentindo essa sobrecarga, mas se deparou com uma equipe despreparada, preocupada com questões relacionadas ao salário, e que não foi capaz de lhe fornecer o apoio, o acolhimento necessário para aquele momento, pois eles mesmos estavam imersos em outras questões. Dessa forma, toda sua angústia foi apenas acumulando, até o momento em que não agüentou mais. Não havia acolhida e compartilhamento, como se fosse uma “estranha” nesse lugar.

Neste trecho, quando fala sobre o fato de não ter encontrado apoio e uma solução para seu caso, ela ri. Acredito que foi um riso de indignação, associado ao fato de, ao lembrar a situação, pensar no quanto tudo aquilo estava extremamente difícil, e o quanto as pessoas pareciam conformadas, e sugeriram que ela também simplesmente aceitasse a situação, o que para ela parecia ser impossível, não combinava com seu perfil.

Então, pergunto se Olívia associa esse adoecimento ao trabalho:

“Totalmente, foi a primeira vez que aconteceu isso na minha vida. Eu nunca passei por um problema na minha vida onde eu tivesse um problema físico, eu sempre tive clareza do que estava acontecendo. E dessa vez, por mais que eu tivesse clareza, (risos) estivesse fazendo terapia, eu tive um sintoma físico, foi muito assustador pra mim. Eu pensei ‘Realmente, isso está muito errado.’ Tanto que quando eu decidi pedir demissão eu não tive mais nada. Eu até quando fui começar esse trabalho novo pensei: ‘E aí, será que eu vou ter de novo?’ (risos) Por enquanto não! (risos)”

Neste trecho, fica evidente que Olívia associa todo esse processo de adoecimento ao trabalho. Mesmo fazendo terapia, se cuidando de todas as maneiras possíveis, teve um momento em que seu corpo não agüentou, fazendo com que entendesse que o único caminho possível a partir desse momento, era cuidar de si, mesmo que para isso fosse necessário pedir demissão e sair deste local.

Um de seus medos era que esses sintomas voltassem a aparecer se ela trabalhasse na rede pública novamente, mas relata que, por enquanto, está bem adaptada. Será que estes

sintomas se manifestarão no novo trabalho? Por que será que ao pensar nisso, ela riu? Parece que mesmo após várias reflexões, ela ainda tem dúvidas se realmente a causa do seu estresse foi ligada à Instituição ou alguma questão pessoal, uma dificuldade sua mesmo, de não adaptação.

“(...) desse um ano e meio que eu trabalhei lá, acho que o primeiro semestre talvez tenha sido bom porque foi um começo. Até então não tinha psicóloga, tinha ficado um período sem psicóloga nesta unidade de saúde, então quando eu cheguei tinha um acúmulo de coisas acontecendo, acúmulo de pacientes que estavam aguardando, então eu também peguei uma pilha de casos pra atender, e achei que aquilo depois fosse diluir. Depois tinha perspectiva de vir outra psicóloga logo, então achei que aquilo ia se diluir, mas não foi o que aconteceu, só aumentou (...)”

Olívia descreve a sobrecarga de trabalho, a quantidade de pacientes que precisava atender para suprir a demanda de pessoas que aguardavam há algum tempo uma psicóloga. No início, estava motivada, pois era “o começo”, e tinha esperança de que com o tempo aquela fila de espera fosse diminuir, principalmente com a chegada de nova psicóloga. Mas não foi o que aconteceu, o que gerou nela outra grande frustração. Para completar essa sobrecarga e pressão por atendimento, conta de uma situação em que seus valores éticos foram colocados em evidência, e teve que lidar com uma situação política complicada:

“Na época teve uma questão política, que foi ano de eleição, então havia uma pressão por atendimento e isso é muito desgastante também, porque daí você é obrigada a passar na frente alguém que podia favorecer não sei quem, então, isso também, do ponto de vista ético, era muito irregular. Então isso também é muito contra os meus valores, o que eu acreditava, e daí só foi piorando.”

Com todas essas dificuldades, naturalmente Olívia foi se questionando sobre seu trabalho, mas tinha receio por ser um emprego público, com estabilidade, que conseguiu através de um concurso concorrido:

“E daí fica aquela coisa: ‘Mas é um emprego, é uma estabilidade, o que vale à pena?’ Que é claro que o psicólogo não tem muita oportunidade. Mas ao mesmo tempo tem, quando você procura, encontra, então fica no caminho certo, então realmente, se eu pensar no montante de tempo do trabalho, foi um período de muito desgaste. Atualmente eu estou num serviço de saúde do Y, no serviço de reabilitação. Estou há 3 meses, e é outro nível de trabalho. Então tem uma equipe que realmente funciona, um Serviço de Psicologia que funciona, que valoriza o trabalho do psicólogo. Isso faz uma diferença muito grande. Então agora estou muito satisfeita. É óbvio que toda instituição tem seus entraves, que você tem que driblar, relevar, mas é muito mais leve perto do Município X. Era muito precária a condição dessa UBS que eu fiquei, precária demais, não sei nem se é modelo isso, parâmetro pra comparação de outras experiências.”

Após algum tempo se questionando, sobre a estabilidade que o funcionário público tem, associada à dificuldade por falta de oportunidade de o psicólogo conseguir um trabalho, acaba optando por sair da UBS por motivos de saúde. Olívia chega à conclusão de que fez a escolha certa, e descobre que na realidade existem sim outras oportunidades, outras possibilidades de trabalho em Saúde Pública, em que, apesar de dificuldades e “entraves”, ela possa se sentir uma profissional valorizada, satisfeita, trabalhando dentro de uma equipe que “funciona” de acordo com aquilo que ela espera. A precariedade não é inerente a todos os serviços públicos.

Então, Olívia fala sobre essas questões precárias, às quais se referiu:

“(...) do valor que dão ao profissional, da condição de trabalho, da condição física, da sala que você atende, da falta de segurança. Eu lembro que eu corri perigo de atender pessoas que tinham pé no crime e que meu atendimento poderia atrapalhar alguma coisa, né? De ter medo de ser perseguida... não aconteceu nada efetivamente, mas essa possibilidade passou bem perto. Então precariedade em todos esses sentidos. Na questão da estrutura física, da falta de segurança, da quantidade de trabalho, poucos profissionais. Que estão lá sobrevivendo, os que ficaram, tentando fazer alguma coisa e que não conseguem. Pouca perspectiva de melhora, parecia que não tinha nenhuma.”

Neste trecho, fica evidente que ela não sentia que tinha as condições fundamentais para desenvolver um trabalho de acordo com o que acreditava ser ideal. Fala inclusive sobre a falta de segurança, o perigo, e risco de vida iminente, o que com certeza interferia na

qualidade de seu trabalho. Dessa forma, percebe-se mais uma razão para sentir angústia e frustração diante dessa realidade. Então, quando pergunto sobre como fazia para lidar com essas dificuldades, diz:

“Eu tentava cuidar disso com os recursos que eu tinha e que levei pra lá. Minha supervisão, isso me aliviava muito, poder dividir isso com meu supervisor e com os outros profissionais que faziam supervisão comigo, na minha terapia, e o conforto que eu tinha no atendimento do meu consultório, de outras atividades acadêmicas que eu tinha, que me confortavam. Então nesses momentos, que também eram profissionais, fora dali, eu sentia que eu estava produzindo, que eu tinha... que eu era reconhecida, que meu trabalho tinha uma importância efetiva. Não que lá no posto de Saúde eu não tivesse, tinha, mas era uma coisa muito precária, muito básica, era quase que como dar uma cesta básica pra uma pessoa, não tinha um lugar psicológico, não existia. Então eu me confortava nessas outras atividades.”

Olívia conta que sua supervisão e psicoterapia particulares, bem como as outras atividades profissionais que exercia, eram o que lhe dava alívio, equilíbrio para dar conta de continuar trabalhando em um local que estava sendo desgastante. Ela buscava conforto nessas atividades em que era valorizada de verdade, e não de forma precária. Podemos pensar simbolicamente nesta “cesta básica” que ela fala como alimento/energia que são fornecidos, mas que são realmente básicos, ou seja, é um mínimo, é insuficiente para se conseguir trabalhar em condições tão difíceis.

Logo em seguida, fala novamente que com o tempo, mesmo esses recursos que utilizava para conseguir se manter neste trabalho, já não eram mais suficientes:

“Só que o tempo que eu ficava lá, eram 6 horas por dia, era a manhã inteira até o começo da tarde, então boa parte do dia eu ficava lá. E às vezes apareciam outras coisas que eu podia fazer, e que não podia porque eu estava lá. Então eu comecei a ver que não estava valendo a pena. Mas o conforto era meio que nesse sentido.”

Então, quando pergunto sobre como seu trabalho poderia ser melhorado, responde prontamente, pois provavelmente já havia pensado nessas soluções durante seu período em UBS:

“Eu acho que com o aumento do número de profissionais. Eu acho que talvez uma organização de um Serviço de Psicologia, talvez um espaço específico pra atender avaliação psicológica, psicoterapia, e de repente devolver à UBS e ao psicólogo da UBS o papel dele, que também era cobrado, de você poder participar de grupos de orientação dentro da Unidade, e não havia tempo pra isso. Então devolver ao psicólogo esse papel, de estar junto do pediatra, do psiquiatra, da enfermagem cuidando de programas e de projetos da UBS, de projetos de Atenção Primária e de Prevenção, poder ter um espaço, ou na própria UBS ou em um lugar separado, pra um atendimento terapêutico. E assim, triplicar o número de profissionais, porque é um Município grande, que tem muita demanda, muito pobre, e que precisa disso. As pessoas tinham legitimamente necessidade de um acompanhamento psicológico, todas elas.”

Olívia considera nitidamente o fator principal de desgaste a sobrecarga de trabalho, devido à vasta demanda, e poucos profissionais. Por isso, acredita que a única forma de melhorar o serviço do psicólogo em UBS seria contratando mais profissionais, triplicando esse número, para suprir a demanda. Além disso, organizar o serviço de acordo com o que foi estabelecido pelas diretrizes da Saúde Pública, ou seja, que o psicólogo de UBS exerça atividades de Atenção Primária, um trabalho em equipe com todos outros profissionais, com a finalidade de prevenir e promover Saúde. Dessa forma provavelmente a demanda por tratamentos psicológicos mais graves poderia diminuir, e os casos mais graves seriam atendidos em um outro serviço, de Atenção Secundária ou Terciária.

Essa é uma queixa importante, que nos faz pensar em como essa questão é fiscalizada. Existe, ou deveria existir, algum órgão responsável por garantir que as UBS atendem apenas casos de Atenção Primária? Quanto aos outros casos, existe um espaço para atendimento de casos mais graves? Parece que o psicólogo de UBS é quem tem que ficar o tempo todo tentando suprir uma demanda que não deveria ser dele. E se ele não atende, como ficam essas pessoas que necessitam de um atendimento em Atenção Terciária?

Outro fator que Olívia acredita que contribuiu para seu adoecimento foi a falta de um cuidado ao psicólogo:

“Não existia. Agora eu não sei, mas na época não existia. Tinha um momento de supervisão, que tinham outros psicólogos, fonoaudiólogos, e que se discutiam um pouco essas questões sim. Mas eu me lembro que, até quando eu decidi pedir minha exoneração, eu compartilhei com o pessoal e que ficou meio claro que não tinha muita saída. Até o supervisor concordou que talvez fosse a melhor saída mesmo eu pedir minhas contas. Ele também não via muita possibilidade de mudança ‘Ou você se adapta a isso, ou vai procurar outra coisa’, porque não tinha muita perspectiva mesmo, neste Município pelo menos não. (...) A coordenadora de Saúde Mental de lá é uma pessoa muito boa (...) que tem consciência do que acontece. Ela sabe que os profissionais trabalham de uma forma inadequada, a condição inadequada, não o trabalho dos psicólogos, mas a condição em que ele está inserido é uma condição inadequada, mas ela também não tem muito como mudar isso, pela estrutura da Secretaria de Saúde de lá. Então fica todo mundo muito abandonado mesmo. Eu tinha possibilidade de fazer minha supervisão fora, mas nem todo mundo ali tinha esse espaço de supervisão mesmo, porque tinham outras atividades.”

Olívia começa seu discurso falando que não existia um espaço de ajuda ao profissional, mas depois fala sobre uma supervisão que acontecia. Isso nos leva a pensar que talvez essa supervisão não fosse o suficiente para que ela conseguisse elaborar todas suas angústias, dificuldades relacionadas ao seu trabalho, fazendo com que mesmo tendo um supervisor e uma coordenadora “bons”, ela se sentisse “abandonada”.

Então, faz-se necessária uma reflexão sobre esses profissionais: Olívia desabafa com o supervisor um problema grave, e ao invés da questão ser profundamente trabalhada no sentido de buscar formas de enfrentamento junto com ela, a sugestão dada é que ela peça demissão. A coordenadora sabe que os profissionais trabalham em condições precárias, mas não consegue mudar a situação. Se a coordenadora não consegue, o supervisor não orienta, quem pode ajudar?

Parece que há na Instituição certa apatia ou passividade, pois novamente ela fala de uma tentativa de buscar soluções a partir da troca com outros profissionais, ou com o supervisor da rede em que trabalha, mas acaba não sendo acolhida. Pior que isso, a única sugestão que lhe é dada é sair desta rede de Saúde, e ainda, colocando em questão o fato dela

não ter se adaptado, ao invés de trabalhar a fundo as evidentes dificuldades da Instituição, no sentido de transformar. Ou seja, ao invés de ser cuidada, e buscarem juntos soluções práticas para mudar as condições precárias de seu trabalho, é mais fácil sugerir que ela saia por não ter se adaptado. Será que se adaptar é não reclamar? Ou seria ignorar a precariedade do trabalho nesta UBS?

Olívia acredita que a própria coordenadora tem consciência das dificuldades, mas que não tem como ajudar, mudar esse quadro, por questões além de seu alcance, fazendo com que todos fiquem “abandonados”.

Com relação ao cuidado que gostaria que tivessem tido com ela, Olívia fala exatamente deste sentimento de não ter se sentido devidamente acolhida:

“Eu acho que eles deveriam ter atendido às queixas das pessoas. Então eu acho que faltou valorizar as reclamações de todos profissionais. Faltou os diretores de UBS de entender um pouco essa dificuldade do trabalho, e não pressionar tanto quanto eles pressionavam. Eles não queriam saber muito se não tinha horário, se estava lotado, tudo era: 'Faz um grupo que resolve tudo' e não resolvia, óbvio, você pode colocar um monte de gente numa sala, e não vai acontecer nada se a pessoa não tiver disponibilidade pra isso. Então faltou isso, uma conscientização dos diretores de UBS e o valor mesmo pela Saúde Mental, que claramente não tinha. Na postura das pessoas não tinha o valor pra Saúde Mental, acho que foi isso que faltou. Não das psicólogas, mas da equipe de Saúde de um modo geral. Tem falta de verba, não tem dinheiro pra contratar, mas então não assume fazer um monte de coisas né? Porque se propõe a atender todas as pessoas do Município sem profissional pra atender.”

Neste momento, Olívia demonstra bastante indignação ao relatar a falta de cuidado ao profissional da Saúde Mental. Disse que sentiu falta de ser verdadeiramente escutada em suas queixas, que fossem buscar soluções para melhorar as condições de trabalho do psicólogo. Ao contrário disso, era cada vez mais solicitada, pressionada, sem levar em conta as características da profissão, ou seja, que ela é a capacitada a decidir sobre qual melhor forma de atuação para os casos. Então, acredita que o psicólogo não é valorizado, tanto por ter suas queixas “ignoradas”, quanto por continuarem pressionando-o a atender mais, sem as

condições básicas necessárias para que isso aconteça. Porém, é necessário refletir o que foi efetivamente feito para conscientizar esses diretores, como ela e os outros psicólogos se colocam, se valorizam.

Por outro lado, é preciso fazer um questionamento profundo sobre os cuidadores da Saúde Mental, que não são cuidados em sua saúde mental. Assim, acabam adoecendo, e não podem mais cuidar da saúde mental do outro.

Com relação à Síndrome de *Burnout*, diz:

“Eu sei muito pouco. Eu tenho uma colega de trabalho que foi fazer um estudo neste sentido, então ela me contou um pouquinho, que fala sobre os sintomas físicos que os profissionais de saúde têm dentro de uma situação de estresse, trabalhando na saúde pública, mas eu só sei isso, não sei mais nada”

Olívia entende pouco ainda sobre essa síndrome, assim como a maioria dos profissionais da Saúde Mental. Talvez não relacione esse nome a alguns de seus sintomas, mas parece ter noção de que está relacionada ao estresse e ao trabalho.

No final da entrevista, Olívia volta a falar sobre as suas características pessoais que acredita terem contribuído para seu adoecimento.

“Eu acho que talvez tenha sido um momento muito meu, nem sei se eu seria considerada no que seria caracterizada essa síndrome, não sei como isso é caracterizado. Eu acho que isso foi um momento muito meu. Quando eu entrei neste trabalho eu tinha terminado meu doutorado, então eu tinha um monte de planos a partir desse doutorado que poderia se desdobrar na minha vida. E concomitantemente eu tive essa oportunidade de trabalho, então eu resolvi ir até mesmo pra conhecer, pra ver como é que era. E as duas coisas foram conflitantes, não deu pra conciliar, uma perspectiva acadêmica com esse trabalho. Então também eu conduzi duas atividades paralelas e que eu queria experimentar e que não deu certo. Mas talvez tenha sido uma experiência muito única. Eu acho que, eu percebo em profissionais que trabalham na Saúde do meu convívio, e que eu já convivi, que às vezes tem mesmo, acabam desenvolvendo posturas mais tensas, ou mais sofridas, pertinentes à Instituição. Mas eu acabo considerando que essa minha experiência tenha sido uma coisa muito específica. Acho que eu estava querendo ter uma coisa mais sólida na minha vida, foi uma oportunidade que apareceu, e daí eu vi que não era aquilo. E daí dá um medo:

‘Será que eu vou conseguir uma outra coisa depois?’ Eu acho que tem tudo isso em jogo ainda.”

Neste trecho, pode-se pensar que Olívia conseguiu elaborar essa vivência, e hoje entende que o seu processo de adoecimento tem seus componentes organizacionais, mas que também existem fatores pessoais seus, que podem ter contribuído de alguma forma para que isso acontecesse. Porém não fica claro o que é próprio dela, quais são essas características pessoais envolvidas em seu adoecimento, não abre a questão.

Ainda, sua fala fornece dicas sobre as possíveis razões pelas quais alguns psicólogos sucumbem às pressões da Instituição: o serviço público oferece maior estabilidade profissional e financeira, é um emprego em que há garantia de que você vai exercer sua profissão de psicólogo, vai atuar na sua área.

Parece que esse fator é fundamental para compreensão de sua vivência: desde o imaginário em relação ao serviço público, passando pelas frustrações, pelo adoecimento, e após um período de reorganização, a volta ao serviço público mostra a importância desse trabalho, vinculado à área pública, para Olívia.

Temas abordados:

- UBS => Ideal X Real
- Experiência positiva, mas sofrida.
- Frustrações => expectativas sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública.
- Psicólogo em UBS = demanda grande e misturada = diversas intervenções => sobrecarga.
- Psicólogo = muito solicitado e mal cuidado.
- Adoecimento gradual: cansaço, irritação, falta de prazer, de vontade de ir trabalhar => sintoma pontual: pressão alta
- Falta de acolhimento: necessidade de um cuidado maior para a saúde mental do psicólogo.
- Necessidade X Falta de supervisão.
- Pressão dos políticos para atender maior número de pessoas – quantidade X qualidade.
- Dificuldades => Precariedade em todos os sentidos: falta de recursos materiais, de sala adequada, de segurança, de profissionais, de investimento.
- Vasta demanda X número insuficiente de psicólogos = necessidade de contratação de mais psicólogos para dar conta da demanda.
- Psicólogo de UBS = deveria trabalhar em Atenção Primária
- Sentimento de desvalorização do psicólogo

Síntese:

Olívia é uma psicóloga com boa formação acadêmica, mas que passou por uma experiência na Saúde Pública que foi ao mesmo tempo frustrante e sofrida. Antes de entrar na UBS, tinha um ideal do trabalho do psicólogo, a partir daquilo que aprendeu durante sua formação, que foi bem diferente da realidade encontrada. No início, estava bastante motivada, e apesar das dificuldades e demanda complexa, aceitou o desafio.

Com o tempo, foi percebendo que as coisas não mudavam, que a Instituição estava paralisada, e embora tenha se dedicado e tentado dar o melhor de si, começou a ficar extremamente cansada, irritada e sem prazer quando estava na UBS. Porém, tinha receio de sair daquele emprego, devido à estabilidade que lhe proporcionava.

Por fim, não conseguiu ser acolhida em suas queixas, não obteve o apoio necessário, não havia perspectiva de melhora, até que seu corpo manifestou um sintoma (pressão alta), que simbolizou seu limite. A partir desse momento, se conscientizou que não tinha mais sentido continuar naquele trabalho, e pediu a exoneração do cargo.

Atualmente, acredita que fez a melhor escolha possível, está trabalhando em outra Instituição Pública, e concluiu que, apesar de saber que todas instituições tem suas dificuldades, está muito mais feliz neste local, por se sentir valorizada e cuidada como profissional da Saúde Mental.

VERÔNICA

“(...) o psicólogo ter que fazer 30 horas em UBS, que é muito desgastante, porque você atende a uma população que te consome muita energia. Você estar ali muito próxima de pessoas com um sofrimento mental muito grande, e isso te consome muita energia.”

Minhas impressões:

Na presente entrevista, desde o início me senti um pouco desconfortável com a situação. Primeiro porque ela atrasou aproximadamente 30 minutos, o que significaria um tempo reduzido de entrevista, já que ela teria compromissos em seguida. Isso já me fez pensar na pouca disponibilidade para falar sobre o assunto em questão.

Assim que entramos na sala, expliquei algumas questões e entreguei o Termo de Consentimento. Verônica leu, e mostrou-se bastante preocupada com o fato das entrevistas serem gravadas. De alguma forma, senti que ela parecia preocupada com a possibilidade de sofrer algum tipo de retaliação por parte da Direção, ou Secretaria de Saúde. Então, garanti que os dados seriam apresentados de forma que não fosse possível a identificação das pessoas, e prosseguimos. Mas durante todo o tempo, senti que ela não conseguiu confiar plenamente, expor tudo que sente ou pensa. Parecia “travada” ou reticente, com medo de se comprometer, talvez por acreditar que de alguma forma seria identificada (mesmo com a garantia do sigilo), e que pudesse sofrer retaliações por parte da Instituição.

Análise da entrevista:

Em primeiro lugar, Verônica fala sobre o significado que deu à sua prática profissional, durante o período em que trabalhou na Unidade Básica de Saúde:

“O psicólogo na Unidade Básica, ele atende a uma demanda muito grande, a todas as patologias, assim, você não tem uma seleção de pacientes, tanto adulto, adolescente, idoso. Você não pode ter nada coletivo né? (...) Não existe (...) na Psicologia, um psicólogo pra criança, outro pra adolescente, e na Unidade Básica de Saúde não, né? Você atende a essa demanda. Por um lado é bom porque você atende muito, né? Dá um espaço para você conhecer todas as demandas e não ficar presa só a uma, né? Mas por outro lado, também, fica uma coisa meio solta, né? (...) Ah, por que eles não dão um respaldo, para você se centrar naquilo que você está fazendo, fica tudo por sua conta né?”

Verônica fala sobre os aspectos positivos e negativos de sua profissão: se por um lado atende muitos casos, de diferentes patologias, o que exige muito do psicólogo, pois amplia tanto seu campo de atuação e acaba sobrecarregado, por outro lado acaba sendo um aprendizado, um enriquecimento para a experiência profissional.

Ainda, aponta que muitas vezes acaba sentindo que essa experiência fica “solta”, sem “respaldo”. Então, perguntei qual o tipo de “respaldo” que ela gostaria que tivesse para entender melhor sua queixa:

“Olha, poderia ter uma seleção, (...) ter mais psicólogos, acho que isso seria fundamental, né? Porque os dois profissionais poderiam se combinar e se dividir entre si. Isso aí já seria um bom começo... porque é um tratamento longo, em UBS. É meio complicado, porque as pessoas faltam muito. Termina você ficando mais sobrecarregado do que qualquer outro profissional. Então, tem um lado bom e um lado ruim.”

Neste trecho fica claro que, apesar do enriquecimento profissional, por ter contato com diversas faixas etárias, patologias, Verônica acredita que seria melhor haver algum tipo de

divisão, através da contratação de mais psicólogos, para que o profissional não ficasse sobrecarregado. É muito trabalho, demanda muito grande, para um número limitado de profissionais, que não tem nem apoio, nem com quem dividir essa tarefa.

Além disso, Verônica fala sobre a especificidade do trabalho do psicólogo, em que os pacientes não vão apenas a uma consulta, talvez um retorno, mas sim são atendidas semanalmente e por um longo período. Isso faz com que o número de casos fique acumulado, pois chegam casos novos, e os casos antigos levam um tempo para ter alta, o que acaba sobrecarregando mais este profissional que outros.

Sobre as consequências que essa prática tem sobre sua vida, Verônica diz:

“Olha, em termos de crescimento (...) eu comecei a conhecer um outro lado da população que eu não conhecia, né? Que a gente só ouve falar, mas que eu não tinha acesso, e trabalhando aqui na favela (risos), com essa população eu conheci (...) E isso foi muito bom, né? Você sai um pouco daquela população de consultório, que você tem uma outra visão, e vê outro lado da realidade. Isso foi muito bom.”

Verônica acredita que esta prática contribuiu para um enriquecimento pessoal, bem como o profissional, à medida que amplia sua visão sobre o mundo, conhece uma outra população, diferente daquela que estava acostumada, que tinha acesso. Neste sentido, essa prática é vista como tendo uma consequência positiva. É interessante o fato dela rir ao falar de favela. Será que o fato de trabalhar com pessoas que moram em uma “favela” é algo que desperta nela curiosidade? Será que isso torna essa vivência ainda mais difícil, pela questão da pobreza em si, e esse riso seria associado a uma angústia, um nervosismo frente a essa realidade social com a qual trabalha? O riso parece, então, estar mais associado a uma dificuldade em entrar em contato com essas questões.

Com relação às dificuldades, fala:

“Existem dificuldades financeiras, porque o psicólogo é muito mal remunerado na Saúde, acho que essa é a principal porque não estimula muito. Se você for ficar sempre levando isso, você não consegue né? Outra coisa que eu acho muito difícil é o psicólogo ter que fazer 30 horas em UBS, que é muito desgastante, porque você atende a uma população que te consome muita energia. Você estar ali muito próxima de pessoas com um sofrimento mental muito grande, e isso te consome muita energia. Então, o ideal seria ter mais profissionais pra você ter um trabalho melhor. Assim, olhando o lado do profissional, e não só olhando o lado do paciente, do cliente. Eu acho que essa é uma das maiores dificuldades. É uma carga horária extensa pro tipo de trabalho que é feito, e a remuneração que é pouca.”

Verônica fala que as maiores dificuldades de seu trabalho são a baixa remuneração e carga de horário extensa para o tipo de trabalho que é realizado. Para ela, ficar em contato com pacientes com sofrimentos graves, durante um período prolongado, consome energia do profissional, que acaba desgastado. E ainda, não é devidamente remunerado, ou seja, há uma desvalorização nítida do psicólogo. Essas questões são enfatizadas por Verônica, que provavelmente sofre muito com esse desgaste emocional devido ao contato prolongado com a dor do outro. Então, parece que considera o trabalho em UBS bom pelo enriquecimento profissional, mas aos poucos, as dificuldades e dores deste trabalho vão aparecendo em seu discurso.

Ainda neste trecho, pode-se observar a utilização do pronome “você”, justamente nas frases em que relata o fato de entrar em contato com as dificuldades do trabalho e com o sofrimento. Podemos pensar que dessa forma, tenta manter certo afastamento emocional dessas questões.

Quando pergunto sobre como faz para lidar com as dificuldades, responde:

“Olha, não faço, eu trabalho (risos). Não tem como ser diferente. Tem que preencher os horários, não dá pra ficar com o horário ocioso porque tem que preencher a estatística aqui, tem que trabalhar, mas não que é uma coisa legal, e não é saudável, não é. Não é mesmo!”

Novamente fala sobre a impotência diante dessa situação: ela precisa trabalhar, e não vê nenhuma possibilidade de mudança de suas condições. Embora tenha consciência de que é

desgastante, de que não é saudável, precisa se submeter a esse modo de trabalho, para atender às estatísticas, ou seja, para suprir às exigências definidas pelos diretores, Secretaria de Saúde, que parecem não considerar as particularidades do trabalho do psicólogo. O que acontece se ela não preencher essas estatísticas? Será que vai haver alguma retaliação, ou na verdade é ela mesma quem se cobra ser perfeita e fazer tudo o que é solicitado, para sentir que cumpriu seu “dever”?

Com relação a isso, percebe-se que ela utiliza o termo “tem que” diversas vezes, enfatizando a questão das obrigações, da pressão por quantidade de atendimento em prol da qualidade, da necessidade de fazer de tudo para mostrar resultados, como se a produtividade estivesse ligada a número de casos atendidos, e não de casos que evoluíram para uma melhora ou cura após tratamento. Nesta Instituição, produtividade é atender muito, e não com qualidade, que nitidamente não é garantida nestas condições de atendimento.

Quanto aos aspectos facilitadores no seu trabalho, diz:

“Olha, assim, a minha terapia, que eu ‘banco’ (risos). É o lugar onde eu me renovo pra voltar. E a supervisão que nós temos aqui. Ela é quinzenal. Essa supervisão já vem de muitos anos, com o Dr. X (psiquiatra). (...) a gente passa os casos pra ele, discute, ele intervém. (...) ele é uma pessoa que está de fora, ele dá umas dicas, indica leituras. E aí a gente vai fazendo uma troca, é um espaço muito bom. Você ouve também dos outros colegas, as dificuldades, né? Então é uma troca de experiência muito boa”.

Para Verônica, a psicoterapia e a supervisão são essenciais. A psicoterapia é particular, e ela ri ao falar que paga, como se isso achasse “irônico” ter que pagar para cuidar de sua saúde mental, que acaba sendo desgastada devido ao seu trabalho. Mas sua posição frente a isso é de espera e não de ação, ou seja, não parece perceber que o fato de não ser cuidada não é algo engraçado, mas sim preocupante, e motivo para uma profunda reflexão. O que ela faz com relação a essa falta de cuidado por parte da Instituição?

A supervisão, por sua vez, é considerada suficiente para suas necessidades, mesmo tendo uma vasta demanda, e sendo quinzenal. É considerado um espaço de trocas, onde recebe dicas de como pode proceder.

Aqui parece que por estar há tanto tempo na Instituição, Verônica já se conforma com o pouco que lhe é dado. Essa supervisão pode efetivamente ser uma experiência boa, mas será que é realmente suficiente? Afinal, ela relata que uma de suas maiores dificuldades é justamente o contato com o sofrimento do outro por um período de tempo prolongado. Será que essa supervisão consegue dar conta de trabalhar esse seu sofrimento de modo profundo? Parece que falta mais tempo para si mesma, para que ela possa verdadeiramente elaborar essas questões, entrar em contato com sua própria dor advinda deste contato, não em sua terapia particular, que tem que “pagar”, mas sim nesta supervisão, que se fosse mais freqüente, de maior duração, poderia dar condições a um maior aprofundamento dos casos, o que significaria um cuidado mais efetivo ao psicólogo.

Com relação ao que poderia ser melhorado em seu trabalho diz:

“Tem o aspecto financeiro, de carga horária... contratação de mais profissionais, e tudo aquilo que eu já falei. Basicamente isso, né?”

Verônica reforça as questões já ditas, ou seja, a necessidade da contratação de mais profissionais, para com isso ter com quem dividir o trabalho, a carga horária, mas principalmente, para poder dividir sua dor. Porém, não detalha como seria o cuidado mais profundo ao psicólogo. Será que só o aumento do número de psicólogos aliviaria a dor? Ou será que com mais profissionais, a demanda acabaria aumentando, já que a fila de espera seria menor, o que motivaria outros usuários a buscar atendimento.

Quanto aos cuidados que o Município poderia oferecer ao psicólogo, diz:

“A supervisão é suficiente, mas (...) agregado à psicoterapia, a você ter uma condição melhor de fazer cursos, de renovar o seu conhecimento, mas aí você volta lá atrás na questão financeira que eu te falei, né? De ganhar dinheiro pra fazer isso (...) Sabe por que eu acho que tem que ser pessoal? Porque assim, quando a coisa é coletiva, fica todo mundo, mas você tem seu gosto pessoal, você sabe o que você quer procurar, onde você quer crescer, o que você quer conhecer. Não é aquilo que te oferecem sempre e falar que isso te satisfaz, porque eu acho que não. Eu acho que a supervisão já está ótima, mas o que precisaria mesmo é aquilo que eu te falo, é uma coisa pessoal, aquilo que você sabe que é melhor pra você, o que você quer fazer, o que você quer conhecer. De repente eu quero passar uns 3 meses no exterior pra fazer um curso, ver outras coisas, então assim, acho que isso é muito pessoal. O coletivo é bom até certo momento, mas chega uma hora que, pra mim, só ele, não satisfaz não.”

Verônica reclama por não querer um cuidado coletivo, que seria genérico, e não singular. Parece que o ideal para ela é que o trabalho fosse coletivo, mas o cuidado, pessoal. A princípio pode parecer contraditório, pois se por um lado gostaria que houvesse contratação de mais profissionais, para dividir e trabalhar em grupo, por outro acredita que o coletivo muitas vezes não é bom (não quer supervisão coletiva). Mas talvez seja uma pessoa com maior dificuldade em se expor, por isso a supervisão mais “superficial” seja suficiente, e se houver necessidade de um trabalho mais “profundo”, vai trabalhar em sua psicoterapia particular, vista como um cuidado individual.

Neste sentido, fica claro que a baixa remuneração é um fator significativo, pois gera nela uma frustração por não conseguir nenhuma coisa nem outra: ela não tem um “respaldo”, uma psicoterapia ou aprimoramento profissional fornecidos pelo Município, e ao mesmo tempo não tem dinheiro suficiente para realizar seus desejos, como passar um tempo no exterior fazendo um curso. Então, tanto o coletivo, quanto o singular, não podem ser satisfeitos/cuidados.

Quando perguntei se apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional durante o tempo em que trabalhou em UBS, respondeu:

“Não. Cansaço normal, mas ficar doente. Não, nada.”

Verônica diz que não ficou doente, mas refere-se ao cansaço, ao desgaste emocional. Talvez ela pense em adoecimento como manifestações de sintomas físicos exclusivamente externos, mas entendo que cansaço e desgaste emocional também são formas que o corpo encontra para expressar algum tipo de sofrimento e/ou conflito. Ou quem sabe, por algum motivo, neste momento da entrevista ela não tinha consciência ou não se sentiu à vontade para entrar em contato com essas questões.

Por fim, pergunto o que ela entende sobre Síndrome de *Burnout*.

“Nada. Mas o que é? Eu ouvi falar muito vagamente por outra pessoa que eu também dei uma entrevista, que ela também estava fazendo um trabalho sobre a saúde dos psicólogos no ambiente de trabalho, agora não sei se no público ou privado”

Verônica não conhece a síndrome, mas sabe um pouco que está relacionada à saúde do psicólogo e seu ambiente de trabalho. É necessário refletir o quanto é fundamental oferecer orientações sobre autocuidado, como prevenir o estresse, o *Burnout*, para que o psicólogo possa cuidar de sua saúde mental.

Temas abordados:

- Psicólogo em UBS = demanda grande e misturada => necessidade de saber atender todas faixas etárias, todas patologias.
- UBS = aspectos positivos (ganho de experiência, enriquecimento pessoal, ampliação de visão de mundo) e negativos (sobrecarga).
- Contato sofrimento mental do outro = desgaste = consome energia
- Sentimento de desvalorização = baixa remuneração
- Sobrecarga + carga horária prolongada => cansaço
- Vasta demanda X número insuficiente de psicólogos = necessidade de contratação de mais psicólogos para dividir o trabalho e atender à demanda.
- Pressão para atender maior número de pessoas – quantidade X qualidade.
- Supervisão e Psicoterapia essenciais.
- Coletivo X Singular

Síntese:

De um modo geral, podemos dizer que Verônica é uma psicóloga que parece estar “adaptada, conformada” com o sistema. Ela parece ter clareza das dificuldades que o profissional da saúde mental enfrenta, devido à sobrecarga, exposição por período prolongado ao sofrimento mental do outro, e que tudo isso gera um desgaste, consome energia, e que não é saudável. Porém, apresenta seus pedidos de forma tênue, como se não tivesse direito a eles. Não exige soluções, mudanças, apenas continua trabalhando, para corresponder às estatísticas, optando por uma posição menos contestadora como forma de enfrentamento. Com isso, parece não se dar conta que esse “cansaço normal” pode ser um adoecimento latente.

ALINE

“(...) Então dá pra cumprir, entre aspas. Tem meses que dá, tem meses que não dá. Mas na maioria eu consigo, mas nunca teve nenhuma cobrança da equipe de Saúde Mental. (...) Então essa liberdade entre aspas a gente tem. (...) Então assim, eu tenho autonomia (...) Desde que eu cumpra as normas, tanto da UBS quanto da Saúde Mental, da Secretaria. Ai eu me moldei neste sentido. Então assim, entre aspas, não tenho reclamação.”

Minhas impressões:

Essa entrevista foi diferente por dois motivos: um porque foi realizada em seu consultório particular, ou seja, fora da Instituição em questão. Segundo porque eu não conhecia Aline direito, uma vez que ela entrou para a rede quando eu estava saindo. Então, senti nesse contato uma relação sem a possível “contaminação” descrita em outros atendimentos: eu estava ali no papel de pesquisadora (e não ex-colega), e ela como participante.

Análise da entrevista:

Em primeiro lugar, Aline fala sobre o significado de sua prática profissional, como psicóloga atuando em Unidade Básica de Saúde.

“A prática (...) me rendeu experiência, porque na verdade eu sai da graduação, estudei um tempo e depois é que eu fui pra lá. Então (...) foi super rico, porque depois a gente coloca em prática, a gente vê se realmente a gente acertou (...) em escolher essa

profissão por exemplo, né? E eu gostei muito. Na verdade (...) a gente vai aprendendo cada vez mais, mas sempre (...) naquela satisfação. Eu acho que (...) é uma das coisas que acabam ajudando bastante o profissional, de saber que você se enquadrou, se encaixou, (...) e o atendimento também faz com que você enriqueça, reviva algumas situações também, o quanto você consegue elaborar essa situação, e o quanto você consegue obter do paciente um resultado positivo. E como vem um atrás do outro, acho que é interessante. Essa questão, que é diferente do consultório mesmo, que é um horror. Então pra mim foi ótimo, neste sentido de colocar a teoria em prática e ver o quanto a gente consegue se encaixar.”

Aline acredita que a experiência trabalhando em UBS foi e continua sendo positiva, pois confirmou sua escolha profissional. Ao se formar, temia que não pudesse colocar em prática tudo que se dedicou estudando, ou mesmo, que tivesse errado na escolha. Mas atuando como psicóloga em UBS, descobriu que acertou na escolha, e está enriquecendo profissionalmente. Porém, fala que “se enquadrou, se encaixou” nesta profissão, o que nos faz refletir: será que a profissão era uma escolha apenas idealizada, que ela não teve experiência prática durante a faculdade, e acabou tendo que se “encaixar” na profissão, independente de como era?

Além disso, diz que a situação do consultório é um “horror”, referindo-se ao fato de não ter a possibilidade de atender a mesma quantidade de casos, a mesma variedade, ou seja, não tem a parte prática tão rica. Mas por que será que é um “horror”? Talvez a Instituição ofereça a segurança de uma prática com regras definidas, com pacientes garantidos, e ela se “encaixa” neste padrão, o que é diferente do consultório, que a própria pessoa precisa criar seu modo de atender, buscar formas de divulgação para os pacientes chegarem.

Com relação às conseqüências que essa prática tem sobre sua vida, diz:

“Conseqüências? Acho que nenhuma! Não. Só aconteceram coisas positivas. Eu penso em conseqüência como algo negativo, mas não, pra mim só enriqueceu, pra mim foi muito bom. De colocar minha profissão em prática. (...) qual seria a grande frustração, né? Terminar a graduação e não conseguir colocar em prática. Então, assim, até quando eu terminei o curso, eu fiquei pensando ‘E agora, como é que eu vou fazer?’ Porque consultório, eu já tinha consciência de que não daria, a gente morreria de fome e não teria condições. E eu fiquei pensando (...) como que eu poderia estar fazendo pra

estar colocando em prática, pra ver se realmente era aquilo mesmo, se eu tinha condições de por em prática a teoria. E aí eu me inscrevi também em uma instituição sem fins lucrativos, daí eu fui fazer o atendimento com um pagamento bem irrisório. Aí eu comecei aos pouquinhos né? (...) Mas aí à medida que a gente foi aprendendo, fui eu e uma colega, a gente foi aprendendo, aprendendo (...). Daí ‘Acho que agora dá pra dar uma deslanxada’. Ai eu tinha pensado mesmo no consultório. (...) me manter dentro da prefeitura, que seria meu ‘ganha pão’, e o consultório seria minha experiência, e se desse dinheiro, uma hora extra. Ai aconteceu esse convite, então (...) Nem pensei duas vezes: ‘Claro que eu quero. Tem algum fixo?’ ‘Tem.’ Pensei: ‘O tempo que eu vou estar lá vai servir como experiência, e vai me enriquecer.’ Porque é assim, os casos, um caso muito diferente do outro, mesmo que seja a mesma patologia, mas é diferente, porque cada um é cada um, e tem outras associadas também. Então pra mim só foram realmente coisas boas, muito bom.”

Neste trecho, Aline reafirma a importância dessa experiência como a possibilidade de constatar que sua escolha foi acertada. Além disso, o fato de ter conseguido este emprego foi importante para garantir estabilidade financeira necessária para o início da carreira, o que acredita que não seria possível atendendo em consultório. Ainda, a quantidade de casos diferenciados, traz um enriquecimento profissional que não teria no consultório. Isso faz com que atualmente possa ter o emprego na rede pública, que garante seu sustento, e o consultório, para a experiência clínica.

Esse discurso parece contraditório ao anterior, em que ela fala que o consultório é um “horror”, visto que neste trecho ela parece compreender o seu trabalho em UBS como possibilidade de estabilidade financeira, e o consultório sim, como a possibilidade de exercer a prática clínica. Em qual dos dois ela acredita que está ganhando experiência? O que ela entende por experiência clínica? Na realidade, parece que ambas práticas possibilitam aprendizado, mas cada uma com suas características peculiares.

Sobre os aspectos facilitadores do trabalho em UBS, diz:

“A maior parte é facilitado. Porque eu tenho autonomia, sou eu quem marco as consultas, sou eu quem faço os agendamentos, a triagem. O auxílio que eu peço, eu peço pra alguém entrar em contato por telefone, o pessoal também colabora dentro da Unidade, então eu não tenho nenhum tipo de problema. A Diretoria também me colocou muito à vontade, me deu autonomia. A Secretaria de Saúde Mental também,

eles tem alguns critérios. Então eu sigo esses critérios, tem a parte burocrática que eu também sigo.”

Para Aline, os principais facilitadores são sua autonomia com relação às decisões pertinentes aos atendimentos, e o auxílio dos funcionários da UBS, que sempre colaboram para que seu trabalho funcione. É interessante pensar em como a Instituição é a mesma, mas cada profissional enxerga determinados aspectos sob uma ótica pessoal, o que também pode estar relacionado ao fato de cada UBS funcionar de um jeito próprio, de acordo com o diretor desta. Além disso, é curioso notar que Aline, mesmo com critérios pré-estabelecidos, considera-se autônoma em seu trabalho.

Já com relação às dificuldades em seu trabalho, Aline diz:

“Dificuldades (...) A sala que é pequena, porque quando a gente vai fazer um grupo, não comporta o número de pessoas, então tem um “x”, mais que aquilo não dá. E como lá onde eu trabalho tem um PA, então lá ficou concentrado em um prédio para as duas atividades (UBS e PA), e aí não tem sala disponível. Mesmo a sala que estaria disponível para o grupo, está lá o pessoal do PSF (Programa Saúde Família), junto com os prontuários, marcação de consulta e agendamento de especialidades, então quer dizer, não tem. O espaço físico é que é o ponto negativo ali, né? Mas quando separar né? O prefeito já prometeu que iria fazer uma reforma no Pronto Atendimento (...) então esse prédio que a gente está seria só UBS. Aí a sala destinada pra Saúde Mental é grande. Aí a gente vai ficar tranquilo, mas até isso acontecer, a dificuldade é essa. E também assim de atender né? De suprir a demanda. A demanda reprimida infelizmente todas as UBS tem, a minha tem, o tempo de espera está em um ano, está muito grande a lista, está em um ano, a gente tenta, mas (...)”

Neste trecho, Aline começa a falar dos aspectos negativos: aponta como dificuldade a questão física, ou seja, falta de sala maior para atendimento em grupo, o fato de a UBS ter que dividir salas com o Pronto Atendimento, o que implica em um menor espaço para o trabalho do psicólogo. Além disso, a demanda é grande, o que gera uma lista de espera de mais de um ano, e ela é a única psicóloga da UBS para atender todos esses usuários.

Ainda falando sobre as dificuldades, Aline diz:

“Um outro fator que eu acho que é negativo, não que para o meu atendimento (...) a falta de conjunto né? Dos outros profissionais de também estarem avaliando. Porque vem muito encaminhamento assim: ‘Criança com problema de aprendizagem.’ (...) Então tem outros profissionais que eles poderiam estar encaminhando, ou pedindo uma avaliação, ou avaliando (...) para estar fazendo alguma anamnese na criança, porque a maioria das crianças, elas têm sofrimento fetal. Por isso que ela não aprende, por isso que ela tem uma dificuldade na aprendizagem. Um trabalho multidisciplinar, porque ai facilitaria a nossa vida. Porque tem a lista de espera, e a pessoa que está no balcão, ela não avalia a gravidade, e na verdade os próprios médicos também não colocam exatamente o que acontece com a criança, ou adulto. (...) Então pelo encaminhamento não dá para a gente avaliar se é urgente ou não. Então assim, são esses fatores ai que dificultam né? Mas não para mim, para o meu atendimento, mas para o próprio paciente. Porque uma dificuldade de aprendizagem por exemplo, a gente poderia fazer uma avaliação, né? O próprio pediatra poderia estar encaminhando pro Neuro, e o neuro também fazer um diagnóstico em conjunto, para estar avaliando a criança e encaminhando, para o psicopedagogo, por exemplo. Mas o Município não tem, né? Profissional dessa área, mas a gente tenta encaminhar para as outras instituições, porque é um trabalho que é deles, e não exatamente para nós psicólogos de UBS. Então poderia já dar uma boa descentralizada neste sentido, e diminuir a lista. Ai depois sim, se fosse avaliado uma baixa auto-estima, uma agressividade, alguma coisa neste sentido, por conta da escola, ai sim. Aumenta a lista, mas assim, o grande prejudicado não sou eu, é o paciente, que poderia estar dando andamento, e quando chegasse a mim, já estaria com todos os exames. (...) é um fator que é negativo para o paciente. Se desse pra alguém fazer uma triagem, também facilitaria.”

Neste trecho, Aline fala da falta de uma equipe integrada, que trabalhe os casos em conjunto, bem como da dificuldade de cada profissional fazer sua parte de forma eficiente, de modo a encaminhar para os profissionais corretos, solicitar exames, agilizando assim todo o processo. O paciente é encaminhado para a psicóloga para uma avaliação, quando muitas vezes, necessita de um neurologista, ou psiquiatra, ou no mínimo de exames desses outros profissionais, que demoram, e poderiam já ser solicitados para agilizar o processo da avaliação psicológica, e conseqüentemente diminuir seu trabalho e a fila de espera.

Neste sentido, acredita que se houvesse algum profissional para realizar as triagens, poderia adiantar alguns desses procedimentos, para que somente os casos que realmente necessitassem de atendimento psicológico aguardassem na fila de espera. Aline considera que isso facilitaria seu trabalho, mas enfatiza a importância de garantir esse atendimento mais integrado e, conseqüentemente, ágil, principalmente pelo paciente.

Porém, quem seria este profissional? Como fazer uma triagem dos pacientes, diferenciando o que é urgente, o que não é, para quais profissionais precisa encaminhar? Parece que isso gera uma nova questão: quem seria o profissional único, capaz de entender de todas as especialidades, saber para quais encaminhar, quais exames pedir? Será que isso é possível? Não seria mais eficaz um trabalho verdadeiramente interdisciplinar, em que à medida que um profissional recebe um encaminhamento, ele tem a possibilidade de conversar com outros profissionais da UBS para auxílio diagnóstico? Para isso, há necessidade de um tempo maior por caso, que implica em contratação de um número maior de profissionais, mas em contraponto, isso agilizaria efetivamente o processo, e o paciente teria maior possibilidade de tratamento e cura eficaz.

Aline explica como funciona essa lista de espera:

'ele fica em uma lista no balcão. Mas se alguém chegasse e já olhasse. Eu até dei uma orientada pra elas, que se fosse psiquiátrico, coloca lá pra o Dr. Y' (psiquiatra), a gente colocaria e ai é fácil. Porque a gente tem que completar agenda todo mês, 18 pacientes, e ai eu olharia direitinho se é urgente, se foi indicação do psiquiatra. (...) em todas a UBS é difícil neste sentido, mas não para eu atender, para eu atender não, para o paciente.'

Então, fica claro que ela acredita que o atendimento em UBS seria facilitado se o trabalho fosse integrado, e se houvesse uma triagem eficaz. Neste trecho, comenta que tem um número de pacientes por mês, então pergunto se ela tem que atingir esse número, e se isso não acaba interferindo em sua autonomia.

“Tem um critério: todo mês você (...) diminui a lista de espera. Tem 18 entradas, 12 de adultos e 6 de crianças, mas a minha demanda é mais infantil, então eu faço o contrário, só que ele nunca cobrou isso daí. Mas eu cumpro, 18 ou mais até. Tem meses que tem mais, porque por exemplo: eu estou fazendo uma triagem. Ai eu chamo o paciente, marco o horário direitinho, o paciente faltou (...) Porque ele não compareceu na triagem, ele perde a vaga, e ai eu já chamo outro. Então é assim, no começo do mês que eu começo a chamar, o pessoal não vem, no final do mês já deu mais que 18 triagens. Então dá para cumprir, entre aspas. Tem meses que dá, tem

meses que não dá. Mas na maioria eu consigo, mas nunca teve nenhuma cobrança da equipe de Saúde Mental. E o diretor também, ele não chega pra mim e diz: ‘Olha, você precisa atender mais, porque tem muita reclamação.’ Ele não... nunca cobrou nada ‘Ah, você tem que atender fulano, você tem que encaixar não sei quem.’ Não, nunca chegou. Então essa liberdade entre aspas a gente tem. E o critério de atendimento é de 9 a 12 pacientes por dia, então nesse critério eu dividi o horário, as 6 horas diárias, divido e aí eu ponho tantos minutos pra cada paciente. Tem dado certo. Então assim, eu tenho autonomia (...) Desde que eu cumpra as normas, tanto da UBS quanto da Saúde Mental, da Secretaria. Aí eu me moldei neste sentido. Então assim, entre aspas, não tenho reclamação.”

Aline diz que o Município tem uma regra de atender 18 casos novos por mês, e que por enquanto tem conseguido cumprir essa meta, e quando não cumpre, não é cobrada por isso. Isso nos faz refletir: como se chega a esse número de 18 novos casos? Qual critério utilizado? Parece que a prioridade é por quantidade, e não qualidade, ou seja, ao invés do critério ser proporcional ao número de pacientes que tiveram alta, foi instituído um número X de casos novos que precisam ser atendidos, mesmo que os pacientes que estão em tratamento não tenham ainda recebido alta, acumulando assim, a quantidade de pessoas em atendimento, diminuindo conseqüentemente a qualidade desses.

Em seu discurso fala várias vezes que tem autonomia “entre aspas”, que tem liberdade “entre aspas”, bem como colocou que não tem reclamação desde que cumpra todas as normas estipuladas, desde que se molde à Instituição. Como exercer autonomia diante de tantas obrigações?

Dessa forma, podemos pensar que, na verdade, é uma autonomia relativa, já que ela não sabe ao certo como seria se não cumprisse essas regras, se não tivesse já se “moldado” a essas regras. No fundo, ela cumpre a quantidade de atendimento exigida, então não podemos pensar em uma autonomia absoluta. Ela cumpre as exigências de um jeito ou de outro, então não há cobrança, não há reclamação, afinal, faz aquilo que lhe é exigido. Talvez por isso, a autonomia e a liberdade tenha sido referidas entre aspas, porque são relativas, não são

verdadeiras. Essa é sua forma de enfrentamento, ou seja, ela opta por fazer o que lhe é solicitado, sem contestar, e considera a experiência positiva.

Aline, então, fala um pouco sobre as reclamações por parte dos usuários, sobre o tempo que leva para serem atendidos.

“Porque às vezes (...) os familiares que chegam reclamando da demora. Mas aí a gente coloca que (...) tem UBS que não tem o profissional, e aí acumula muito para uma Unidade, por exemplo, para estar suprindo todas essas necessidades, e realmente é preciso aguardar. Mas é difícil, porque se chega alguém com encaminhamento, eu leio, eu dou uma olhada. Dependendo da situação eu já oriento, neste sentido assim ‘Olha, pede para o pediatra já mandar para o neuro, que o neuro também demora bastante’, ou alguma outra coisa. Eu já dou uma orientada assim na hora, e aí a pessoa se acalma, acaba entendendo né? E aí quando eles ameaçam de falar que vão reclamar na Secretaria, eu falo assim: ‘Olha, eu até agradeço se vocês reclamarem, porque daí eles vão saber da necessidade de mais profissionais.’ (...) Porque o paciente (...) sabe diferenciar um psiquiatra de um psicólogo, de um obstetra, de um outro profissional (...) Ele sabe o que é da nossa competência e o que não é. E ele sabe que tem situações que realmente eles precisam de psicólogo mesmo, né? Então é bacana saber que os pacientes sabem disso. Mas que a realidade financeira deles, infelizmente, não dá pra ir atrás de um psicólogo em um consultório particular.”

Aline conta que às vezes os pacientes vêm procurar um psicólogo, sabendo exatamente de sua necessidade naquele momento deste profissional, o que acredita ser bom: sente-se valorizada enquanto profissional. Então, explica que o Município está com poucos profissionais, orienta o paciente e isso parece resolver aquela questão a curto prazo.

Aline parece encarar todas as dificuldades de forma positiva, pois acaba revertendo as questões a seu favor, por exemplo, se o paciente ameaça reclamar na secretaria, ela agradece, pois sabe que efetivamente, a única forma de contratarem mais profissionais é se a população for reclamar. Então, parece que ela busca formas de enfrentamento mais positivas neste sentido. Como foi mencionado na parte teórica, algumas pessoas são capazes de interpretar os agentes estressores, as dificuldades como desafios a serem superados. Aline parece perceber as dificuldades da Instituição, mas aprende a lidar com as situações estressantes, superando-as e amadurecendo ao invés de adoecer.

A partir dessa fala, perguntei se ela não tem dificuldade de dizer “não” a esse pacientes:

“Não, é tranquilo porque eu olho o encaminhamento. Então aquele que eu vejo que tem uma certa urgência né? Eu já anoto o telefone, e a próxima vaga eu já encaixo e dou prioridade.”

Então perguntei qual seria o critério utilizado para determinar quais casos que seriam considerados de “urgência”:

“Normalmente assim, não tem exatamente (...) por exemplo, se chega uma criança, uma avaliação psicológica por dificuldade de aprendizagem, que o neuro está pedindo (...) se ele aguardar um ano, a criança vai perder um ano de escola, e poderia estar fazendo um trabalho com a fono, ou com o psicopedagogo, ou indo já para um neurologista, para poder estar medicando, né? Ou um psiquiatra infantil, que a gente também já pode estar encaminhando, e aí eu falo ‘Olha, eu posso até fazer uns testes, atendo umas duas, três vezes no máximo, e eu já encaminho para estar fazendo uma avaliação com esses outros profissionais, depois a gente junta tudo e você volta para mim’. Que assim, eu coloco que é um trabalho em conjunto e cada um vai fazer a sua parte, que depois a gente vai juntar tudo e, chegar a alguma conclusão, para pelo menos a pessoa ficar mais tranquila e não ficar um ano na fila de espera esperando (...) Mas se chegar na porta (...) eu não digo não, mas eu sempre dou uma avaliada, já dou uma encaminhada, e se realmente for algo que pode esperar, eu já cheguei a falar não mesmo. ‘Infelizmente a gente tem uma lista de espera, eu sou a única aqui, e terá que esperar.’

Aline utiliza como exemplo casos de crianças com dificuldades de aprendizagem, em que há necessidade de um trabalho em conjunto com outros profissionais, para um diagnóstico completo, e que precisa ser feito de imediato, para que a criança não perca um ano na escola. Mas fora esses casos, como define os critérios de urgência? Como administra seu tempo, para conseguir ler o encaminhamento, fazer uma avaliação rápida, atender os casos, enfim, para fazer tudo que faz, e ainda, atender os 18 casos novos por mês?

Outro ponto a refletir é que, em seu discurso, parece que na realidade ela sempre acaba atendendo; mesmo que somente para uma orientação rápida, oferece algum tipo de

acolhimento. Então penso sobre a demanda: se ela sempre acaba atendendo, mesmo que rapidamente, e mesmo assim a lista de espera está em aproximadamente um ano, me questiono como se sente ao ver que, por maiores que sejam seus esforços e intenções, não resolve o problema da demanda, e de todos os pacientes. É como se fosse um trabalho que nunca acabasse!

Neste sentido, Aline conta como faz para lidar com o fato de, muitas vezes, ter que dizer não:

“Sempre (...) de acolher quem chega né? E segundo é estar explicando o por que do meu não, ou o por que de esperar, ou o por que que eu já vou encaminhar para outros profissionais, que na hora que chegar mesmo, a gente chegar a alguma conclusão. Eu sou muito do acolher, do acalmar, do explicar o por que que eu estou fazendo aquela coisa, ou do por que é necessário esperar, né? (...) Então ele chega aqui e fala ‘Não, é que essa daqui é minha irmã.’ Então (...) ele não está preparado para fazer psicoterapia, existe um grau de ansiedade seu, ou um grau de querer que o outro faça um tratamento, mas só que o outro também não está disponível. (...) Então esse tempo de espera de um ano talvez seja para a pessoa elaborar que de fato ela precisa, ou não. (...) De repente não é aquela pessoa que precisa de psicoterapia, e sim o familiar. (...) Eles acabam entendendo. Um ou outro que chega assim: ‘Ah, eu vou na Secretaria reclamar’, e aí eu falo ‘Aí que bom, por favor.’ (risos). Aí o resultado não sei se tem, porque assim, não chega nada para mim, do tipo: ‘Você não atendeu, você se recusou.’ Não chegou. Então assim, eles ameaçam, mas talvez até nem cumpram, né?”

Aline parece não ter dificuldade em colocar o paciente na fila de espera e dizer não para aquele atendimento imediato por dois motivos: primeiro porque sempre faz algum tipo de acolhimento inicial, até para verificar a urgência ou não do caso, o que de certa forma a tranquiliza. É uma proposta interessante, pois o acolhimento inicial, muitas vezes, já ajuda bastante uma pessoa que enfrenta dificuldades, podendo até ser compreendido como um tipo de atendimento.

Segundo porque acredita que muitas vezes não são os pacientes que necessitam de terapia (podem ser os familiares), ou mesmo não estão prontos para o processo, então terão em média um ano para pensar e se mobilizar ou não para o tratamento.

Além disso, podemos pensar que novamente ela acaba sempre revertendo a queixa a seu favor, ou seja, se um paciente quiser reclamar, ela ainda o incentiva, para que a contratação de novos profissionais seja reivindicada. Talvez isso seja possível, pois ela sabe que está fazendo o seu máximo, que atende todos os pacientes, mesmo que de forma breve, então no fundo, nem eles, nem a Instituição tem do que reclamar.

Quando pergunto sobre como seu trabalho poderia ser melhorado, diz:

“(...) Poderia ser melhorado se os pacientes aderissem também a algumas indicações que a gente coloca, né? Por exemplo: tem pacientes que... o que ajudaria bastante é ele participar do Centro de Convivência, outro de fazer recursos nos Núcleos, que o Município oferece. E atividades extras também, corporais, esportivas para as crianças também, então assim, facilitaria neste sentido. Se o paciente ou o pai, ou mãe das crianças facilitassem neste sentido, de estar colocando a criança para estar fazendo atividades extras, né? Fora da escola (...) seria ótimo. E na verdade assim, o Município também, se oferecesse esse tipo de curso, estar oferecendo as vagas nos cursos em diferentes horários, porque tem curso que é só de manhã. Se a criança estuda de manhã, não tem à tarde, não tem como participar, e vice-versa. Então existe essa dificuldade. Facilitaria bastante para a gente. Não só a psicoterapia em si (...) essas crianças que não tem limite, por exemplo. Então se fizesse futebol, basquete, ou essas artes marciais, tudo tem o outro, a questão do outro, de pensar no outro, de ter limite, seguir as normas, regras colocadas. Isso daí, sem dúvida, ajudaria bastante.”

Aline acredita que para seu trabalho ser melhorado, os pacientes precisariam ter outras opções além da psicoterapia, utilizando todos os recursos que o Município oferece, de acordo com as recomendações do psicólogo. O Município, por sua vez, teria que criar mais recursos, como cursos, esportes, centros de convivência, para oferecer mais opções, no sentido de complementar o tratamento indicado.

O grande problema é que mesmo com seu esforço, e com a criação desses espaços, não há garantia de adesão por parte dos pacientes, ou seja, existem questões que estão fora de seu controle, que não tem como garantir, e isso faz parte do processo de cada um. Parece que sempre acaba conseguindo superar os obstáculos que dependem só dela, ou seja, acaba sempre fazendo o máximo possível para atender casos os difíceis, e a demanda significativa.

Porém, os obstáculos que dependem da Instituição (reforma da UBS para maior espaço, criação de núcleos e atividades extras para usuários, etc), são considerados como problemas, dificultadores, porque não estão sob sua esfera de ação.

Ainda falando sobre como o trabalho poderia ser melhorado, Aline diz:

“(...) a gente poderia ter mais profissionais. Não no sentido de valorização do profissional, mas assim de estar suprimindo a necessidade do Município. Para a gente poder também fazer trabalhos diferenciados, não só no Centro de Convivência, mas em algum outro. Porque é assim, tem muitas pessoas que não se encaixam dentro do Centro de Convivência. Mas fazer as outras atividades também. A gente poderia estar ampliando neste sentido, mas não tem nenhum interesse. Então (...) é uma pena porque eu trabalho muito focada no paciente. (...) você pensando nos pacientes, em como a gente poderia estar suprimindo a demanda e as necessidades de cada um, né? Agora vai ter formação do CAPS. Então assim, é um grupo, muito específico, mas e os demais? (...) o pessoal que frequenta lá o Centro de Convivência é um grupo. Mas infantil não tem. Todas essas crianças que têm dificuldade na aprendizagem que na verdade são DM (deficiente mental), ele também não tem um trabalho assim pra eles né? Vai ter o CAPS infantil, mas a gente não sabe o trabalho que vai ser desenvolvido lá ainda. (...) Mas eu percebo que existe um outro grupo, referencial, de estar pegando grupos mesmo de diferentes pessoas, para estar fazendo um outro trabalho.(...)”

Acho interessante a forma como começa falando da necessidade de outros profissionais, não para “valorização do psicólogo”, mas sim para suprir a demanda. Depois, complementa sua idéia apontando para a necessidade de haver mais recursos na comunidade, para abranger as especificidades, e acolher de modo global todos os pacientes, com as peculiaridades das mais diversas patologias, do Município. Então, Aline parece estar sempre pensando no que poderia ser oferecido para o paciente, e não para o profissional da Saúde Mental. Talvez seja necessário que ela desloque o problema, que fale sobre a necessidade de um maior cuidado ao paciente, e não para si mesma. Pode ser que sinta que fazer um bom trabalho com o paciente seja mais gratificante e importante do que pensar em cuidados para si mesma.

Então, pergunto se existe algum espaço de ajuda aos psicólogos:

“Bom, agora com o Dr X fazendo essa supervisão quinzenal (...) eu tinha entendido de uma forma, mas na verdade ela é de uma outra. Então assim, foi colocado que a cada 15 dias ele daria uma supervisão para quem tivesse disponibilidade, ou para quem necessitasse. Aí eu falei assim, ‘Bom, então eu posso participar.’ (...) Só que daí, o que me falaram é que o meu entendimento estava errado. Que eles mudaram de idéia. O Dr. X vai em cada Unidade e ele faria a supervisão para o profissional daquela Unidade, então não está aberto para os outros. E a minha Unidade vai receber uma vez no ano! (...) Bom, neste sentido eu falei assim ‘Bom, então as outras supervisões que poderiam estar me ajudando, eu não vou ter o acesso. Então eu vou sugá-lo no meu dia.’ Mas nos outros a gente não participa. E eu tinha entendido que todas que quisessem participar, ou que tivessem disponibilidade de horário, poderiam estar participando. Então assim, quinzenalmente eu poderia estar me enriquecendo com esse benefício. Mas não é. Tem aí questões, por exemplo, fobias, ansiedades, transtornos alimentares, que o sentimento, ele é comum né? E a gente vai buscando aprender um pouco mais nessas questões aí. Mas não foi como eu pensei. Então é uma ajuda, claro que é, mas... Então essa reunião da Saúde Mental também é uma supervisão que aí é aberto para todos, porque aí a gente vai falar na reunião. E aí gente faz uma supervisão mensal, e a quinzenal fica para cada profissional. Foi o lado negativo. E o positivo foi que ele veio pra integrar nossa equipe de Saúde Mental.”

Neste trecho Aline demonstra bastante frustração com relação ao tipo de supervisão que vai ser oferecido. Ela havia entendido que esta supervisão seria quinzenal, e aberta a todos os profissionais. Com isso, mesmo que não houvesse tempo para falar especificamente de seu caso, aprenderia ouvindo o caso da colega, uma vez que existem características comuns entre as mesmas patologias.

Porém, na realidade, a supervisão de cada Unidade será apenas para o profissional que trabalha nesta, e ainda, será apenas uma vez por ano. Será possível? O que será que esta sendo considerado supervisão?

No final de sua fala, Aline diz que ao menos terão um supervisor, então enxerga a situação, por pior que esteja, positiva, pois é melhor do que nada, melhor que não ter supervisão nenhuma. Essa é sua forma de encarar as dificuldades, ou seja, tende a ver sempre o lado positivo das coisas, ou talvez tenha bastante dificuldade em se queixar, ou ainda, talvez não haja espaço para queixas.

Com relação ao cuidado com o profissional que o Município oferece, Aline diz:

“(...) no início foi disponibilizado isso (...) A Saúde Mental, a coordenadora, falaram: ‘Se você tiver alguma dificuldade, você pode estar perguntando pra gente né?’ Mas não no sentido de supervisão (...) naquilo que elas pudessem estar indicando, ou estar facilitando, mas dentro da experiência delas, podendo estar colocando... Mas com o Dr X já é uma outra visão, que na verdade elas também estão necessitando de supervisão? Mas assim, aparentemente eu vou até onde eu sei, até onde eu percebo que o paciente está progredindo. A maioria acaba desistindo porque ai resolveram o problema deles. Ou quando se deparam com algumas questões eles meio que bloqueiam, e ai largam o tratamento. Mas a grande maioria acaba realmente resolvendo suas questões, tem efeito positivo. Então assim, grandes transtornos não tive, ou grandes dúvidas assim...eu posso estar errada também, né? Talvez agora dentro dessa supervisão com o Dr X talvez eu comece a perceber alguma questões que eu tenha dificuldade e que eu não tinha percebido. Mas à medida que dá para resolver, eu acabo, pelo menos tentando resolver.”

Neste trecho fica evidente o quanto Aline acaba se conformando com aquilo que lhe é oferecido, mesmo que tenha consciência de que é pouco. Então, acaba sempre tentando resolver as questões por si mesma. Por enquanto acredita que tem dado certo, já que aparentemente não teve nenhuma dúvida importante, ou mesmo um caso de maior dificuldade. Mas me parece que talvez os casos mais graves podem ser justamente aqueles que “desistem, bloqueiam, largam o tratamento”. Será que, em alguns casos, não é menos doloroso, e mais “fácil” não entrar a fundo em algumas questões, pois isso implicaria na necessidade de uma supervisão mais efetiva? Parece que a forma de enfrentamento adotada por Aline faz com que o trabalho seja menos doloroso.

Quando pergunto sobre qual o tipo de cuidado gostaria que tivesse para o psicólogo, responde:

“Cuidado? Não sei, acho que o cuidado assim, que cada um deveria se perceber, né? Mas é meio difícil. Mas ter alguém aqui que tivesse assim ‘de olho’. Por exemplo, a gente está com uma colega lá, que ela atualmente ela está com uma certa dificuldade, mas ela sabe que ela tem uma dificuldade, mas (...) está pior do que ela pensa. Então (...) se a gente tivesse (...) agora (...) com o Dr X, tudo agora é o Dr X. Então o pessoal estava comentando: ‘Ah, ela deveria falar com o Dr. X, ver no que ele poderia estar... atendendo ela, dando uma orientada.’ Porque ela estava meio fora de órbita né? Na verdade assim, quando a gente perceber que a gente está com alguma dificuldade pessoal, para não misturar lá no set terapêutico, né? Mas uns conseguem, outros não.

Não sei se me encaixo neste sentido, mas eu me coloco como não. Mas seria interessante se tivesse uma outra pessoa, né, um olhar externo (...) Uma pessoa de fora para a equipe. Ah, seria ótimo. (...) todo mundo comentou e já percebeu que ela está mesmo (...) numa fase muito ruim. (...) Mas também ela não tem nenhum outro respaldo. Psicoterapêutico ela não tem, ela não tem acolhimento de ninguém da equipe. Eu me ofereci (...) Mas ela se fecha. Então na verdade, eu não tenho nenhuma autoridade para isso, mas a coordenadora de Saúde Mental poderia estar colocando para ela, né? Sugerindo né? ‘O que você acha de conversar com o DrX e tal.’ Antes já acertar com o Dr. X se ele poderia estar, pelo menos assim, abrindo um caminho, para que ela aceitasse a psicoterapia. Menos mal que ela percebeu que ela não estava psicologicamente bem, e ela está tomando antidepressivo, e ela pediu um tempo. Então ela está de licença. Mas logo logo também ela volta, e a gente não sabe. Porque a gente tem que fazer isso para poder estar atendendo né? Então a gente fica até meio apreensivo, tanto com ela, que é uma colega que está com essa dificuldade, está passando por essa fase negativa, e os pacientes também que poderiam estar sendo prejudicados. Não por conta de um mal atendimento, mas por conta de uma dificuldade dela interagir.”

Aline acredita que seria fundamental o psicólogo conseguir perceber quando está com dificuldades, quando está “misturando” questões pessoais no atendimento. Parece que Aline tem tendência a atribuir responsabilidade ao próprio psicólogo, conseqüentemente, a si mesma. Ela percebe que nem todos conseguem fazer essa auto-análise, então fala sobre a necessidade da Instituição de ter algum profissional, um supervisor, ou psicólogo institucional, que seria este “olhar externo”, fundamental para fazer essa análise do trabalho do psicólogo, e dessa forma, cuidar de sua própria saúde mental.

Para justificar essa necessidade, utiliza o exemplo de uma colega que está com sérias dificuldades psicológicas, que inclusive está de licença, mas que, para Aline, o caso é mais sério do que parece, ou seja, ela precisaria de um cuidado maior, já que não tem nenhum tipo de atendimento psicoterapêutico. Aline acredita que para ser psicóloga, a pessoa precisa antes de tudo estar com a mente saudável, e isso a deixa apreensiva com relação à volta dessa colega quando a licença acabar.

Outro fato interessante é o quanto o supervisor Dr. X é mencionado e, neste trecho especificamente, parece ser considerado um “salvador”, capaz de resolver todos os problemas.

Parece contraditório, a medida em que ela mesma estava refletindo sobre a periodicidade da supervisão, que seria de apenas uma vez por ano, ou seja, insuficiente.

Quando pergunto à Aline se apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional durante esse tempo em que esteve trabalhando em UBS, diz:

“(...) Tive, na verdade (...) problemas particulares que me afetaram emocionalmente, e eu me afastei da UBS. Mas não durante o atendimento psicológico, mas durante meu cargo efetivo, mas que me valeu muito de experiência (...) Foi pessoal.”

Aline parece não associar esse adoecimento ao trabalho em si, mas sim a questões pessoais. Porém, não ficou claro o que quis dizer neste trecho com os termos “atendimento psicológico” e “cargo efetivo”. Valeria a pena esclarecer melhor, mas me parece que quando fala em “atendimento psicológico” se refere ao consultório, e “cargo efetivo” refere-se ao período em que trabalhou em UBS. Logo em seguida relata um cansaço muito grande, devido ao seu trabalho em UBS:

“(...) teve uns dois meses antes de eu tirar férias que eu me senti cansada. Na verdade assim, eu estava muito envolvida com os pacientes, então eu não desligava de lá, e em casa também. Eu ficava pensando nos pacientes, e aí, demorava para pegar no sono, tinha que levantar cedo. Então assim, de manhã eu atendia. Você acorda, desperta, mas à tarde eu tinha que tirar um ‘cochilo’ de 15 minutos para poder me refazer fisicamente. Então eu percebi que eu continuava trabalhando sem estar na UBS. E aí eu me resolvi neste sentido, né? Depois eu tirei férias, aí eu retornei, e aparentemente está tudo bem. Eu decidi que eu teria que me desligar. Saí da Unidade, acabou. Aí eu venho pra cá (consultório particular). Aqui são outros pacientes. Eu saindo daqui, eu vou ser dona de casa. Porque eu estava percebendo que eu estava ficando com um cansaço físico, fazendo todas as atividades normalmente. Eu falei: ‘Não é possível, de onde que vem isso?’ Eu mesma fiquei me analisando neste sentido. O nosso corpo pede um pouquinho mais de descanso. Mas especificamente eu estava cansada por não me desligar de lá. Eu me percebia mesmo pensando nos casos. Quando eu penso, que eu percebo que eu estou pensando, eu falo assim: ‘Não, deixa para o próximo atendimento.’ E também aconteceu mesmo as férias, de eu tirar férias, me desliguei de lá. Uma coisinha ou outra sempre vem, não dá para desligar totalmente. Vem mas assim ‘Se ninguém me ligou, é porque está tudo bem.’”

Neste trecho, Aline afirma que após algum tempo trabalhando em UBS, estava mais cansada que o normal, e não encontrava motivo aparente para aquele cansaço. Assim, fez uma auto-análise e percebeu que não estava se “desligando” do trabalho, mesmo quando ia para casa. Então tirou férias, e quando voltou adotou uma nova postura: se esforça para não pensar em seus atendimentos, e parece que tem dado certo, na maioria das vezes. O problema não é só o trabalho em si, mas não poder descansar. Ela diz que dessa vez conseguiu ter essa autopercepção de que algo não estava bem, mas gostaria de alguma ajuda neste sentido:

“É algo assim que... vamos dizer, que eu consegui, mas talvez se eu não conseguisse eu realmente poderia, teria que estar procurando um outro profissional né? E aí, com esse Dr X, ou um outro profissional que percebesse, pra me dar uma dica né? Para mim seria ótimo né? ‘Não, você está meio assim’ e eu iria pensar se eu realmente estaria ‘meio assim’ ou não, né? É algo que é positivo neste sentido mesmo, né? De estar recebendo uma ajuda de um outro, ou pelo menos, de estar se percebendo. Que às vezes também a gente cria muito uma ilusão, de achar que a gente está assim ou assado. Mas pelo menos assim, passou o cansaço físico, e não adoeci por conta dos atendimentos. Adoecer por conta do atendimento não, ou sobrecarga de trabalho, também não. Porque eu dividi, né? Então eu me moldei de acordo com as normas, de acordo com o critério também né? O fato de ter autonomia... porque aí não tem aquela pressão psicológica de ter que fazer tal coisa, seguir determinadas regras. Porque tem Unidades assim, que obrigam, o diretor coloca... aí eu acho que a pessoa fica meio assim. É um ponto negativo, estressante, para o profissional. Mas eu, neste sentido não.”

Aline desabafa novamente a falta que sente de um apoio maior, de algum profissional que pudesse fazer essa análise dos atendimentos, do trabalho dos psicólogos, no sentido de orientar, e ajudá-los a perceber quando é necessário parar e se reavaliar.

Porém, ao falar sobre seu cansaço excessivo, parece não encará-lo como um sinal de que algo não está bem, e que pode acarretar em uma doença. Diz que não adoeceu por causa do trabalho, e reafirma a idéia de que tem autonomia, que não sofre pressão, e por isso não adoece. Será que realmente não há pressão? Como já discutimos, é difícil falar em autonomia com tantas regras sobre o atendimento (duração, número de casos novos). Parece que na

realidade Aline acaba se moldando à Instituição e à sua demanda, acolhendo todos que chegam.

Na realidade, o fato dela pensar nos casos até quando vai para casa, quando vai dormir, pode significar que está sobrecarregada, que trabalha mais do que as 6 horas definidas pelas “regras”. Então, quando diz que demorou para entender de onde vinha seu cansaço, percebe-se que ainda não tem consciência do quanto seu trabalho é cansativo. Talvez por não ter outra referência, já que este foi seu primeiro emprego enquanto psicóloga, não se dê conta de que atender 12 pacientes por dia, 18 novos casos por mês, acolher todos pacientes que vão em busca de atendimento, é cansativo, demanda muita energia. Então, neste sentido, precisaria realmente de alguém para alertá-la sobre os “excessos”, para ter um parâmetro sobre limites.

Com relação à Síndrome de *Burnout*, diz que não conhece. Então, explico que é uma síndrome que está ligada ao estresse em profissionais que lidam diretamente com o público, como médicos, enfermeiros, psicólogos, professores. A partir disso, Aline fala:

“eu nunca ouvi falar não, mas é interessante. A gente aprender neste sentido para ver se a gente não está se encaixando nesta síndrome. Ou estar verificando se tem algum outro profissional, né, dentro desses critérios. (...) o psiquiatra da minha Unidade ele atende em duas Unidades, e ele abrange vários bairros. E eu nunca vi, mas já soube que ele já teve vários 'pitis' durante o atendimento por conta de uma sobrecarga de atendimentos, pacientes que chegam lá estressados. (...) mas realmente assim, a fila de espera ela é muito grande, a dificuldade dos pacientes é realmente imensa. (...) E sei lá se esse psiquiatra se encaixa nesta síndrome aí, ou algum outro. Às vezes a pessoa acaba dando 'pitis' que não tem necessidade, entre aspas né? Você estar insatisfeito com o salário, por exemplo, procura outro emprego. Eu penso assim. Ou você está cansada de muitos pacientes, mas é um critério colocado pelo Município, pela Unidade, então se ele não se encaixa, deveria procurar um outro Município. Não está satisfeito com uma coisa ou outra, ele que vá buscar outro caminho, né? Mas não estressar com os pacientes, ou com o pessoal do balcão. Não adianta o médico ir lá gritar, fazer o maior escândalo, rebaixar a pessoa, do tipo ‘Quem mandou você fazer isso?’ ou ‘Quem foi que fez isso?’ Acho que é meio antiético. E se estiver dentro dessa síndrome aí, tratar né? Para que ele também não se prejudique, porque dentro da psiquiatria, a gente não sabe qual pode ser a reação do pacientes, e o profissional pode estar... sujeito a qualquer tipo de agressão (...)”

Por fim, Aline faz uma reflexão sobre a síndrome, dizendo que os profissionais tem que estar sempre atentos, fazendo constantes auto-análises, para perceberem se apresentam essa ou outra síndrome, ou doença, para prevenir e tratar. Em sua concepção, o trabalho do profissional em Saúde Pública é difícil mesmo, o salário baixo, muita demanda, sobrecarga, mas cabe ao profissional se adaptar aos “moldes” da Instituição, ou senão, é melhor sair dessa. Diante das pressões e dificuldades, ou ele lida de forma positiva, ou sai. Neste discurso parece que Aline acredita que a responsabilidade pela saúde mental desse profissional é somente dele, não se referindo ao que a Instituição poderia providenciar para o cuidado ao cuidador.

Além disso, se estiver doente, precisa se tratar, para poder atender o paciente. Claro que para cuidar do outro, é realmente fundamental cuidar de si mesmo. Mas percebe-se uma preocupação quase que exclusiva com relação ao usuário, e não com a saúde mental do psicólogo, ou do psiquiatra. Ou seja, ele precisa estar bem para atender o outro. Com isso, o peso sobre o profissional da Saúde Mental fica ainda maior.

Temas abordados:

- UBS = experiência profissional positiva
- UBS = possibilidade de colocar profissão em prática
- Dificuldades: espaço físico, falta de trabalho integrado com outros profissionais, falta de recursos no Município para auxiliar o tratamento dos pacientes, falta de profissionais.
- Critérios: 18 novos casos por mês
- Autonomia/Liberdade “entre aspas” – como ela se vê
- Reclamações dos usuários: lista de espera de mais de um ano.
- Acolhimento inicial = alívio por não precisar dizer “não”
- Acolhida X atendimento + efetivo.
- Atendimento imediato de emergências.
- Supervisão insuficiente = uma vez por ano → absurdo.
- Falta de cuidado ao profissional
- Falta de um “olhar externo” = para prevenir adoecimento físico e mental
- Cansaço/Dificuldade em se desligar
- Desconhecimento sobre a Síndrome de *Burnout*.

Síntese:

Aline é uma psicóloga recém-formada, e sua primeira experiência na área está sendo na UBS. Ela considera a experiência bastante enriquecedora, pois além de garantir seu sustento financeiro, ainda a coloca em contato com diversos pacientes e patologias, sendo assim um importante aprendizado prático.

Durante toda a entrevista, podemos perceber que Aline é extremamente “doadora” em relação aos seus pacientes. Apesar de diversas dificuldades encontradas, ela sempre os “acolhe”, pensa neles mesmo depois do expediente, acredita que precisa cuidar de sua saúde por eles, acha que o Município precisa criar mais recursos para eles, os médicos tem que fazer melhores encaminhamentos, a equipe tem que ser mais integrada, por causa dos pacientes. É claro que realmente o serviço público precisa pensar no paciente em primeiro lugar, mas não **exclusivamente** nele, como parece ser a questão de Aline, como se não fosse lícito ter um espaço para ela.

Em vários trechos, parece que a responsabilidade recai toda sobre o profissional, que fica entre a Instituição, que não oferece condições adequadas de atendimento, e o paciente, que precisa ser atendido a qualquer custo. Neste meio, está Aline, que parece estar sempre tentando corresponder às expectativas, tanto da Instituição, quanto dos pacientes.

Neste sentido, ela precisa ficar atenta para não se sobrecarregar sem perceber. Senão, pode novamente ficar cansada, e não perceber esse sintoma como um possível “sinal” de que talvez esteja dando demais, e recebendo de menos. Ao contrário, precisa se conscientizar do que efetivamente é de sua responsabilidade, e do que deveria ser garantido pela Instituição. Ela precisa se cuidar para atender os pacientes? Sim, mas também precisa ser cuidada pela Instituição, e parece não levar em conta esse aspecto.

BRUNA

“No começo eu até comprei esse discurso, por ser nova na rede. Tentei me desdobrar, mas (...) não só não resolvia, como eu ficava estressada com isso. Então eu fui tentando mostrar isso nas reuniões, que não é responsabilidade do psicólogo da Unidade toda essa demanda reprimida. Que isso tinha que ser um projeto maior, tinha que ser um projeto do Município. (...) Assim como o meu trabalho aqui é mostrar que o corpo e a mente não estão separados, a nível político também. (...) a saúde mental não está desvinculada da saúde geral. Não partir só do funcionário, do psicólogo que está na Unidade.”

Minhas impressões:

A entrevista com Bruna foi bastante tranqüila. Nos conhecíamos da época em que trabalhamos juntas, embora não tivéssemos muita intimidade. Desde o início ela se mostrou bastante receptiva em participar da entrevista, e passou bastante tranqüilidade, parecendo bem à vontade em responder a todas questões. Em nenhum momento da entrevista senti algum tipo de hesitação, e acredito ter sido uma entrevista rica, com um discurso realmente fiel àquilo que acredita.

Análise da entrevista:

No início da entrevista, Bruna comenta o significado de sua prática profissional, como psicóloga atuando em Unidade Básica de Saúde:

“A primeira pergunta que eu me faço é o que que é básico, né? Porque a gente trabalha numa Unidade Básica de Saúde, o que que é o **básico** em Saúde Mental? Eu, nesse período que eu estou aqui, tem 5 anos, eu não tinha experiência em Unidade Básica, né? Só tinha experiência em CAPS. Então quando eu entrei eu senti uma grande diferença, né? Diversos fatores que me fizeram sentir esse ‘mundaréu’ de diferença entre o CAPS e a Unidade Básica. (...) eu sinto essa dificuldade de saber, ainda hoje, o que que é básico, né? Porque vem desde pequena complexidade, até grande complexidade. A gente também atende muitas vezes crise dentro da Unidade Básica em Saúde Mental. (...) é um trabalho muitas vezes que ‘beira’, fica entre o psicológico e o pedagógico, né? Muitas vezes você precisa fazer uma orientação (...) Mostrar ou explicar para a pessoa que o emocional interfere no físico, e o físico também interfere no emocional. (...) tratando da pessoa e mostrando para ela ter uma maior consciência do psíquico, dos sentimentos, e do seu lado mental, mais cognitivo. E o físico também, como que isso tudo está interferindo no físico também. Porque a pessoa vem sem essa consciência do que ela está sentindo. Muitas vezes ela não consegue nem dizer o que ela está sentindo. E também passar para a pessoa que... a implicação dela dentro desse tratamento, e a implicação dela nesses sintomas que ela está sentindo.”

Em um primeiro momento, Bruna faz uma reflexão acerca do que seria considerado **básico** em Unidade Básica de Saúde. Em sua experiência, percebe que atende desde casos de baixa complexidade, que envolvem só uma orientação, até casos mais complexos. Neste sentido, questiona a função do psicólogo em UBS, que deveria ser focada em Atenção Primária, mas acaba atendendo até os casos mais complexos, de Atenção Terciária.

Além disso, acredita que muitas vezes seu trabalho envolve uma orientação, uma educação pedagógica mesmo, ensinando os pacientes a terem maior consciência sobre seus sentimentos, e o quanto os aspectos emocionais podem interferir nos aspectos físicos, e vice-versa.

Neste sentido, quando ela exerce esse papel “pedagógico”, na realidade está efetivamente exercendo a função de psicóloga de UBS em Atenção Primária, ou seja, orientando, para assim prevenir. Se essa fosse sua única função, seria o ideal. Porém, além desse papel de educadora, ainda precisa atender todos os casos que surgem em caráter curativo, e isso resulta em um acúmulo de funções e trabalho.

Então pergunto se essa prática trouxe consequências para sua vida:

“Ah, bastante assim. Eu comecei até uma proximidade maior com o trabalho infantil, que até então eu não tinha. (...) foi um desdobramento do trabalho que eu comecei aqui na Unidade Básica, que é um trabalho mais corporal, comecei a buscar mais instrumentação em cima disso, em cima da psicossomática. Ou mesmo através da Medicina Oriental, através da acupuntura. Comecei a perceber que muitas vezes a gente tem que fazer o caminho inverso, partir do corpo para chegar no lado psicológico da pessoa. Então, isso teve um desdobramento forte. Até então no CAPS eu trabalhava mais com a parte mais psicológica, grupo verbal. E aí eu comecei a olhar esse outro lado, essa outra via de acesso ao psicológico. Achei pra mim muito importante. (...) neste sentido de abrir essa outra porta, que acaba atingindo pessoalmente. Não é só na questão profissional. É sua visão de mundo (...) que você altera. Mas pessoal... Eu estou preocupada de não entrar em outros assuntos (...) em termos pessoais, quando eu entrei na Unidade Básica eu estava grávida, depois eu tirei licença. Eu estava ‘recém mãe.’ Então assim, calhou de eu estar tendo uma experiência com criança como mãe, e como profissional também. Neste sentido que o trabalho da UBS interferiu na minha vida pessoal. (...)”

Com relação às consequências em sua vida profissional, comenta que começou a atender crianças, ou seja, ampliou sua prática. Além disso, iniciou um trabalho corporal, em que acessa o sofrimento psíquico por outra via, utilizando-se de conceitos aprendidos na medicina oriental e na psicossomática.

Em determinado momento percebo que ela fala de sua preocupação em não entrar em assuntos pessoais. Será que ela estava se sentindo de alguma forma avaliada, e não queria expor seu lado pessoal? É possível fazer uma divisão tão rígida, entre vida pessoal e profissional?

Porém, parece que ela acaba observando que vida pessoal e profissional estão interligadas, que as mudanças citadas com relação ao trabalho em UBS tiveram repercussão sobre sua vida pessoal, mudando sua visão de mundo com relação às influências corpo-mente, e vice-versa. Ainda, o trabalho com crianças na UBS coincidiu com sua experiência pessoal como mãe.

Sobre os aspectos facilitadores e dificultadores, Bruna diz:

“Acho que a maior dificuldade primeiro é a quantidade de pessoas que a gente tem para atender da região (...) E como agilizar este processo. Porque assim, tem das

peessoas da região (...) que precisam, que tem um encaminhamento para psicóloga, né? Tem os que é uma curiosidade, nunca passou num psicólogo, eles querem passar mas não tem uma demanda, né? E tem as pessoas que já tem um quadro mais grave, né? Então a gente tem desde uma parcela que é só uma orientação, até pessoas que precisam de um processo psicoterapêutico até maior, né? Mais a longo prazo. (...) um aspecto de dificuldade, que é você ter que ter uma grande rotatividade de pacientes. O que me facilita, e o que eu também precisei buscar para ajudar neste processo, é a psicoterapia breve. Ajuda a focar na questão que a pessoa vem. Isso para os pacientes que não tem muita demanda, ou que não estão muito abertos a entender o processo que é um trabalho psicológico. Eu fui buscar um pouco da psicoterapia breve para me ajudar.(...)”

Bruna fala sobre a quantidade de pessoas que buscam atendimento psicológico, desde aquelas que na verdade tem curiosidade, ou precisam só de uma orientação, até casos mais graves, que precisam de tratamento a longo prazo. Para lidar com essa variedade, e enorme rotatividade, estudou psicoterapia breve, para poder aplicar nos atendimentos aos pacientes que precisam de “foco” para resolver questões específicas em pouco tempo.

Porém, fala que essa prática é importante para pacientes que, por exemplo, “não têm muita demanda.” Mas perguntamos: o que significa ter ou não demanda por atendimento psicológico? Parece que se o sofrimento não é grande, algumas sessões de psicoterapia breve são suficientes para resolver o problema, mas será que casos em que aparentemente não há um conflito expresso não são às vezes mais graves, justamente porque este não fica na “superfície”, levando mais tempo para ser explicitado?

Ainda com relação às dificuldades, Bruna fala de questões políticas:

“Acho que ai tem algumas questões políticas que atravessam sempre né? Na tentativa de garantir uma maior acessibilidade (...) a Direção tenta passar por cima, né? Encaixando pessoas sei lá indicadas por quem. Então isso dificulta, porque não tem um projeto maior de acessibilidade do serviço público. E ai fica tendencioso. E você também poder ir explicando para Direção que o trabalho do psicólogo é diferente do trabalho do médico, que precisa de mais tempo. Tempo transversal e longitudinal. Tanto o atendimento no dia, ter uma estruturação. Meia hora individual já é pouco. E aí, muitas vezes você precisa de um horário maior, e ai acaba influenciando na sua produtividade. Esse diálogo também é difícil, dependendo da direção. Desde que eu estou aqui já... estou na 4ª Direção, pra alguns foi mais fácil esse diálogo, para outros foi mais difícil.”

Bruna aponta para a dificuldade que encontra em lidar com questões políticas: precisa garantir acessibilidade maior aos usuários, muitas vezes tem que encaixar pessoas à pedido da Direção, precisa atender muitas vezes em apenas meia hora, ou seja, não tem autonomia para decidir sobre seu próprio modo de trabalhar. Ela reclama que se levar mais tempo para atender um ou outro caso, acaba influenciando na sua produtividade, e na maioria das vezes é cobrada por isso. Na realidade, essas questões vão depender muito do Diretor da UBS no momento; para alguns, um diálogo, explicando as peculiaridades do trabalho do psicólogo, diferente do médico por exemplo, é o suficiente, enquanto que para outros diretores, o importante é atender o máximo possível, para “mostrar serviço”.

Além disso, Bruna fala sobre o “tempo transversal e longitudinal”, referindo-se não só ao tempo que tem para atender cada caso, mas também a pressão por dar alta o mais rápido possível, para poder ceder a vaga para outro paciente. Neste sentido, o tempo do psicólogo é diferente de outros profissionais da Saúde, pois ele precisa ser individualizado, respeitando o tempo de reação de cada pessoa, que é bastante subjetivo.

Outra dificuldade que Bruna encontra para desenvolver seu trabalho são os encaminhamentos realizados por outros profissionais:

“(...) os encaminhamentos que são feitos dos médicos. Muitas vezes são encaminhamentos bastante inadequados para o setor de Psicologia, que o próprio médico se tivesse uma escuta maior, né? E um pouco mais diferenciada, poderia estar tratando na consulta dele. (...) da pessoa estar mais sensível durante uma consulta, e chorar, e o médico já achar que é uma Depressão. Um exemplo, né? Ou com crianças, uma inadequação por dificuldade de limite, e já ser colocado como Hiperatividade, nesse sentido.”

Bruna acredita que recebe muitos encaminhamentos inadequados, aumentando sua fila de espera e trabalho, ou seja, por uma dificuldade do médico em ter uma escuta verdadeira sobre as queixas dos pacientes, e dificuldade em trabalhar essas questões em sua própria sessão, encaminha para a psicóloga resolver. Ela dá exemplos bem comuns, em que qualquer

choro de adulto, ou agitação de criança, já são considerados Depressão ou Hiperatividade respectivamente, o que acaba gerando um acúmulo maior de trabalho para o psicólogo, e levando o paciente a esperar por um atendimento muitas vezes desnecessário.

Isso nos faz pensar se o profissional que encaminha o caso sem realizar um atendimento adequado não quer, na verdade, se livrar logo da questão, não entrar em contato com a dor do outro, ou mesmo, encaminhar para poder preencher sua própria estatística, cumprir o número de casos exigidos. Os outros profissionais provavelmente tem uma pressão tão grande quanto o psicólogo, e tem um número de pacientes que precisa ser atendido por dia. Então, se o paciente começa a chorar, é mais “fácil” e rápido encaminhar para o psicólogo, do que fazer um avaliação bem-feita para notar se a questão não é outra.

Para lidar com estas dificuldades, Bruna tenta sempre conversar com os outros profissionais:

“Bom, eu procuro dialogar (...) procuro buscar recursos dentro de mim, por exemplo, na questão da psicoterapia breve, ou alguma dificuldade que eu tenha (...) da condução do tratamento. Se eu não consigo, eu vou procurar outras pessoas, vou dialogar com outras pessoas. Ou um supervisor, ou um articulador, né? Agora se é uma questão política, eu também converso com a Direção, né? Procurando sanar algumas dúvidas ou uma falha de comunicação que talvez possa ter, ou mesmo com a articulação do Município. (...) é claro que a demanda continua muito reprimida (...) eu já tentei, com relação a essa demanda, fazer vários tipos de técnicas, desde entrevistas, até grupos coletivos, grupos de espera. Chamar uma outra pessoa, um outro psicólogo para ajudar na triagem, mas isso é muito paliativo.”

Bruna conta que, em um primeiro momento, tenta resolver as dificuldades com recursos próprios, buscando técnicas novas, como o trabalho corporal, psicoterapia breve. Então, se mesmo assim não consegue, vai conversar com outras pessoas, procura colegas, um supervisor, um articulador, enfim, troca experiências para poder melhorar seu atendimento.

Com relação a demanda, disse que já tentou todos os tipos de técnicas possíveis, desde grupos de espera, até chamar alguém para fazer as triagens, na tentativa de diminuir o número

de casos na lista de espera. Porém, nada resolvia, então começou a se conscientizar de que não tinha a obrigação de resolver tudo aquilo sozinha, e que na verdade, o Município precisava estruturar um projeto maior de acessibilidade para conseguir suprir essa demanda. Leva-se um tempo até que essa compreensão possa ser feita, pois uma coisa é conhecer a demanda, e outra é conseguir atendê-la.

“(...) uma pessoa que eu ficava muito irritada no começo, e ainda fico quando aparece, que é o discurso da articulação de que isso, essa demanda reprimida é responsabilidade dos funcionários da Unidade. Eu não concordo. No começo eu até comprei esse discurso, por ser nova na rede. Tentei me desdobrar, mas tanto não resolvia, não só não resolvia, como eu ficava estressada com isso. Então eu fui tentando mostrar isso nas reuniões, que não é responsabilidade do psicólogo da Unidade toda essa demanda reprimida. Que isso tinha que ser um projeto maior, tinha que ser um projeto do Município. (...) Eu não digo nem só em Saúde Sental, eu digo em Saúde em geral, para a Saúde Mental poder ser inclusa na Saúde geral. Assim como o meu trabalho aqui é mostrar que o corpo e a mente não estão separados, a nível político também. (...) a Saúde Mental não está desvinculada da Saúde geral. Então você tem que ter um projeto maior de acessibilidade do povo ao trabalho da saúde e a saúde mental. Não partir só do funcionário, do psicólogo que está na Unidade.”

Assim, Bruna tenta, através do diálogo, em reuniões, mostrar aos outros funcionários da rede, e aos diretores, que a responsabilidade para atender toda a “demanda reprimida” não deve ser exclusivamente do psicólogo. Deveria haver algum tipo de projeto maior, realizado pelo Município, para garantir maior acessibilidade. Então, faz uma analogia com seu trabalho, dizendo que da mesma forma que conscientiza seus pacientes de que corpo e mente são indissociáveis, a Saúde Mental está totalmente vinculada à Saúde geral, e por isso, deveria haver um projeto mais amplo, que englobasse ambas.

Com isso, percebe-se que Bruna teve um aprendizado muito maior que imagina com essa experiência em UBS: além de aprender sobre a relação corpo-mente como indissociáveis, descobriu que a responsabilidade não deve ser exclusiva do psicólogo, e com isso, sente-se menos pressionada, e conseqüentemente, menor será sua propensão a desenvolver a Síndrome de *Burnout*.

Outro dado importante que aparece em sua fala é o fato de que no começo ela “comprava” o discurso de que o psicólogo precisa atender toda “demanda reprimida”, e com o tempo foi retirando essa carga de si. Parece que quando o psicólogo é novo na Instituição, ou na rede pública, vem com um volume maior de idealizações, com vontade de trabalhar, colocar em prática o que aprendeu, necessidade de agradar.

Por isso, se não se cuidar, acabará aceitando todas as solicitações e exigências, e conseqüentemente, se sobrecarregando. Bruna teve um movimento positivo neste sentido, porque com o tempo, acabou se conscientizando sobre o que era efetivamente sua responsabilidade, e o que era da Instituição. Para que a Saúde funcionasse de forma eficaz e integrada, sugere:

“Através de um projeto maior de acessibilidade. A rede pública (...) eu chamo de rede, não só a rede pública, mas uma rede social, estar mais articulada, com mais equipamentos que a gente possa trabalhar em conjunto. Desde questões mais concretas. Ter uma sala de grupo, que aqui não tem. Acho que em termos de instrumentação teórica, acho que a gente precisa de bastante coisa. O supervisor, ter um supervisor para a rede muito bom, dá uma ajuda bastante grande para a gente. Isso não é em todo Município que tem. E em termos de curso de reciclagem é interessante, e acontece. Acho que está acontecendo. Acho que precisava de um envolvimento maior dos profissionais psiquiatras, dentro de ter uma equipe mais coesa. É muito... desintegrado dos profissionais psiquiatras, eles trabalham muito isolados. E isso acaba dificultando esses casos que a gente trabalha em conjunto, né?”

Bruna acredita que esse “projeto de maior acessibilidade” precisaria de: recursos comunitários (rede social), salas maiores para grupo, supervisor, cursos de reciclagem para os funcionários, e acima de tudo, um envolvimento maior por parte dos outros profissionais da Saúde, para que o paciente realmente seja visto como um todo, para que a saúde dele seja garantida a partir do enfoque global, biopsicosocial, que trabalha todas as áreas. Ela queixa-se do isolamento dos psiquiatras, que são os profissionais que estariam mais próximos dos psicólogos, e o quanto esse isolamento é prejudicial, não só para o paciente que não recebe

um atendimento global, mas também para o próprio psicólogo que acaba ficando impossibilitado de trocar experiências para facilitar sua compreensão profunda sobre o caso.

Quando pergunto se existe algum espaço de ajuda aos profissionais, responde:

“Tem a reunião geral, que também abre um espaço para casos clínicos. A gente discute desde atividades, de projetos para o Município, que seria mais clínico- institucional. Então tem a supervisão, tem a reunião geral e um curso também de... que agora é um trabalho voltado para o infantil, que é quinzenal também. Trabalha o corpo infantil. Agora ele está voltado mais para o infantil.”

Bruna fala que existem alguns espaços: reunião geral, que enfoca aspectos clínico-institucionais, a supervisão e o curso de trabalho corporal em crianças, o que parece insuficiente. Então, pergunto se para ela esses espaços são suficientes, ou se gostaria de algum outro tipo de cuidado ao psicólogo:

“Olha (...) já acho tão, em comparação com outros Municípios, eu já acho bastante rico neste sentido. É claro que muitas vezes o perfil do supervisor não agrada a todos, né? Se pudesse ter outras linhas teóricas, acho que isso ajudaria a contemplar as diversas linhas dos profissionais. Agora um outro tipo de cuidado... Eu acho que tem que ter um cuidado com a nossa saúde mental, também, em termos de ter mais... mais vivências ou... Não sei também se eu concordo que precise ter algo a mais. Acho que é assim, o profissional também precisa procurar para si. Acho que o Município oferece alguns espaços, e o profissional precisa também se mobilizar para ver onde que está faltando na sua profissão e na sua vida pessoal, e estar procurando ajuda também. Não sei se tem...”

Para Bruna, o Município em questão já oferece bastante, quando comparado a outros Municípios. O máximo que acha que poderia ser melhorado seria ter supervisores de outras linhas teóricas, ou mais vivências para cuidar da Saúde Mental do psicólogo, porque sempre é possível ampliar. Ainda assim, acredita que o próprio psicólogo deveria se mobilizar a procurar aquilo que precisa, a partir de uma escolha e busca pessoal.

Quando pergunto se apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional desde que iniciou o trabalho nesta equipe de Saúde Mental, diz:

“Apresentei assim, acho que foi um... acho não, foi um quadro de fibromialgia, associada a questão emocional. Foi um momento (...) que estava difícil trabalhar no Município, né? Justamente por essa questão de responsabilizar o profissional por essa demanda reprimida. Mas eu também estava com umas questões pessoais em processo. Sem contar que eu também trabalho em outro serviço público, né? Atendo em consultório, e nisso houve uma sobrecarga. Mas assim, não precisei tomar medicação né? Continuei com o processo psicoterapêutico que eu tenho, e associado a uma fisioterapia, trabalho com acupuntura. A questão do corpo, isso também ajudou a me reequilibrar.”

Bruna conta que durante o período em questão, apresentou um quadro de fibromialgia, que acredita que estava associado tanto a questões pessoais, quanto de seus dois trabalhos, e da sobrecarga destes. Percebe-se que ela não quis entrar muito a fundo na questão, não deixando claro quais seriam essas questões pessoais. O que podemos pensar é que doença veio como resultado de um processo de eventos simultâneos, concomitantes, que quando se acumularam, geraram uma sobrecarga, que acabou apresentando manifestações físicas do conflito.

Para entender exatamente qual papel que seu trabalho desempenhou neste processo, perguntei a que ela associa adoecimento, e se o trabalho em UBS contribuiu de alguma forma:

“Contribuiu, com certeza e muito, e muito!! Da exigência de quantidade de produtividade, né? Uma exigência pessoal da qualidade do seu serviço, e essa exigência da questão dessa demanda reprimida. Muita gente para atender em pouco tempo. (...) Muita gente para atender, casos muito pesados, assim acho na Unidade Básica. Você pensa ‘Ah, O CAPS atende crises’, mas a Unidade Básica atende muitos casos assim (...) é uma negligência muito grande muitas vezes. Questões de abuso, ou sexual, ou abuso moral. Ou então são casos assim muito pesados, casos muito pesados. E ou casos de crianças, filhos de psicóticos, então exige um trabalho grande assim né? Exige muito do profissional. E aí volta à questão inicial. O que é **básico** não exatamente quer dizer que é uma baixa complexidade, que são casos de baixa complexidade. Então são atendimentos que demandam muito, e aí contribuiu muito com a piora do meu caso.”

Então, Bruna diz que o fato de atender casos difíceis, “pesados”, de alta complexidade, em crise, associado a uma exigência do Município com relação a produtividade/quantidade, em suprir a demanda reprimida, e ainda uma exigência pessoal em conseguir atender todos os

casos, gerou uma sobrecarga, e conseqüentemente, contribuiu para o aparecimento do quadro de fibromialgia. Havia um número muito grande de pacientes, para poucos profissionais, e ela, no início, queria atender todos, pois assumiu como sendo de sua responsabilidade, já que era o discurso da Instituição. Com isso, havia uma pressão interna e uma pressão externa, o que nos leva a pensar simbolicamente nos sintomas fibromialgia: seu corpo fazia o limite entre o externo e o interno; como havia pressão por ambos os lados, o corpo começou a sentir dor.

Ainda neste trecho, Bruna fala sobre o que é básico em UBS. Na realidade, como já discutimos, a UBS não atua como deveria, ou seja, atendendo casos de Atenção Primária exclusivamente. Então, Bruna comenta esse fato, e diz que os casos, ao contrário do que se espera, não são de baixa complexidade, muito pelo contrário. Então, a quantidade, somada a gravidade, acaba gerando uma carga emocional mais pesada.

Sobre Síndrome de *Burnout*, Bruna arrisca um palpite sobre a definição:

“Burnout... é um termo recente parece. Eu não sei. Me dá a sensação de que é... vou falar assim o que eu vejo... parece que é um tipo limite de tudo, estourou... estorei completamente (risos). E aí, o que é, uma atuação que a pessoa pode acabar tendo, essa questão interna muito forte... mas assim tipo de atuação, eu realmente não sei te falar. (...) Mas a pessoa não tem atuações assim?”

Então, respondo que vou explicar todos sintomas em detalhes na devolutiva, mas sim, podem haver atuações, no sentido de reagir diante do paciente de forma imediata e impulsiva:

“Um sinal né? Quando você começa a tratar mal seus pacientes é porque... As pessoas vem procurar ajuda, e se você não está conseguindo de uma forma terapêutica ajudá-la, né? Você tem que olhar para você mesma e se avaliar né? Mas é difícil, né? A gente se utiliza de vários mecanismos para não achar que o problema está na gente, ou só na gente. Mas acho que assim, tem que ficar sempre atenta. Prezo pelo atendimento. Se eu não estou conseguindo ajudar a pessoa, a gente tem que ter ética né?”

Bruna não conhecia o termo, mas ao pensar na palavra, fez associações e se aproximou bastante da definição. Então, fala que o profissional precisa ter ética e ficar atento aos sinais, se avaliar, para não desenvolver a síndrome, ou outro adoecimento, e acabar tratando mal os pacientes, por exemplo. É necessário se cuidar e se olhar para que os processos pessoais não interfiram negativamente no trabalho. Isso não significa que tenha que ficar neutro, mas sim, que suas questões pessoais não sejam misturadas com as do paciente. Por fim, faz uma reflexão final sobre o tema:

“Eu acho que esse é um tema interessante assim. Eu vi em mim, e vejo em vários profissionais isso acontecendo, e é muito delicado você apontar isso no outro profissional. Você está ali como um colega né? Então se você não tem uma afinidade com a pessoa para poder ir mostrando né? Isso também, é difícil ver o colega dessa forma, né? Mas, até por que você não sabe o que é da profissão, o que é da vida pessoal, da pessoa. Eu acho que a partir dessa experiência, as coisas não acontecem só profissionalmente. Isso acontece quando tem alguma questão pessoal, que aí junta com a questão profissional, quebra do jeito que estava. Agora a gente está conseguindo ter reuniões mais produtivas, mais colaborativas. As pessoas tentando ser um grupo mais coeso. Mas a alta rotatividade que tem aqui no município dificulta ter esse grupo mais coeso, né? E só com profissionais não médicos também é um outro fator desagregador. Porque daí tem um discurso de um lado, tem um outro discurso do outro. Mas e quem é prejudicado é o usuário, o paciente. Só vão as fono e os psicólogos. No começo, quando a articulação era feita por um médico, aí eles iam. Depois que a pessoa saiu, e que assumiu uma psicóloga, eles simplesmente não apareceram mais. Isso dificulta bastante. Eu acho bastante difícil porque no meu outro trabalho a gente trabalha muito próximo com o psiquiatra, né? Eu vejo o quanto isso é rico. Profissionalmente e para o paciente, que tenha esse veículo, esse caminho de duas mãos. Do psicólogo para o psiquiatra, e do psiquiatra ouvir o psicólogo.”

Bruna acredita que o profissional da Saúde está sujeito a essa síndrome, e é bastante difícil para os profissionais perceberem isso no colega, e ainda mais apontarem, pois é uma situação bastante delicada.

Então, ressalta a importância de trabalhar em conjunto; acredita que ter o grupo mais coeso, com reuniões clínicas produtivas, e integrativas, facilitaria neste sentido, de poder sempre um cuidar do outro, tentando fazer essa avaliação da equipe. Além disso, as reuniões

interdisciplinares facilitariam o atendimento dos casos, diminuindo assim uma sobrecarga em cada profissional, e conseqüentemente, a chance de desenvolver alguma doença.

Bruna acredita que o fato de não ter um discurso único é prejudicial principalmente para o usuário, que fica entre dois discursos: do psicólogo e do psiquiatra. O ideal seria que ambos dialogassem, de forma a contribuir para a compreensão global do caso.

Além disso, reclama que quando a articulação das reuniões era feita por algum médico, os outros médicos compareciam nessas, e que isso mudou quando um psicólogo assumiu o cargo. Isso demonstra uma desvalorização ao psicólogo, e uma falta de disponibilidade dos médicos dessa Instituição em fazer realmente um trabalho integrado.

Temas Abordados:

- Unidade **Básica** de Saúde => é **básico**??
- UBS = casos desde baixa, a alta complexidade = não básico.
- Aprendizado/Experiência => trabalho corporal e atendimento infantil.
- Enriquecimento pessoal: mudança de visão de mundo => importância do

aspecto físico

- Recursos que foi buscar => psicoterapia breve e trabalho corporal
- 1ª dificuldade: quantidade de pessoas/ vasta demanda de casos graves
- 2ª dificuldade: psicológico ou pedagógico?
- 3ª dificuldade: questões políticas que “atravessam”
- 4ª dificuldade: discurso = maior acessibilidade é responsabilidade do

funcionário.

- 5ª dificuldade: Produtividade/Quantidade X Qualidade.
- 6ª dificuldade: encaminhamentos inadequados (falta de escuta médica)
- 7ª dificuldade: falta de trabalho interdisciplinar.
- Para lidar com dificuldades: DIÁLOGO
- Diversas tentativas frustradas de atender a demanda reprimida
- Projeto maior de acessibilidade = envolvimento de toda rede de saúde e social.
- Espaços que funcionam: reunião geral, supervisão, curso.
- Fibromialgia = sobrecarga => exigências pessoais e institucionais.

Síntese:

Bruna é uma psicóloga que parece ter bastante clareza com relação a dificuldades do atendimento em UBS e da Instituição. Ela tem uma preocupação em realizar um bom atendimento, suprir as necessidades dos pacientes, a demanda, e para isso vai em busca de diversos recursos, como psicoterapia breve e trabalho corporal, para auxiliar seu trabalho.

Apesar disso, existem algumas dificuldades que estão fora de seu alcance, e acabam interferindo na qualidade do seu atendimento, como o isolamento por parte dos psiquiatras, não só para o paciente que não recebe um atendimento de forma global, mas também para o próprio psicólogo que acaba se sentindo ainda mais sobrecarregado.

As dificuldades da Instituição, o fato de atender casos difíceis, associado a uma exigência constante com relação a produtividade, para suprir a demanda, somada a uma exigência pessoal em conseguir atender todos os casos, culminou em uma sobrecarga, e conseqüentemente, contribuiu para o aparecimento do quadro de fibromialgia.

Com o tempo e maior experiência, passou a diferenciar o que é de sua responsabilidade, e o que deveria ser da Instituição. Embora faça sua parte da melhor forma possível, sabe dos seus limites, e tenta mostrar aos outros, desde colegas, pacientes, até diretores, a garantia de maior acessibilidade ao serviço de Saúde Mental é uma responsabilidade de todos: Secretaria de Saúde, Direção da UBS, colegas de profissão, comunidade, e também, do psicólogo. Então, utiliza como principal recurso para a melhoria de seu trabalho o diálogo, com justificativas e argumentos fortes, para sempre dividir a responsabilidade entre todos os envolvidos, e conseqüentemente, se proteger de uma sobrecarga, ou adoecimento em decorrência disso.

8 Discussão

Como o principal objetivo dessa pesquisa era investigar o motivo pelo qual as psicólogas deste município estavam adoecendo, neste capítulo agrupei os principais temas abordados pelas psicólogas que entrevistei, e os concentrei em tópicos, a partir dos quais faço minhas considerações, utilizando como base o referencial teórico da Síndrome de *Burnout*.

Para facilitar a compreensão do material, dividi entre fatores pessoais e organizacionais que podem estar relacionados ao adoecimento.

Parte I – Fatores Facilitadores e/ou Desencadeadores da Síndrome de *Burnout*.

Características Pessoais

- **Tempo de experiência profissional**
- **Perfeccionismo**
- **Impotência X Onipotência**

Características Organizacionais

- **Quantidade X Qualidade**
- **Autonomia**
- **Sobrecarga de trabalho (vasta demanda X número insuficiente de psicólogos)**
- **Perfil dos pacientes atendidos em UBS**
- **Não-valorização do psicólogo**
- **Supervisão e Psicoterapia**
- **Falta de trabalho Interdisciplinar**

Características Pessoais

- **Tempo de experiência profissional**

Uma das questões que levantei nos objetivos é se existe uma diferença entre os participantes quanto à idade e o tempo de experiência profissional. O que pude perceber a partir das entrevistas é que esses fatores interferem na atuação e forma de enfrentamento das dificuldades.

De um modo geral, as psicólogas recém-formadas, ou com pouca experiência prática, parecem apresentar mais dificuldade para lidar com os obstáculos da UBS. Elas saem da faculdade com muitas expectativas frente ao trabalho, com muita vontade de atender, de aplicar seus conhecimentos na prática e um forte desejo de mudar aquilo que consideram errado na Instituição. Além disso, têm muitas idealizações, que foram sendo formadas a partir dos conceitos aprendidos durante a graduação. Então, quando se deparam com uma realidade diferente daquilo que imaginavam, na maioria das vezes, acabam se frustrando.

“Teve uma frustração muito grande que veio logo, pela condição do trabalho, No **início**, tinha um **entusiasmo**, pra conhecer o trabalho, para saber como é que ia ser. E daí foi havendo na verdade uma sobrecarga.” (Olívia)

Conforme apresentado no levantamento bibliográfico, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) puderam observar uma maior incidência do *Burnout* em profissionais mais jovens, até os 30 anos. Alguns autores acreditam que este fato pode estar relacionado à pouca experiência profissional, que acaba gerando insegurança ou mesmo um choque ao se depararem com uma realidade de trabalho bem diferente das ilusões que possuíam sobre a profissão. Para outros autores, o que ocorre na verdade é uma crise de identidade frente às diversas dificuldades de socialização encontradas no meio de trabalho. (CHERNISS, 1980).

Diversos estudos demonstram que as pessoas que apresentam um nível educacional mais elevado têm maior propensão a desenvolver a Síndrome de *Burnout*, o que pode ser explicado considerando que essas pessoas talvez tenham maiores expectativas profissionais e um grande sentimento de responsabilidade. (PEREIRA, 2002)

“Quando eu entrei neste trabalho eu tinha terminado meu doutorado, então eu tinha um monte de **planos** a partir desse **doutorado** que poderia se desdobrar na minha vida. E concomitantemente eu tive essa oportunidade de trabalho, então eu resolvi ir até mesmo pra conhecer, pra ver como é que era. E as duas coisas foram **conflitantes**, não deu pra conciliar, uma **perspectiva acadêmica** com esse **trabalho**.” (Olívia)

Outra questão importante a ser levantada é o idealismo presente em psicólogas recém-formadas. Estudos indicam que quanto maior o idealismo com relação à profissão e a possibilidade de realização, maior probabilidade de desenvolver a síndrome. Essa idealização está associada a expectativas elevadas, que geralmente estão fora da realidade. (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001)

Esse fator parece estar ligado ao fato desses profissionais saírem da graduação, na verdade, despreparados para o atendimento em Saúde Pública, o que gera um conflito entre o ideal e o imaginário, entre o que aprenderam na faculdade, e a situação real de trabalho. Para Matos (2000), a formação é demasiadamente teórica, com pouca exposição do aluno a situações reais do trabalho, o que acaba gerando uma lacuna entre a teoria e a prática.

“Eu entendo que o **psicólogo na UBS** deva trabalhar dentro de uma equipe, com outros profissionais de saúde, para cuidar de questões essenciais, então, de **orientação**, quanto às questões pertinentes daquela comunidade. (...) Eu entendo dessa forma, mas isso é a questão **ideal**. Acho que seria a conduta ideal. Na minha **experiência o que aconteceu não foi isso**.” (Olívia)

“**eu não tinha experiência** em Unidade Básica (...) Então quando eu entrei eu senti uma grande diferença (...) eu sinto essa **dificuldade de saber**, ainda hoje, o que que é **básico**, né? Porque vem desde pequena complexidade, até grande complexidade. A gente também atende muitas vezes **crise** dentro da Unidade Básica em Saúde Mental.” (Bruna)

Moore e Cooper (1996) acreditam que talvez haja um vácuo entre as expectativas idealizadas e seus resultados na prática dos profissionais de Saúde Mental. Esses idealizam que sua prática servirá para ajudar as pessoas e, na realidade, poucas mudanças são experienciadas por pacientes crônicos. Essa situação pode contribuir para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*

“É um desafio, e envolve também um pouco de **idealismo**, da gente perceber o que compensa mais né? Que a gente pode estar atingindo um **maior número** de pessoas que não teriam condições de estar passando por um atendimento por ser mais caro.” (Luiza)

A falta de experiência também prejudica no sentido de ainda não conhecerem os próprios limites, o que faz com que se sobrecarreguem para atingir um ideal de psicólogo. Fica difícil no primeiro trabalho já ter os limites pessoais definidos e estabelecidos. Para Schaufeli (1999), existe uma maior incidência da síndrome em recém-formados, que acabaram de entrar no mercado de trabalho, devido à pouca experiência na profissão/Instituição, por não terem ainda desenvolvido formas de enfrentamento adequadas à situação.

“E isso fica, ou ficou naquela época, uma atividade muito sobrecarregada, e sem muitos **limites de atuação**, uma necessidade de atuar, atender tudo o que vinha pela frente sem muito controle disso. Então assim, o que eu imaginava e o que eu encontrei foram coisas muito diferentes.(...) na verdade foi meu **primeiro emprego** como psicóloga, então serviu pra eu poder **confrontar** o que eu imaginava, o que eu achava **ideal**, o que eu tinha estudado, com uma **realidade**” (Olívia)

Ainda, as psicólogas recém-formadas parecem apresentar mais dificuldade em lidar com a dor do outro no início da carreira, pela falta de experiência em lidar com problemas crônicos, principalmente por serem situações que, muitas vezes, vão além do sofrimento psicológico, envolvendo miséria, e questões diferentes da realidade social de algumas delas.

O perfil do cliente a ser atendido nas UBS não é o mesmo do consultório, o que pode resultar em um choque para o profissional recém-formado, devido ao contato desse com realidades sociais diferentes da sua, com as diferenças no que diz respeito às queixas ou ao ambiente propriamente dito. (IAMAMOTO, 1998).

“Eu estou no **início de carreira** (...) eu acho que se eu tivesse mais experiência antes, talvez fosse não tão difícil, mas é difícil a gente aprender a lidar com a **dor** e a **miséria** e situações que parecem que são grandes demais para uma pessoa só.(...)” (Luíza)

As veteranas, por sua vez, parecem estar mais adaptadas à essa situação, já que criaram mecanismos de enfrentamento que as ajudam a superar as dificuldades da Instituição. Renata, por exemplo, conseguiu aprender a se posicionar frente às cobranças que lhe eram feitas, até porque não depende exclusivamente do trabalho na UBS no sentido financeiro, ao contrário das psicólogas mais jovens, que na maioria das vezes só trabalham lá. Parece que o fato de se sentir mais madura, ter passado por outras experiências e ter possibilidade de fazer escolhas, faz com que encare esse trabalho de forma diferenciada, o que provavelmente diminui a carga emocional.

“Como eu estou beirando meio século já, então eu ainda vou ter muita coisa na minha vida. Então eu tenho esse privilégio de (...) eu me dou a esse luxo de **trabalhar** porque eu gosto, de ter essa **opção** de investir, de brigar mesmo. Uma coisa (...) que eu antigamente não via é que agora ‘Olha, eu atendo 50 minutos sabe?’ (Renata)

- **Perfeccionismo**

Outro fator importante que parece aumentar a probabilidade do adoecimento é o perfil perfeccionista de alguns profissionais. Todas as entrevistadas relataram que em algum momento acabaram se sobrecarregando por não conseguirem perceber seus próprios limites, e/ou não conseguirem dizer “não” aos pacientes que buscavam atendimento. A alta exigência

em atender a vasta demanda por parte da Instituição, somada às expectativas por parte dos pacientes, e ainda a necessidade interna de corresponder a essas, acabavam culminando em desgaste emocional.

De um modo geral, pessoas perfeccionistas preocupam-se constantemente com a possibilidade de errar, e passam o tempo inteiro lutando para que isso não aconteça, o que envolve insegurança e medo de falhar. (MENDES; NUNES, 1999). Para Hamacheck (1978) o perfeccionismo é a tendência em estabelecer padrões elevados de qualidade; as pessoas perfeccionistas são extremamente autocríticas, não ficando satisfeitas com as tarefas por elas realizadas. Se a Instituição em questão também exige do profissional uma carga de trabalho elevada, soma-se ao perfeccionismo e a exigência pessoal, o que acaba gerando maior propensão à Síndrome de *Burnout*.

“Existe a **cobrança** de a gente estar atendendo muitas pessoas em pouco tempo e isso é realmente muito desgastante, se a gente não está lidando, se a gente não puxa o ‘freio de mão’ e tenta atender às demandas dos políticos, que querem que a gente atenda muito, que atenda às estatísticas, então meio que **a gente tem que chegar e falar ‘não’** porque senão a questão da exigência da Direção, se a gente abaixa a cabeça, atrapalha. (...)” (Luiza)

“A gente chega e sente a carência das pessoas, a gente sente a necessidade delas. E meio que elas olham para a gente e falam ‘Você é a salvação’. E **a gente se sente na obrigação de corresponder** (...)” (Luiza)

“A gente vai **se superando**, e a gente não se cuida, vai ficando resíduos até de pacientes, né? E a gente vai se atropelando. (...)” (Renata)

“No começo eu até comprei esse discurso, por ser nova na rede. Tentei me desdobrar, mas tanto não resolvia, não só não resolvia, como eu ficava estressada com isso. Uma **exigência pessoal** da qualidade do seu serviço, e essa exigência da questão dessa demanda reprimida. Muita gente para atender em pouco tempo. (...)” (Bruna)

Assim, o que se percebe é que essas psicólogas, por serem perfeccionistas, acabavam se sobrecarregando, para corresponder às expectativas externas (Instituição) e internas, o que acabou gerando um desgaste emocional.

- **Impotência X Onipotência**

Algumas psicólogas consideram que a questão da potência e onipotência está bastante presente na prática diária de seu trabalho. No início, parece que a maior parte delas teve uma tendência a sentir-se onipotente, capaz de lidar com as diversas dificuldades encontradas na Instituição, até por uma questão, como já apontado, de idealismo, característica das psicólogas que acabaram de entrar na UBS, que tem muita vontade de mudar, de melhorar as condições de trabalho.

Parece que essa sensação de onipotência do psicólogo está relacionada ao mito de Asclépio, conforme apresentado no levantamento bibliográfico. Quando o psicólogo está muito mobilizado por seus pacientes, pode ficar totalmente identificado com a imagem arquetípica do curador, podendo acarretar em uma inflação, um estado de onipotência, assim como acontece com Asclépio, que por conseguir curar, quer ressuscitar até os mortos. Muitas vezes, o psicólogo acaba ficando envaidecido com essa projeção idealizada que recebe do paciente, então precisa sempre estar consciente dessa possibilidade, pois ao se fixar nesta posição, sob o fascínio do arquétipo, o processo terapêutico pode ficar paralisado. (GROESBECK, 1983)

Com o tempo e experiência na Instituição, as psicólogas percebem que algumas situações não estão sob seu controle, e passam a sentir impotência, frente as dificuldades, as quais não tem opção de mudança. Na realidade, acabam indo para o pólo extremo oposto, o

que gera grande frustração, e pode ser prejudicial tanto ao atendimento, quanto à própria saúde. Então, o ideal é buscar o equilíbrio, entre impotência e onipotência;

“Na nossa profissão a gente lida muito com questões de potência, você está sempre nos extremos, se sentindo ora **impotente**, ora **onipotente**. E ir pelo **caminho do meio**, pelo meio termo, é uma busca, e a gente tem que ficar meio que vigilante quanto a isso para que você realmente se sinta relativamente potente, como em tudo. Então, você não é Deus, mas também sua participação não é nula. (...) E é muito legal descobrir que não se é onipotente, porque aí realmente você fica mais leve. (...) Então eu tenho uma **potência relativa**.” (Paula)

Características Organizacionais

- **Quantidade X Qualidade**

A falta de um número adequado de profissionais para lidar com a demanda parece ser um dos fatores mais importantes, relatado por todas. A Direção passa o número de casos que precisa ser atendido por mês de acordo com a população, seguindo critérios da Secretaria de Saúde. Porém, novos profissionais não são contratados, e não se leva em conta a especificidade da profissão do psicólogo, em que o tratamento não é feito em apenas uma consulta, como geralmente ocorre com a enfermagem ou com médicos. A maioria das psicólogas relatou que o fato de terem que atender muitos pacientes, em pouco tempo, acaba fazendo com que esses atendimentos não sejam realizados de forma adequada.

Com relação a isso, acho válido apresentar uma experiência pessoal. Quando ingressei neste município, as psicólogas que trabalhavam na rede comentaram que os diretores das UBS exigiam que fosse realizado um número bastante elevado de atendimentos por dia para cumprir as metas ideais da Secretaria da Saúde. As pessoas eram atendidas em menos de 15 minutos, e entravam para a lista de espera, apenas para preencher a estatística e “mostrar

serviço”. Isso gerou uma lista de espera de mais de 150 pessoas, então quando entrei na Instituição, tinha essa enorme demanda para atender, de casos em que as pessoas, muitas vezes, quando eram chamadas nem compareciam, de tanto tempo que já havia passado desde a triagem.

Alguns estudos indicam que pressões provenientes do trabalho têm um impacto negativo, propiciando o aparecimento da exaustão emocional. (CARLOTTO, 2001; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SCHAUFELI, 1999)

Os psicólogos que trabalham em UBS precisam atender um grande número de pacientes em pouco tempo, para atender às demandas da Instituição, enfatizando quantidade ao invés da qualidade. Existe uma grande pressão institucional, que é somada a uma demanda impossível de atender, gerando uma situação complicada. Nesse ritmo frenético de atendimento, acabam não tendo tempo de cuidar de si mesmos.

Parece que a prioridade é por quantidade, e não qualidade, ou seja, ao invés do critério ser proporcional ao número de pacientes que tiveram alta, foi instituído um número X de casos novos que precisam ser atendidos, mesmo que os pacientes que estivessem em tratamento ainda não tivessem recebido alta, acumulando assim a quantidade de pacientes em atendimento, e conseqüentemente diminuindo a qualidade desses. Essa questão está diretamente ligada à falta de autonomia e sobrecarga de trabalho.

“Tem um critério: todo mês você (...) diminui a **lista de espera**. Tem 18 entradas, 12 de adultos e 6 de crianças (...) E o **critério** de atendimento é de 9 a 12 pacientes por dia, então nesse critério eu dividi o horário, as 6 horas diárias, divido e aí eu ponho tantos minutos pra cada paciente. (...)” (Aline)

Então, a questão que se coloca é: qual das demandas atender? A demanda da Instituição, com número de casos impossível de ser totalmente suprida, ou a demanda interna, de atender bem um número X de pacientes, com qualidade? As psicólogas dessa pesquisa parecem vivenciar este conflito, essa dúvida, diariamente.

- **Autonomia**

Essa característica está associada à percepção de controle, e se refere à possibilidade de tomar as decisões pertinentes ao próprio trabalho, sem a necessidade de consultar ou pedir autorização a alguém, o que possibilita liberdade de ação e independência profissional. Assim, o psicólogo pode escolher seus horários (de quanto em quanto tempo vai atender, duração da sessão), seu plano de trabalho, estabelecendo prioridades, e tipo de procedimentos. Correia (1997) verificou que quanto maior a autonomia no desenvolvimento das atividades, há maiores níveis de realização profissional e, conseqüentemente, menor propensão ao *Burnout*.

A maioria das psicólogas mencionaram a falta de autonomia como um dificultador no trabalho em UBS, gerando um sentimento de insatisfação. Segundo dados da literatura, a perda de autonomia e controle sobre sua atividade está relacionada a altos índices de exaustão emocional (DECKARD; METERKO; FIELD, 1994). Maslach (1982) aponta que nesta situação o profissional acaba tendo a percepção de que é ineficaz e que suas intervenções são insuficientes, gerando a vivência de desamparo, raiva e frustração.

“Acho que aí tem algumas questões políticas que atravessam sempre né? Na tentativa de garantir uma maior **acessibilidade** (...) a Direção tenta passar por cima, né? Encaixando pessoas sei lá indicadas por quem. (...) Meia hora individual já é pouco. E aí, muitas vezes você precisa de um horário maior, e aí acaba influenciando na sua **produtividade**.” (Bruna)

Aline parece ser a única das entrevistadas que acredita que tem autonomia, já que é ela mesma quem marca suas consultas.

“Porque eu tenho **autonomia**, sou eu quem marco as consultas, sou eu quem faço os agendamentos, a triagem. O auxílio que eu peço, eu peço pra alguém entrar em contato por telefone, o pessoal também colabora dentro da Unidade, então eu não tenho nenhum tipo de problema. A Diretoria também me colocou muito à vontade, me deu autonomia. A Secretaria de Saúde Mental também, eles tem alguns **critérios**. Então eu sigo esses critérios, tem a parte **burocrática** que eu também sigo.” (Aline)

É interessante pensar em como na mesma Instituição, cada profissional enxerga as mesmas questões sob uma ótica pessoal, o que também pode estar relacionado ao fato de cada UBS funcionar de um jeito próprio, de acordo com a diretoria desta. Porém, ao refletir sobre todos os relatos, podemos pensar que na realidade a autonomia a qual Aline se refere não é total, afinal ela tem que atender o número de casos esperado e cumprir certas regras, como se vê na seguinte afirmação:

“Então assim, eu tenho autonomia (...) **Desde que eu cumpra as normas**, tanto da UBS quanto da Saúde Mental, da Secretaria.” (Aline)

- **Sobrecarga de trabalho**

As entrevistadas relataram que há um grande número de pacientes para ser atendido, e um número insuficiente de psicólogos, restando pouco tempo para cada atendimento. Isso acaba gerando uma sobrecarga de trabalho. Em diversos estudos, a sobrecarga é um dos fatores de predisposição ao *Burnout* mais apontados. Está relacionada tanto à quantidade, quanto à qualidade de demandas que acabam ultrapassando o desempenho, tanto por insuficiência técnica, quanto por falta de tempo ou infra-estrutura organizacional. (KUROWSKI, 1999; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SCHAUFELI, 1999)

“A gente é muito pouca gente, e **muita gente** precisando. **Faltam** não só psicólogos, mas faltam também psiquiatras, psicopedagogos. Nós temos uma **demanda muito grande** e não tem como a gente estar atendendo (...)” (Luiza)

“(...) então quando eu cheguei tinha um acúmulo de coisas acontecendo, **acúmulo de pacientes** que estavam aguardando, então eu também peguei uma pilha de casos pra atender, e achei que aquilo depois fosse **diluir**. Depois tinha perspectiva de vir outra psicóloga logo, então achei que aquilo ia se diluir, mas não foi o que aconteceu, **só aumentou** (...)” (Olívia)

“Acho que a maior dificuldade primeiro é a **quantidade** de pessoas que a gente tem para atender da região (...) E como agilizar este processo.” (Bruna)

O fato de ter um número elevado de casos para poucos profissionais faz com que estes tenham que atender muito pacientes em poucas horas, o que não possibilita tempo suficiente entre os atendimentos para que o psicólogo possa atender de forma adequada, principalmente pois não tem tempo hábil para mobilizar mecanismos de enfrentamento necessários para tal, o que acaba sobrecarregando-o ainda mais.

Rodrigues (1998) acredita que uma das maiores fontes de estresse é o excesso de solicitações ao profissional, que acabam excedendo as capacidades pessoais em atendê-las. O grande número de casos a serem atendidos em um curto espaço de tempo, não possibilita a mobilização de mecanismos de enfrentamento para que estes profissionais consigam lidar com essa sobrecarga, sem que disso resulte em um desgaste emocional.

Além disso, os psicólogos trabalham praticamente ininterruptamente para atender a demanda, o que é extremamente prejudicial na medida que quanto maior o número de horas em contato direto com pacientes, principalmente em situação graves, podendo provocar processos de identificação, maior o risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout*. (MASLACH, 1982).

“Eu não me via mais com condição de fazer, ter um **raciocínio clínico** a partir de cada atendimento (...) e eu não conseguia ter tempo para pensar sobre aquele atendimento, para registrar aquele atendimento de uma forma adequada, para planejar como eu ia dar continuidade. Não tinha **tempo hábil** para isso, então eu ia ficando muito **sobrecarregada** com o volume de trabalho. (...)” (Olívia)

“O psicólogo na Unidade Básica, ele atende a uma **demand**a muito grande, a todas as patologias (...) Termina você ficando mais sobrecarregado do que qualquer outro profissional. (...) Outra coisa que eu acho muito difícil é o psicólogo ter que fazer **30 horas** em UBS, que é muito **desgastante**, porque você atende a uma população que te consome muita energia.(...)” (Verônica)

Além da demanda ser vasta, não existe um critério bem definido sobre quais casos são prioridades, fazendo com que cada profissional adote seu próprio critério de urgência. Isso acaba gerando nelas uma sensação de impotência diante da burocracia, da fila de espera, da necessidade de avaliação por outro profissional, e ainda um sentimento de maior de responsabilidade sobre o paciente, principalmente quando tem que dizer não para não se sentirem sobrecarregadas.

“Isso é muito complicado, porque tem muitos casos, a gente olha e vê que é uma **urgência** (...) Eu tenho colocado muito **prioridades**, e se for uma situação de prioridade, eu passo na frente mesmo da fila” (Luiza)

É difícil frente a tanta gente, com sofrimentos tão diversos, se responsabilizar por “escolher” qual paciente precisa ser atendido ou não. Com isso, muitas psicólogas tentam priorizar de uma forma ou de outra, aqueles casos que acham mais graves, mas o que se percebe é que na maioria das vezes, acabam atendendo todos, resultando em sobrecarga. Podemos observar essa situação no depoimento da Luiza:

“Durante o primeiro ano eu procurava muito **atender ao máximo**, não sabia falar não, não comia. Eu chegava no posto, atendia, atendia, atendia, atendia, atendia. E saía do posto, e saía atrasada, depois do horário, chegava antes do horário. E estava sempre querendo de alguma forma alcançar, fazer o trabalho que eu sentia que a população (...) Mas, **se não se cuidar**, se a gente não estiver atenta, se a gente realmente entrar nesse jogo de querer suprir aquilo que pedem para a gente, e **não botar limites**, realmente a gente se quebra. (...)” (Luiza)

- **Perfil dos pacientes atendidos em UBS**

Algumas psicólogas relataram que os pacientes desse município têm um perfil muito específico. Então, além de ter que lidar com o sofrimento psicológico em si, encontravam

difficuldade em lidar com a miséria, com casos que ultrapassam a possibilidade de atuação deste profissional.

“(...) eu comecei a conhecer um **outro lado da população** que eu não conhecia, né? Que a gente só ouve falar, mas que eu não tinha acesso, e trabalhando aqui na favela (risos), com essa população eu conheci (...) E isso foi muito bom, né? Você sai um pouco daquela população de consultório, que você tem uma **outra visão**, e vê outro lado da **realidade**.” (Verônica)

Algumas características do cliente podem favorecer o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*. Dentre essas estão: o tipo de problema do paciente, a natureza da relação entre eles, a percepção de controle, são elementos que podem afetar a pessoa que trabalha (CARLOTTO, 2001). “Clientes multiqueixosos, beligerantes, agressivos, disfóricos, depressivos são tidos como especialmente difíceis, assim como o atendimento a pessoas em risco, que tentaram suicídio, ou cometeram incesto, pedófilos, etc.” (PEREIRA, 2002, p.61). O grande problema é que as UBS em questão não atendem apenas casos de baixa complexidade, conforme os princípios do SUS. As psicólogas tem que atender todos os pacientes que solicitam atendimento, com as mais diversas patologias, fazendo com que essas entrem em contato com sofrimentos que, muitas vezes, estão além de seus limites pessoais de atuação.

“O que é **básico** não exatamente quer dizer que é uma **baixa complexidade**, que são casos de baixa complexidade. Então são atendimentos que demandam muito, e aí contribuiu muito com a piora do meu caso.” (Bruna)

- **Não-valorização do psicólogo**

O psicólogo que trabalha em serviços de Saúde Pública sempre esteve de alguma forma subordinado a outros profissionais, principalmente aos médicos. Aos poucos, foi

conquistando seu espaço, e atualmente a maioria dos hospitais já valorizam seu trabalho, e consideram-no primordial para o tratamento das pessoas, principalmente na área de Saúde Mental. Porém, o que se percebe é que no Brasil, alguns profissionais de serviços públicos ainda compreendem a atuação do psicólogo como secundária, menos importante menos importantes que as outras áreas da Saúde. (ROMANO, 1999)

Algumas psicólogas ressaltam que as especificidades do psicólogo não são levadas em consideração nesta Instituição. Elas precisam ficar o tempo todo explicando qual seu trabalho, quanto tempo necessitam para cada atendimento. Em algumas UBS, os diretores mudam a cada 3 meses, o que exige que sempre “apresentem” seu trabalho novamente.

“É, porque cada dia tem um diretor, eu estou numa Unidade que em 5 meses passaram **5 diretores!** Ai você tem que explicar ‘Psicologia é isso...’ ai passa (...) 2 meses, entra outro ‘Como o médico atende 50 e você atende 12?’ Ai você **explica** ‘Psicologia é isso, isso, isso’ Sabe? É até um negócio desgastante. (...) É muita **desvalorização.**” (Renata)

Renata acredita que a responsabilidade com relação a não-valorização não pode considerada como sendo somente da Instituição, mas do próprio profissional que, muitas vezes, não mostra seu trabalho, não se apresenta de forma mais sistemática para outros profissionais da Saúde.

“(...) eu acho que a **Psicologia** também **contribui**, porque a Psicologia não aparece. Nós também somos culpados né? Porque a gente não diz o que se faz, como é que se desenvolve seu trabalho, para que que serve, então a gente também **não se mostra.**” (Renata)

Outra questão que está relacionada à não valorização, e que a maioria das entrevistadas mencionou, é a questão do salário. A baixa remuneração foi apontada em diversos estudos como uma variável importante, ligada à desvalorização profissional. (KUROWSKI, 1999; MASLACH; LEITER, 1997)

“(...) a gente sentir que é **recompensado**, que nosso trabalho é **reconhecido**. Então o **pagamento** realmente não corresponde (...). Então quanto mais valorizado for o profissional, mais para frente eles vão estar pagando melhor (...)” (Luiza)

“A Saúde Mental na estrutura da Prefeitura não tem uma colocação digna. Não é vista como deveria ser. Vira e mexe a gente está correndo atrás de **visibilidade**, de recursos (...) você não tem a **infra-estrutura**, você não tem um **espaço adequado**, você não tem reciclagem, você **não tem investimento**, você não tem nem **salário**... sabe, a gente não tem um salário digno.” (Paula)

“Existem dificuldades financeiras, porque o psicólogo é muito **mal remunerado** na Saúde (...)” (Verônica)

Ainda, outro aspecto que está intimamente ligado à não-valorização do profissional diz respeito à infra-estrutura da Instituição. As entrevistadas estão de comum acordo que um dos fatores que mais dificulta o trabalho em UBS é a falta de estrutura física. Pereira (2002) aponta que as condições de ambiente físico estão entre uma das principais variáveis relacionadas ao estresse. Trabalhar em locais com pouca higiene, com falta de espaço físico, mobiliário ou aparelhagem necessária para desenvolvimento das atividades interfere na saúde psicológica dos profissionais.

Dentre os itens que foram citados na entrevistas, cabe destacar os seguintes: não ter espaço adequado, material suficiente, investimento no profissional.

“Não temos **brinquedos** suficientes, não temos **espaço** suficiente, não temos uma sala que ofereça **privacidade** suficiente. Tem muitos estímulos aqui, e não tem como evitar que a pessoa se distraia, **barulhos**... enfim.” (Paula)

“A sala que é pequena, porque quando a gente vai fazer um grupo, não comporta o número de pessoas (...) O **espaço físico** é que é o **ponto negativo** ali, né?” (Aline)

Além disso, a falta de segurança parece estar relacionada a maior propensão ao *Burnout*. Alguns ambientes de trabalho predispõe a riscos físicos e até da própria vida.

(PEREIRA, 2002) No caso das UBS, esse fator está ligado ao fato da sua localização ser em ambiente perigoso (periferia), e muitos pacientes estarem envolvidos com violência.

“(...) do valor que dão ao profissional, da condição de trabalho, da condição física, da sala que você atende, da **falta de segurança** (...) Na questão da estrutura física, da falta de segurança, da quantidade de trabalho, poucos profissionais.” (Olívia)

- **Supervisão e Psicoterapia**

Todas as entrevistadas mencionaram a importância de ter algum tipo de suporte emocional, para conseguirem atender os casos graves da UBS, como supervisão e psicoterapia. Quanto menor o suporte sentido pelo profissional, maior a probabilidade de desenvolver a síndrome. (KUROWSKI, 1999; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SCHAUFELI, 1999)

Com exceção de Verônica, todas acreditam que a supervisão oferecida pela Instituição não seja suficiente, tanto pela frequência/duração, quanto pela falta de diversidade de abordagens teóricas. Apesar de algumas divergências sobre a visão que tem da supervisão, parece que essa é quinzenal, com duração de 2 horas, o que é considerado pela maioria como insuficiente.

O contato com outros profissionais é visto como um potencial, facilitador para o trabalho, pois ajuda a entender os casos de forma global, trocar experiências, entre outros benefícios. Por isso, parece que gostariam que esse contato fosse mais frequente, e que envolvesse profissionais de outras especialidades da Saúde.

Segundo Reid et al. (1999), manter relacionamentos informais com os colegas, bem como supervisões clínicas e grupos de apoio são essenciais para evitar *Burnout* e ajudar no *coping*, nas possibilidades de enfrentamento. Além disso, consideram fundamental o treinamento do profissional para a demanda específica, e em como reagir a determinadas

situações com pacientes “especiais”, que no caso, são pacientes graves, que vivem em situações, muitas vezes, precárias, de miséria e violência.

“(...) A gente busca se **unir** muito, procura estar com as outras psicólogas para a gente sentir que não está tão **sozinho**.” (Luiza)

“Existe a supervisão às quintas-feiras, quinzenalmente (...) E **não é o suficiente**, mas... dá. (...) Duas horas. **É pouquíssimo**. Mais ou menos uns 50 pacientes.(...)” (Paula)

“(...) o que a gente tem é uma supervisão, mas nós estamos há 6 meses sem (...) Eu acho **pouco** porque você tem 10 psicólogos né? E é de 15 em 15 dias, então (...) é um **‘pseudo-suporte’**.” (Renata)

Algumas psicólogas acreditam que além da supervisão, a Instituição deveria oferecer outro tipo de suporte emocional, como a psicoterapia.

“A gente lida com muitos **conflitos**, e a gente não está pronto para lidar com tudo. (...) Então é muito importante eu poder estar levando e trabalhando, **elaborando** isso com alguma outra pessoa que está lá, para trabalhar isso comigo, por que mexeu (...) Então a **terapia** é **base** nisso. Sozinha, fazer tudo isso realmente não dá.” (Luiza)

Hyrkäs (2005) aponta que supervisões clínicas são consideradas benéficas para profissionais de Saúde Mental, diminuindo o índice de *Burnout*, bem como a supervisão ineficiente está correlacionada a altos índices de insatisfação com o trabalho.

Leite de Abreu et al. (2002, p. 23) acreditam que “a fragilidade emocional provocada pela falta dos suportes afetivo e social traz grande sofrimento... O trabalhador, ao sentir-se sem alternativa para compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, tem aumentada sua tensão emocional, o que pode levar ao surgimento da Síndrome de *Burnout* e/ou estresse ocupacional”.

A maioria das entrevistadas acredita que, já que não é oferecido este cuidado como gostariam, seria essencial que elas no mínimo tivessem melhor remuneração ou ajuda de custo, para poder pagar a supervisão e/ou psicoterapia individual.

“E também a questão financeira, por que como é que você vai **pagar psicoterapia**? (...) então eles não dão esse suporte. E se você ganha esse salário ridículo, como é que você vai fazer, semanalmente? A gente tem pessoas que surtam, né? Estão surtados aí, porque não tem condições mesmo de pagar (...) Então eu acho que eles deveriam ter esse **cuidado** aí com a gente. Eles são muito **descuidados**” (Renata)

“(...) Então fica todo mundo muito **abandonado** mesmo. Eu tinha possibilidade de fazer minha supervisão fora, mas nem todo mundo ali tinha esse espaço de supervisão mesmo, porque tinham outras atividades.” (Olívia)

- **Falta de trabalho Interdisciplinar**

Com relação ao trabalho em equipe interdisciplinar, todas ressaltam sua relevância, e mencionam que os psicólogos acabam se sentindo muito sozinhos. Uma das queixas é que os psiquiatras não participam das reuniões clínicas da Saúde Mental, o que seria fundamental para conversar sobre os casos em comum. Deckard, Meterko e Field (1994) observaram que a baixa satisfação com trabalho e os altos índices de exaustão emocional estão intimamente ligados à falta de suporte por parte da equipe.

“(...) a dificuldade de estar integrando esse médico, com as enfermeiras, uma **equipe** mesmo, **multidisciplinar**. Eu acho que não, não dá... eu já tentei várias vezes. É uma dificuldade.” (Renata)

“Um outro fator que eu acho que é negativo, não que para o meu atendimento (...) a **falta de conjunto** né? Dos outros profissionais de também estarem avaliando. (...) Um **trabalho multidisciplinar**, porque aí facilitaria a nossa vida. (...) Então poderia já dar uma boa descentralizada neste sentido, e diminuir a lista. (...) é um fator que é negativo para o paciente.” (Aline)

“Acho que precisava de um **envolvimento maior** dos profissionais psiquiatras, dentro de ter uma **equipe mais coesa**. É muito... desintegrado dos profissionais psiquiatras, eles trabalham muito **isolados**. E isso acaba dificultando esses casos que a gente trabalha em conjunto, né?” (Bruna)

Parte II – A Síndrome de *Burnout*

Além de investigar os possíveis motivos associados ao adoecimento, essa pesquisa se propôs a verificar se as participantes apresentam ou apresentaram a Síndrome de *Burnout*, além de observar as alternativas de combate ao estresse adotadas pelas psicólogas entrevistadas.

Então, reuni as falas das participantes sobre seus processos de adoecimento, bem como levantei as principais alternativas de combate ao estresse utilizadas. Por fim, apresento uma reflexão sobre o fato da maioria delas não conhecer essa síndrome, não tendo, assim, consciência de fatores que podem ajudar a preveni-la.

- **Processo de adoecimento**

Como pudemos perceber, apesar das psicólogas trabalharem na mesma Instituição, com características organizacionais e agentes estressores em comum, as formas de enfrentamento utilizadas, e o modo como esses agentes vão afetar cada uma das entrevistadas, tem uma relação íntima com características pessoais. Da mesma forma que cada corpo é vivenciado de um modo específico, que varia de pessoa para pessoa, cada uma delas manifestou o adoecimento de forma diferente, com associações bastante particulares com relação a esses processos.

Por isso, dentro de uma abordagem qualitativa, teço minhas reflexões sobre o processo de adoecimento, sem generalizar essas vivências, mas sim pensando nas especificidades de cada uma, no nível simbólico. É importante ressaltar que não pretendo aqui fornecer diagnósticos às psicólogas, e sim pensar de forma reflexiva quais psicólogas apresentaram sintomas que podem estar relacionados à Síndrome de *Burnout*.

Com relação à Paula, observamos questões organizacionais e pessoais associadas a fatores facilitadores do desenvolvimento da síndrome bastante presentes. Paula entrou na instituição com pouca experiência, bastante idealismo, e um perfil perfeccionista, com certa onipotência, como ela mesma percebe. Em determinado momento, acaba adoecendo, e faz um paralelo com a situação de trabalho. Ela teve um problema na coluna, e acredita que esteja relacionado ao fato de carregar o problema dos pacientes consigo de forma excessiva, acarretando em uma sobrecarga no seu eixo de equilíbrio, que é representado simbolicamente pela coluna.

“(...) eu tive um problema grave de coluna. (...) Fiquei duas semanas inicialmente, porque eu fiquei sem andar. Eu travei a coluna (...) Mas eu acho que o fato de inicialmente eu estar assumindo muito as responsabilidades pela vida das pessoas que eu atendo, pelos caminhos que as suas vidas poderiam seguir, isso acabou realmente afetando minha coluna. E **psicologicamente eu carreguei mais do que eu podia dar conta**. A minha estrutura balançou, inflamou mesmo. (...) Eu mudei colchão, mudei travesseiro, mas principalmente mudei postura diante da vida. (...) é uma nova postura que hoje ajuda que minha coluna não doa mais. Então eu não carrego mais tantos problemas, eu não me responsabilizo, não me sinto responsável mais pelas questões, pelos caminhos que as outras pessoas vão escolher.” (Paula)

Então, nesse caso podemos pensar que foram as condições do trabalho, associadas a algumas características pessoais suas, como o perfeccionismo, que a levaram a um nível muito alto de estresse, possivelmente um dos sintomas da Síndrome de *Burnout*.

Renata, por sua vez, no momento da entrevista já estava há mais tempo na Instituição, então estava mais adaptada àquela situação. Ainda assim, referiu que seu adoecimento estava

intimamente ligado ao excesso de trabalho. Renata teve um cisto no palato, o que a impossibilitou de falar. Então, fez uma relação entre a falta da fala (motor de seu trabalho), e a necessidade de parar de trabalhar. Além disso, aponta a falta de lazer, de tempo, de dinheiro como agentes estressores, o que resulta na baixa resistência imunológica, e até em um sintoma mais grave: a perda da voz.

“Eu **perdi a voz uma época**. (...) Ai eu tive que ficar, devido à cirurgia, **sem trabalhar**. Eu tive um cisto nessa parte do palato (pega no pescoço). Eu acho que **eu não queria falar mesmo**. Ai eu fiz a cirurgia, e a conduta, a recomendação era não falar. Ah, eu sem fala, meu trabalho não existe porque o combustível é a fala. (...) tudo isso é **devido ao estresse**, ao cansaço, à falta de cuidado mesmo. Mas é estressante, o trabalho. (...) Então lógico que estressa, principalmente esse nosso trabalho, porque é pesado, o emocional é pesado.” (Renata)

Assim, acredito que a própria Renata associa esse adoecimento ao estresse, e pelas características de sua vivência, pode estar relacionado à Síndrome de *Burnout*.

Olívia não estava mais na Instituição, e o motivo de sua saída foi devido a um problema de saúde que teve durante o período em que trabalhou nesta. Na entrevista, Olívia enfatiza o fato de ter sido um evento isolado, que estava exclusivamente ligado a situações de seu trabalho. Podemos pensar que, por não agüentar as exigências da Instituição e a pessoais, ou seja, a pressão externa e interna, acabou apresentando um quadro de pressão alta.

“(...) eu cheguei um dia a ficar com sintomas físicos, de ficar com a **pressão alta**. Mas **puramente por estresse**. Foi um dia que isso aconteceu, e daí quando isso aconteceu eu fiquei muito assustada, e vi que eu estava exagerando, né? (...) Um sofrimento muito no corpo, que foi muito pontual, foi um dia que eu tive, que minha **pressão subiu**, e eu não tenho problema de pressão, nunca aconteceu isso, então foi uma coisa meio nesse sentido. (...) Eu tive um sintoma, não cheguei a ficar doente. Eu tive um **sintoma físico**, daí fui investigar, óbvio, fui ver, fiz os exames, e não tinha nada no coração, nada cardíaco, estava estressada, triste, infeliz, e sem sentido naquele trabalho (...) não tinha solução pra aquilo, então aquilo só foi acumulando.” (Olívia)

Na realidade, houve um processo de sobrecarga, falta de motivação para o trabalho, cansaço, e o pico de pressão alta foi o “estopim”. Por estarem associados exclusivamente ao trabalho, podemos pensar que esses sintomas estejam relacionados à Síndrome de *Burnout*.

Luíza é uma psicóloga recém-formada, que entrou na Instituição com muita vontade de atender o máximo de pacientes possíveis. Com o tempo, acabou se sobrecarregando com a carga de trabalho, associada à sua alta exigência pessoal. Paralelamente, houve um problema familiar, que culminou em um quadro de depressão.

“Depois disso eu tive uma situação de depressão mesmo, de me sentir assim... **não só pelo trabalho. Pela vida toda.** Por continências da vida eu fui estressando, estressando, não vou parar, não vou parar e aí, **quebrou tudo.** Chegou um momento que eu tive que parar por estar em uma **depressão** muito profunda mesmo. (...) se não se cuidar, se a gente não estiver atenta, se a gente realmente entrar nesse jogo de querer suprir aquilo que pedem para a gente, e não botar limites, realmente a gente se quebra” (Luiza)

Portanto, no caso de Luiza, embora estivessem presentes diversos fatores organizacionais associados à Síndrome de *Burnout*, não podemos afirmar que seu quadro de depressão foi exclusivamente por questões ligadas ao trabalho, e conseqüentemente, não podemos afirmar que ela apresentou a síndrome.

Bruna, por sua vez, apresentou um quadro de fibromialgia, mas também não acredita que este seja relacionado **exclusivamente** a questões ligadas ao trabalho, como a sobrecarga, alta exigência pessoal, perfil dos pacientes, mas também a questões pessoais.

“(...) foi um quadro de **fibromialgia**, associada a questão emocional. Foi um momento (...) que estava difícil trabalhar no Município, né? Justamente por essa questão de responsabilizar o profissional por essa demanda reprimida. Mas eu também estava com umas **questões pessoais** em processo. Sem contar que eu também trabalho em outro serviço público, né? Atendo em consultório, e nisso houve uma **sobrecarga** (...)” (Bruna)

Então, parece que a doença é resultado de um processo de eventos concomitantes, que ao se acumularem, geraram uma sobrecarga, o que acabou resultando em manifestações físicas do conflito. Assim, não podemos ter certeza se ela apresentou a Síndrome de *Burnout*.

Na realidade, é importante apontar que geralmente não existe uma divisão clara, e que os fatores pessoais e organizacionais acabam, na maioria das vezes, se cruzando. A Síndrome de *Burnout* é uma somatória de sintomas, em que ambos os fatores atuam como facilitadores de seu desenvolvimento. Porém, se problemas pessoais estiverem presentes, os sintomas podem estar ligados a estresse, e não necessariamente à Síndrome de *Burnout*, uma vez que para o diagnóstico da síndrome precisam estar presentes questões laborais.

Aline e Verônica tiveram vivências muito específicas, e relataram um sentimento de cansaço excessivo, devido à sobrecarga de trabalho. Enquanto Aline acredita que esse quadro de cansaço pode ser considerado uma doença, Verônica acredita que não, talvez por pensar em adoecimento como manifestações de sintomas físicos exclusivamente externos. Porém, acredito que cansaço e desgaste emocional também são formas que o corpo encontra para expressar algum tipo de sofrimento.

“Não. Cansaço normal, mas ficar doente. Não, nada.” (Verônica)

“(...) Tive, na verdade (...) **problemas particulares** que me afetaram emocionalmente, e eu me afastei da UBS. Mas não durante o atendimento psicológico, mas durante meu cargo efetivo, mas que me valeu muito de experiência (...) Eu mesma fiquei me analisando neste sentido. O nosso corpo pede um pouquinho mais de **descanso**. Mas especificamente eu estava **cansada por não me desligar de lá**. Eu me percebia mesmo pensando nos casos.” (Aline)

A partir dessas reflexões, é importante ressaltar que nem todo adoecimento é sinônimo de Síndrome de *Burnout*. Além disso, podemos pensar o que faz com que, diante de praticamente as mesmas circunstâncias de trabalho, com diversos agentes estressores que estão ligados a fatores desencadeadores da Síndrome de *Burnout*, algumas desenvolvem a

síndrome e outras não. Da mesma forma, podemos refletir que esses agentes não vão obrigatoriamente resultar em estresse ou Síndrome de *Burnout*, pois vai depender de características pessoais também, como por exemplo, a forma de enfrentamento que cada uma tem diante das mesmas situações.

- **Alternativas de combate ao estresse adotadas pelas psicólogas.**

Podemos pensar que a forma de enfrentamento é uma questão bastante importante para prevenir o estresse. Verônica, por exemplo, parece estar de alguma forma mais adaptada à situação, e aparentemente consegue lidar com a dor e sofrimento do paciente de uma forma mais neutra, mantendo uma certa distância entre o que é do outro, e o que é seu.

Aline, por sua vez, parece ter *hardness*: personalidade resistente ao estresse. Como foi mencionado na parte teórica, algumas pessoas são capazes de interpretar os agentes estressores como passíveis de controle; são pessoas com maior resistência, que geralmente encaram as dificuldades como desafios a serem superados. Aline parece apresentar essa característica: percebe as dificuldades da Instituição, mas aprende a lidar com as situações estressantes, superando-as e amadurecendo ao invés de adoecer.

Outra questão é que apesar de trabalharem na mesma rede, cada uma frequenta uma UBS, com características específicas, o que pode ser um diferencial. Aline, por exemplo, disse que tem autonomia no seu trabalho; como a falta de autonomia é um dos principais fatores organizacionais que contribuem para o desenvolvimento da síndrome, talvez o fato de ela ter autonomia tenha sido fundamental para que não tenha desenvolvido a síndrome.

As psicólogas que adoeceram, ao se recuperarem, conseguiram encontrar formas eficazes de combate ao estresse, que envolvem desde mudanças de atitude, até busca por atividades de lazer como alívio para situações de estresse.

“É uma coisa que fez parte do meu **amadurecimento**, eu conseguir **falar ‘não’** e perceber que eu não sou Deus, eu não tenho como suprir ou curar. Então uma das coisas que me ajudou muito foi justamente acreditar em **Deus** e pensar ‘Bom, eu não posso estar cuidando de todo mundo, mas eu posso pelo menos estar orando’. (...) Então eu acredito que se eu orar por ela, alguma coisa de bom vai acontecer. Não é que Ele é tudo, mas é que as coisas só acontecem quando a gente pede. Então, eu peço por elas. E eu acho que isso me tranqüiliza um pouco.” (Luiza)

“(...) uma coisa que facilita muito para mim, além de fazer **psicoterapia**, é o fato de eu manter só esse vínculo empregatício. O restante do meu tempo eu emprego em estudo, em artesanato, em coisas que eu gosto de fazer (...) para diversificar, porque eu sinto necessidade de diversificar. Quando eu trabalho muito com a mente, nas horas de lazer eu vou **trabalhar com as mãos**. (...) Assim, meu tempo livre fora daqui eu procuro, me esforço para que seja sem questões daqui. (...) E quando me desligo, me **desligo** mesmo, que daí eu vou me encontrar em outras coisas.” (Paula)

“Ah, eu faço **acupuntura** também (...) faço psicoterapia também. E de tempos em tempos, aí eu também percebo, eu tenho que parar, não tenho condições de pagar! Aí eu paro, aí depois eu retomo de novo... A **dança** é uma coisa que eu acho que eu me faz bem, em todos os sentidos. (...)” (Renata)

- **Conhecimento sobre a Síndrome de *Burnout*.**

Com relação ao conhecimento ou não sobre a Síndrome de *Burnout*, a maioria delas não sabia que esta existia, algumas nunca nem tinham ouvido falar nesse nome:

“Eu não sei nada... nada nada... Eu **nunca ouvi falar**. Não conheço nada.” (Renata)

“Nada. Mas o que é? Eu **ouvi falar** muito **vagamente** por outra pessoa que eu também dei uma entrevista, que ela também estava fazendo um trabalho sobre a saúde dos psicólogos no ambiente de trabalho, agora não sei se no público ou privado” (Verônica)

“**eu nunca ouvi falar não**, mas é interessante. A gente aprender neste sentido para ver se a gente não está se encaixando nesta síndrome. (...)” (Aline)

Porém, quando eu falei que estava relacionada ao estresse, todas pareciam ter uma boa noção desse conjunto de sintomas, apenas não o conheciam por este nome.

“Agora que você falou, esse estresse da pessoa que cuida, isso é **comum**.” (Renata)

Então, acreditam que a síndrome pode ser facilmente compreendida, à medida em que o profissional da Saúde muitas vezes não se cuida, e tem um trabalho muito pesado por lidar com o sofrimento humano.

“*Burnout*... é um **termo recente** parece. Eu não sei (...) parece que é um tipo limite de tudo, estourou... **estorei** completamente (risos). E aí, o que é, uma atuação que a pessoa pode acabar tendo, essa questão interna muito forte... mas assim tipo de atuação, eu realmente não sei te falar. (...) Eu vi em mim, e vejo em vários profissionais isso acontecendo, e é muito delicado você apontar isso no outro profissional. (...) Eu acho que a partir dessa experiência, as coisas não acontecem **só profissionalmente**. Isso acontece quando tem alguma **questão pessoal**, que aí junta com a questão profissional, quebrada do jeito que estava.” (Bruna)

“Eu li recentemente (...) Dei uma pincelada nos **sintomas**, eu acho que é uma **síndrome evidente** assim, óbvia, né? Nosso tipo de trabalho vai resultar nesse tipo de problema, se **a pessoa não se cuidar**.” (Paula)

“(...) Eu acho que por um lado é realmente muito estranho as pessoas não perceberem que o médico e o psicólogo tem o **direito de adoecer** (...) você falou que a saúde mental fica doente? Fica! Por que fica doente? Porque ela é **humana**. Não só porque existe uma carga muito difícil, porque existe exigência e tudo.” (Luiza)

“Eu sei muito pouco. Eu tenho uma colega de trabalho que foi fazer um estudo neste sentido, então ela me contou um pouquinho, que fala sobre os **sintomas físicos** que os **profissionais de saúde** têm dentro de uma situação de estresse, trabalhando na saúde pública, mas eu só sei isso, não sei mais nada” (Olívia)

Embora tenham uma noção básica do que significa a Síndrome de *Burnout*, o fato de não conhecerem todas as suas especificidades é prejudicial, à medida que não sabem quais fatores estão associados à síndrome, para poder de alguma forma preveni-la, buscando formas mais eficazes para lidar com os agentes estressores, encontrando caminhos de adaptação. É fundamental que percebam, por exemplo, quando a carga de trabalho está muito alta, respeitando seus limites de atuação.

Se houvesse um conhecimento sobre a síndrome, poderiam notar o início dos sintomas, e perceber o que pode estar envolvido, prevenindo assim que se desenvolva. Portanto, como é uma síndrome laboral, é fundamental que os psicólogos tenham conhecimento sobre essa, assim como a Secretaria da Saúde.

9 Considerações Finais

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a razão pela qual as psicólogas das UBS de um município do Estado de São Paulo estavam adoecendo, bem como verificar se as participantes apresentavam a Síndrome de *Burnout* e, se positivo, quais fatores desencadeadores estavam envolvidos.

Essa questão surgiu a partir da minha experiência prática, visto que durante o período em que trabalhei na Instituição em questão, pude observar que algumas psicólogas dessa rede estavam adoecendo. Então, comecei a me questionar sobre o que estava envolvido nesse adoecimento, quais fatores poderiam estar de alguma forma contribuindo para o fenômeno.

Algumas questões referentes às dificuldades organizacionais e características pessoais envolvidas no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, bem como à formação do psicólogo, o desconhecimento da síndrome, suas formas de prevenção, e sobre o cuidado ao cuidador, foram essenciais para este estudo.

Após análise qualitativa, foi possível confirmar que diversos fatores considerados na literatura como desencadeadores na síndrome estão presentes nos discursos das entrevistadas. Dentre estas podemos destacar: a) pessoais - tempo de experiência profissional, perfeccionismo, sentimento de impotência b) organizacionais – sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, não-valorização do psicólogo, falta de suporte (supervisão/psicoterapia), perfil dos pacientes, falta de trabalho interdisciplinar.

Apesar desses fatores estarem presentes, só podemos considerar que três das entrevistadas manifestaram a síndrome, pois os sintomas não só estavam associados aos fatores mencionados, como ligados exclusivamente à questões do trabalho, o que é essencial para o diagnóstico dessa síndrome. Todas apresentaram algum tipo de adoecimento, desde

cansaço excessivo, até casos mais graves, como fibromialgia, picos de pressão alta, problemas na coluna. Porém, é importante ressaltar que nem todo adoecimento pode ser considerado Síndrome de *Burnout*.

Com relação às alternativas de combate ao estresse adotadas pelas psicólogas entrevistadas, estas mencionaram não só a psicoterapia, como também atividades de lazer, acupuntura, ou simplesmente conseguir se desligar dos problemas e descansar.

Uma das questões que é fundamental destacar é a falta de conhecimento sobre a Síndrome de *Burnout*, o que dificulta sua prevenção. Isso nos faz refletir sobre a formação do profissional de Saúde. Como vimos no levantamento bibliográfico, o psicólogo termina a graduação bastante despreparado tanto do ponto de vista prático, como do teórico, para o trabalho em instituições públicas.

Embora essa expressão seja relativamente recente, a Síndrome de *Burnout* foi mencionada pela primeira vez em 1974, ou seja, tempo suficiente para ser mais divulgada nos meios acadêmicos, ao menos nas aulas de Psicologia da Saúde.

O que me impressiona não é somente o fato de nenhuma delas conhecer o termo. Como mencionei na apresentação, eu mesma, que fiz a graduação em uma Universidade reconhecida e trabalhei em excelentes hospitais, não tinha tido contato com o termo até decidir estudá-lo mais a fundo. Isso leva a reflexão do quanto o aprendizado em Psicologia da Saúde, nas disciplinas relativas à questão da Saúde, precisa ser atualizado.

O desconhecimento sobre a síndrome implica na impossibilidade de prevenção, de saber que existem formas de lutar, para se adaptar a situações, por maior o número de agentes estressores envolvidos. A partir do momento que a pessoa conhece uma doença ou síndrome, ao notar seus primeiros sintomas, pode evitar que se agravem, percebendo seus limites, e evitando situações que são descritas na literatura sobre o tema como facilitadoras do desenvolvimento da síndrome.

A divulgação sobre o assunto é fundamental, e deveria ser incluída não só na graduação de Psicologia, como de todas as áreas às quais a síndrome acomete, ou seja, de profissionais que lidam diretamente com o público, como médico, enfermeiros, professores, entre outros. Além disso, é essencial que haja uma supervisão eficaz, em que se trabalhem os aspectos envolvidos na síndrome, discutindo questões organizacionais, para que estes profissionais possam se unir para combater as dificuldades do ambiente de trabalho.

Além da atualização do ponto de vista teórico, é fundamental que haja uma reformulação na grade curricular do curso de Psicologia, de modo a incluir mais atividades práticas, que propiciem ao psicólogo a vivência real de situações ligadas a essa área da Psicologia. Ainda, é necessário incluir supervisão e disciplinas ligadas à práxis, para que ele tenha não só a vivência, mas também a reflexão sobre esta. A prática e teoria deveriam ser indissociáveis, articuladas durante do estágio e supervisão.

Existe uma lacuna entre a teoria e a prática, que é um dos fatores que gera idealizações no profissional, principalmente no recém-formado, que termina a faculdade com altas expectativas quanto ao trabalho em Saúde Pública. O ideal é que o curso de graduação realmente prepare o psicólogo para a realidade dos serviços públicos, diminuindo assim um choque/conflito entre o real e o imaginário, que é um dos fatores relacionados ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. As idealizações estão presentes em qualquer recém-formado, mas se for possível que ele vivencie algumas experiências durante a graduação, com o auxílio de uma supervisão eficaz, ele poderá ter expectativas mais realistas sobre o trabalho do psicólogo.

Os estágios profissionalizantes deveriam ocorrer, se possível, desde o primeiro ano da faculdade, mesmo que no início fosse somente um estágio de observação, e que fosse aumentando progressivamente tanto no número de horas, quanto na atuação propriamente

dita. As supervisões deveriam ser mais reflexivas no que se refere à práxis, do que sobre aplicações técnicas.

Além das alterações com relação à formação do psicólogo, acredito que seja necessária uma reformulação com relação à Saúde Pública em si. Existem alguns princípios e diretrizes do SUS, como a hierarquização dos serviços. Porém, o que se percebe na prática é que essa divisão não acontece, o que faz com que os psicólogos de UBS não atendam somente casos de baixa complexidade, mas também de alta complexidade. Se a hierarquização dos serviços fosse respeitada, os psicólogos de UBS teriam tempo para fazer grupos de orientação na comunidade, de modo a promover saúde, prevenir a doença (Atenção Primária), e não curar (Atenção Secundária ou Terciária).

Além do prejuízo para o usuário, que fica, muitas vezes, anos na fila esperando por atendimento, essa falta de sistematização sobre os atendimentos leva a uma sobrecarga de trabalho para o psicólogo, que ainda tem que atender pacientes com patologias graves, sendo que muitas vezes este profissional não tem preparo emocional, nem tempo para mobilizar mecanismos de enfrentamento para prevenir que adoeca. Então, é necessária uma reavaliação dos serviços de Saúde, com uma fiscalização que garanta que a hierarquização (divisão entre Atenção Primária, Secundária e Terciária) preconizada pelo SUS seja realmente colocada em prática, e saia do plano teórico.

Apesar dessas questões ligadas à reestruturação das instituições, tanto de ensino quanto dos serviços de saúde, não podemos esquecer que na Síndrome de *Burnout* estão presentes fatores individuais, que contribuem para o desenvolvimento da mesma. Além do perfeccionismo, dificuldade em dizer não, e falta de experiência, é fundamental fazer uma reflexão sobre a forma como esse psicólogo lida com o sofrimento de quem está sob seus cuidados. Não podemos responsabilizar somente a formação profissional da graduação ou a

instituição pelo adoecimento do psicólogo. Temos que nos questionar: como este profissional se cuida? Como enfrenta as situações que se apresentam?

Conforme mencionado na parte teórica, os psicólogos chegaram ao adoecimento também porque esqueceram de cuidar de si. Ficam tão mobilizados com a dor do outro, que de certa forma não conseguem manter o distanciamento necessário para não adoecerem. Parece que ficam totalmente identificados com a imagem arquetípica do curador, o que pode acarretar em um estado de onipotência. Então, é fundamental que haja uma conscientização com relação a esse perigo.

O mito do curador-ferido nos faz refletir sobre a ferida que todo psicólogo carrega consigo. Sabemos que algumas condições são fundamentais para propiciar a constelação curador/paciente no relacionamento terapêutico, propiciando assim a cura. A principal é que o analista deve se permitir ser “afetado” pelo paciente, num processo dialético em que ambos se transformam. Porém, se esse envolvimento for demasiado, ou seja, se o contato com a dor do outro for constante, e o psicólogo não tiver tempo hábil para mobilizar seus próprios mecanismos de enfrentamento, ou até para entrar em contato com a dor de outro paciente logo em seguida, ele vai acabar sendo afetado de modo negativo, o que vai prejudicar ao invés de auxiliar o atendimento.

Para isso, é fundamental não só que o psicólogo tenha espaços de acolhimento para trabalhar essas questões, como psicoterapia e supervisão, mas também que busque recursos que lhe propiciem alívio para essa atividade muitas vezes desgastante, tais como esportes, yoga, dança, ou qualquer atividade que o ajude a “desligar” das questões trazidas pelo paciente. Além disso, acredito que seja fundamental que, entre um paciente e outro, o psicólogo tenha um tempo para um relaxamento/meditação, nem que seja por 5 minutos, de modo que consiga dar condições para que seu corpo não chegue à exaustão.

Mas por que será que esses profissionais muitas vezes não conseguem fazer isso? Será que a culpa é somente da exigência da Instituição? Ou será a falta de informação sobre os fatores que levam ao *Burnout*, bem como formas de enfrentamento capazes de prevenção? Ou será que é um descuido grande com a própria saúde?

Podemos refletir se estes profissionais estão desconectados do princípio feminino, principalmente do aspecto ligado ao maternal, ao cuidado. Na realidade, as psicólogas parecem ter um cuidado excessivo com o outro, mas não consigo mesmas, e assim, acabam adoecendo. Parece que o que falta é uma reintegração desse lado maternal do feminino. Os psicólogos precisam parar, olhar para si mesmos, perceber definitivamente que para cuidar do outro é necessário antes de tudo, cuidar de si mesmos.

Assim, essa pesquisa traz algumas reflexões sobre a Síndrome de *Burnout*, fatores relacionados a essa, bem como algumas propostas de reestruturação, tanto nas Instituições de Ensino, quanto na Saúde Pública. Porém, com certeza finalizo essa pesquisa com mais perguntas do que respostas, que me mobilizam a seguir no estudo sobre o cuidado ao cuidador.

“Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas... continuarei a escrever.”

(Clarice Lispector)

10 Referências Bibliográficas⁶

- AMARAL, V.L.A.R. Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. In: KERBAUY, R.R. (org) *Comportamento e Saúde. Explorando alternativas*. Santo André: Arbytes, 1999. p.3-9.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.3, n.13, p.16-29, set/out. 2004.
- BALLONE, G.J. Síndrome de Burnout. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 30 jul. 2005.
- BETTOI, W. *Natureza e construção de representações sobre a profissão na cultura dos psicólogos*. 2003. 266 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BRASIL. Consolidação do SUS. Decreto-lei. Decreto-lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169> Acesso em: 15 jan. 2008.
- BULFINCH, T. *O Livro de ouro da Mitologia*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.
- BURKE, R.J; GREENGLASS, E.R. Psychological *Burnout* among men and women in teaching: an examination of the Cherniss model. *Human Relation*, Toronto, v.42, p.261-273, 1989.
- CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional. *Caderno Universitário*. Canoas: ULBRA, 2001.
- CARVALHO, A.M.A. Atuação psicológica: alguns elementos para um reflexão sobre os rumos da profissão e da formação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, São Paulo, v.4, n.2, p.6-9, 1984.
- CARVALHO, V.A. A vida que há na morte. In: BROMBERG, M.H.P.F., KOVACS, M.J., CARVALHO, M.M.J., CARVALHO, V.A. *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p.36-76.
- CARVALHO, V.A. Cuidados com o cuidador: Who cares for the carers? *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.27, n.1, p.138-146, jan./mar. 2003.
- CHERNISS, C. *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1998.

⁶ Referências organizadas obedecendo o sistema autor-data

- CODO, W. *Educação: Carinho e Trabalho*: Burnout a síndrome da desistência do educador que pode levar à falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999.
- DECKARD, G.; METERKO, M.; FIELD, D. Physician “burnout”: examination of personal, professional and organizational relationship. *Med Care*. Filadélfia, v.32, p 745-754, 1994.
- DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.9, p.7-14, jan/mar. 2004.
- DIAS, J.T. *Burnout: Um Indicador sem uma teoria. Um estudo exploratório das possíveis contribuições psicossociais para a compreensão do esgotamento emocional no trabalho*. 2003. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2003.
- DIOCIONÁRIO ELETRÔNICO MICHAELIS - Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/> Acesso em: 24 jan. 2008.
- ESSLINGER, I. *O Paciente, a Equipe de Saúde e o Cuidador: de quem é a vida afinal?... Um estudo acerca do morrer com dignidade*. 2003. 346 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- FARIA, D.L. *O pai possível: um estudo dos conflitos da paternidade em um grupo de Homens*. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.
- FREUDENBERGER, H.J. The staff “burn-out” syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*, v.12, p.72-83, 1975.
- FURLANI, L.M.T. *Fruto Proibido*: Um olhar sobre a mulher. São Paulo: Uniceb, 1992.
- GROESBECK, C. J. A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana - Revista da Sociedade de Psicologia Analítica*, São Paulo, p. 72-96, 1983.
- GUGGENBHUL, A. O relacionamento terapêutico na visão da Psicologia Analítica de C.G.Jung. In: BATTEGAY-TRENKEL *O relacionamento terapêutico na visão das diferentes escolas psicoterapêuticas*. Bern-Stuttgart: Huber, 1978.
- HAMACHECK, D.E. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, Kentucky, v.15, p. 27-33, fev. 1978.
- HYRKÄS, K. Clinical supervision. Burnout and Job Satisfaction among mental health and Psychiatric Nurses in Finland. *Issues Ment Health Nurs*. Filadélfia, v. 26, n.5, p.531-556, jun. 2005.
- IAMAMOTO, M. Trabalho e Serviço Social: o redimensionamento da profissão ante as transformações societárias recentes. In: *O Serviço Social na Contemporaneidade: o trabalho e exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 1998. p. 83-148.
- JACOBI, J. *Complexo, Arquétipo, Símbolo*: na Psicologia de C.G. Jung. São Paulo: Cultrix, 1986.

- JUNG, C.G. *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JUNG, C.G. Os arquétipos do inconsciente coletivo. In: *Obras Completas de C.G. Jung (v. 9)* Rio de Janeiro: Vozes, 2002. (trabalho original publicado em 1934)
- JUNG, C.G. Tipos Psicológicos. In: *Obras Completas de C.G. Jung (v.6)* Rio de Janeiro: Vozes, 2002. (trabalho original publicado em 1921)
- JUNG, C.G. A prática da psicoterapia. In: *Obras Completas de C.G. Jung (v. 4)* Rio de Janeiro: Vozes, 1981.
- KERBAUY, R.R. O papel da Universidade e a formação do psicólogo que trabalha com Comportamento e Saúde. In: KERBAUY, R.R (org) *Comportamento e Saúde. Explorando alternativas*. Santo André: Arbytes, 1999. p.10-21.
- KOSS, M.V. *Feminino + Masculino: Uma nova coreografia para a eterna dança das polaridades*. São Paulo: Escrituras Editora e Distribuidora de Livros, 1999.
- KUROWSKI, C.M. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardness. *Journals of Personality and Social Psychology*, Washington, v.37, p.1-11, 1999.
- LAZARUS, .S.; FOLKMAN, S. Coping and Adaptation. In: GENTRY, W.D. (org.) *Handbook of Behavioral Medicine* New York: The Guilford Press, 1984, p. 282-325.
- LEITE DE ABREU, K.; STOLL, I.; RAMOS, L.; BAUMGARDT, R.A.; HAAG, KRISTENSEN, C. Estresse Ocupacional e Síndrome de *Burnout* no exercício profissional da psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 22-29, 2002.
- LOZANO, J.A.F. *Síndrome de “estar quemado”*. Barcelona: Edika-Med, 1994.
- MASLACH, C. Burned-out. *Hum Behav*, v.5, p.16-22. 1976.
- MASLACH, C. *Burnout: The cost of caring*. New Jersey: Prentice-Hall, 1982.
- MASLACH, C., LEITER, M.P. *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste*. Campinas: Papirus, 1997.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Palo Alto: University of California/Consulting Psychologists, 1986.
- MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The Measurement of Experienced Burnout *Journal Occupational Behavior*, Hoboken, v 2, p.288, 1981.
- MASLACH, C; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, Berkeley, v. 52, p. 397-422, 2001.
- MATARAZZO, J.D. Behavior health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *Amer. Psychol.* V.37, p.1-14, 1982.

- MATOS, M.A. A definição de diretrizes em um estruturação curricular em Psicologia e o estágio de formação profissional. *Psicólogo inFormação*, São Paulo, ano 4, n.4, p.11-24, jan/dez 2000.
- MENDES, A.; NUNES, R. *Burnout* em enfermeiros: a interação do perfeccionismo e do otimismo. In: I SIMPÓSIO IBÉRICO SOBRE A SÍNDROME DE *BURNOUT*, 1999, Lisboa. CD-ROM.
- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M.C.S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n 9, p. 7-14, mar. 2004.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (7ª ed). São Paulo: Hucitec, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/susdeaz/>> Acesso em: 25 jan. 2008.
- MOORE, K. A.; COOPER, C. L. Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, Londres, v 42, n.2, p. 82-89, 1996.
- NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.3, p. 44-57, 2004.
- OLIVEIRA, I.F. *A psicologia no sistema de saúde pública: diagnóstico e perspectivas*. 2005. 313 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- PENNA, E.M.D. O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. *Psicologia USP*, São Paulo, v.16, n.3 p.71-94, 2005.
- PEREIRA, A.M.T.B. *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.
- PIERI, P.F. *Dicionário Junguiano*. São Paulo, Paulus 2002.
- PORTAL SUS – Sistema Único de Saúde – Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_oquee.htm> Acesso em: 15 fev 2008.
- REGO, D.P. *Processo de trabalho em saúde: o caso da equipe multidisciplinar em um hospital de longa permanência*. 2007 127 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- REID, Y.; JOHNSON, S.; MORANT, N.; KUIPERS, E.; SZMUKLER, G.; BEBBINGTON, P.; THORNICROFT, G.; PROSSER, D. Improving support for mental health staff: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Londres, v.34, n.6, p.309-315, jun.1999.

- RODRIGUES, A.L. *O “Stress” no Exercício Profissional da Medicina – Uma Abordagem Psicossocial*. 1998. 231 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1998.
- ROMANO, B.W. *Princípios para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.
- SÁ, C.R.F. Das bruxas à Psicologia. Disponível em: <<http://www.symbolon.com.br/dasbruxaspsicologia.htm>>. Acesso em: out 2001.
- SAMPSON, J. Stress survey of clinical psychologists in Scotland. *British Psychological Society Scottish Branch Newsletter*, Leicester, v.11, p.10-14, 1990.
- SCHAUFELI, W. Burnout In: FIRTH-COZENS, J & PAYNE, R. *Stress in health Professionals*. West Succex: John Wiley & Sons, 1999.
- SELYE, H. Prevention of Cortisone Overdosage Effects with the Somatotrophic Hormone (STH). *Am. J. Physiol.* Bethesda, v. 171, p.381-384, out.1952.
- SELYE, H. *Stress: A tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa, 1956.
- SEMMER, N. Individual differences, work stress, and health. In.: SCHABRACQ, M.J.; WINNUST, J.A.M; COOPER, C.L. *Handbook of work and health psychology*, Chichester: Wiley, 1996.
- SILVA, R.C. *O trabalho do psicólogo em centros de saúde: algumas reflexões sobre as funções da Psicologia na Atenção Primária à Saúde*. 1988. 334 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.
- TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.3, p. 36-47, mar/2005.
- TURATO, E.R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública nas duas últimas décadas. *Mnemosine: Psicologia em Histórias*, Rio de Janeiro, v.1, 2004.
- WHITMONT, E.C. *Retorno da Deusa*. Summus, São Paulo, 1991.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Carolina Guimarães Araujo, estou realizando uma pesquisa de Mestrado sob a orientação da Profa. Dra. Maria Júlia Kovács, intitulada “A Saúde Mental está doente! A Síndrome de *Burnout* em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde”.⁷ Declaro que, com sua autorização, sua entrevista será gravada, para facilitar a compilação dos dados, sendo garantido pela pesquisadora sigilo absoluto quanto à sua identidade e da Instituição que VSra. trabalha. Se for necessário, poderá ser realizada mais de uma entrevista.

Esta pesquisa não envolve riscos diretos, porém VSra. será prontamente atendida pela pesquisadora caso se faça necessário.

VSra. está ciente de que sua participação é voluntária e não estará recebendo nenhum tipo de pagamento, sendo o benefício por sua participação indireto, uma oportunidade de “escuta terapêutica diferenciada”.

VSra tem o direito de se retirar a qualquer momento sem ônus à sua pessoa. Desistindo ou não da pesquisa, terá acesso a todas as informações pertinentes ao estudo até sua conclusão. Será realizada uma devolutiva com todos os integrantes da pesquisa.

Solicitamos que VSra. assine este termo de consentimento somente após sentir-se devidamente esclarecida sobre todos os passos da pesquisa, ciente de seus direitos e de acordo com os procedimentos envolvidos na realização da mesma.

Desde já agradecemos muito a sua atenção e colaboração.

São Paulo, ____ de _____ de 200__

Carolina Guimarães Araujo Profa. Dra. Maria Júlia Kovács
CRP: 06/69446 orientadora

Eu, _____ assino este termo de consentimento após estar ciente de todos objetivos e procedimentos dessa pesquisa e em pleno acordo.

Assinatura do participante da pesquisa.

⁷ Este título foi alterado recentemente. No termo de consentimento original, que foi entregue às participantes, o título era “A Saúde Mental está doente! E agora... quem cuida do cuidador?”

ANEXO B

Modelo da Entrevista

1. O que significa para você a prática profissional do psicólogo em Unidade Básica de Saúde (UBS)? Experiência.
2. Que conseqüências essa prática tem sobre sua vida?
3. Quais aspectos facilitadores e dificultadores para lidar com pacientes de UBS?
4. Existem dificuldades no seu trabalho?
5. Como você faz para lidar com estas dificuldades?
6. Como você acredita que seu trabalho poderia ser melhorado?
7. Existe algum espaço de ajuda aos profissionais?
8. Que tipo de cuidado você gostaria que tivesse?
9. Você apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional desde que iniciou o trabalho nesta equipe de Saúde Mental? Como foi?
10. Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.

ANEXO C

Entrevistas*

1 - Luiza

P – pesquisador

C- colaborador

P: O que significa para você a prática profissional do psicólogo em Unidade Básica de Saúde?

C: Significa ganho de experiência. O salário é bem menor do que seria no consultório, mas o número de pacientes e a variedade de casos compensam muito. Então pra quem tá no início da carreira é essencial mesmo, é uma experiência muito importante, é muito bom passar pela Unidade Básica. É um desafio, e envolve também um pouco de idealismo, da gente perceber o que que compensa mais né? Que a gente pode estar atingindo um maior número de pessoas que não teriam condições de estar passando por um atendimento por ser mais caro. Então tem esse lado que compensa também de a gente poder estar transmitindo uma coisa que não tem acesso pra todo mundo, mas viabiliza né? É uma coisa nova, é um pioneirismo, é uma situação que a maioria das pessoas não sabe o que é Psicologia, nem pra que serve, muitas vezes nem mesmo os médicos tem muita noção. E a gente tá abrindo fronteiras, abrindo caminhos.

P: Que conseqüências essa prática tem sobre sua vida?

C: Eu tô no início de carreira, apesar de ter mais idade. Assim, como um todo, eu acho que se eu tivesse mais experiência antes, talvez fosse não tão difícil, mas é difícil a gente aprender a lidar com a dor e a miséria e situações que parecem que são grandes demais pra uma pessoa só. Na minha vida particular eu cheguei em alguns momentos a me mobilizar muito com a situação das pessoas, mas aprendi a lidar com isso, aprendi que a gente tem que se conformar com um pouquinho de cada vez, mas não parar nunca. Eu amadureci muito com esse trabalho. Eu mudei muito, não só amadureci, mas mudei muito, porque a gente olhar de fora é uma coisa, e a gente estar dentro da situação e trabalhar com ela é completamente outra. Então a gente que tem uma educação de “patricinha”, parece que o mundo lá fora, a miséria, a violência, é uma coisa muito distante. E a gente realmente entrar nessa dor, entrar nessa situação e sentir realmente o que que é, e ver a casa de um cômodo com um monte de gente morando ali dentro, ver as marcas e cicatrizes no corpo de uma criança, isso realmente transforma...deestrutura e a gente tem que se reestruturar de novo.

P: Você acha que você amadureceu mais por entrar em contato com a dor dos pacientes, é isso?

C: Não, eu acho que a gente amadurece quando a gente aprende a lidar com a frustração, quando a gente pára de olhar só pro próprio umbigo, quando a gente percebe que a gente consegue ser útil apesar de tudo... que não é só receber, que a gente tem alguma coisa pra dar e que muitas vezes o cuidado que a gente dá pra uma outra pessoa depende de um amadurecimento, porque se eu for uma criança, eu não vou conseguir cuidar de outra pessoa. Não vou conseguir olhar, abraçar, entrar na dor e sair da dor, e fazer todo um movimento de suporte. O suporte é uma coisa que só a gente faz. Então a gente meio que tem que passar por essa situação pra poder cuidar mesmo, né?

* As letras X, Y, Z, W, K, N, N, S foram utilizadas em algumas entrevistas para substituir nomes próprios de pessoas ou lugares, para evitar a identificação das participantes.

P: Você falou no começo sobre sua falta de experiência. O que você acha que teria sido diferente se você tivesse mais experiência.

C: Eu acho que em qualquer área, mesmo que não seja da Psicologia, a pessoa que tem mais experiência de vida até, ela tem mais maturidade, então ela não entra tão criança assim. Você perguntou como foi a experiência de trabalhar em rede pública pra mim, ela foi ao mesmo tempo uma experiência de maturação porque acumulou com uma série de vivências. Eu era muito imatura, muito dependente, então acumulou com o falecimento da minha mãe, e a independência ou maturação rápida e necessária em pouco tempo. Então foi assim uma “escola de fogo” mesmo, foi “punk”, mas acho que foi legal, tinha quer ser assim né?

P: Existem dificuldades no seu trabalho?

C: Falta de recursos, comunicação, principalmente recursos humanos. A gente é muito pouca gente, e muita gente precisando. Faltam não só psicólogos, mas faltam também psiquiatras, psicopedagogos. Nós temos uma demanda muito grande e não tem como a gente estar atendendo, e o nosso trabalho não é um trabalho como o do médico. Demanda um certo tempo. A dificuldade maior talvez seja uma coisa que a gente tem que tá aos poucos trabalhando isso, que é a própria desinformação das pessoas. O trabalho em si, ele... o que a gente pode chamar de difícil? O difícil é aquilo que desafia a gente, desafia nossos limites. Então o que eu posso melhorar, eu vou melhorando, mas aquilo que não depende da gente, isso sim é o que é a dificuldade, o que complica.

P: O que você acha que não depende de você?

C: Eu acho que seria muito a questão da responsabilidade, não só do Governo, porque falar “Ah, porque a prefeitura deveria fazer isso e aquilo”, né? Mas existe uma responsabilidade geral que só com o tempo todo mundo vai se conscientizando, de que cada um tem que fazer sua parte, né? O Governo não pode ser corrupto, tem que contratar muito profissional, mas também a população tem que se conscientizar de que eles precisam estudar, precisam pagar impostos, que ele não pode fazer “gato” na eletricidade da favela. Então acho que é por aí, é uma conscientização geral, que com o tempo a gente espera estar melhorando.

P: Como você faz para lidar com as dificuldades do seu dia-a-dia?

C: É como eu te falei, a dificuldade de lidar com uma coisa que é grande demais. Então a gente busca se unir muito, procurar estar com as outras psicólogas para a gente sentir que não está tão sozinho. A gente entra em contato com pessoas da comunidade mesmo que podem ser multiplicadores. No caso os agentes de saúde, eles são uma ponte muito legal com a população. Muitas vezes eles estão num contato mais freqüente, mais íntimo até com a população, então a gente pode estar dando um apoio, estar capacitando muitas vezes. Em palestras e orientações. Eu mostrei um caso assim muito comum do alcoolista, que todo mundo fala “Ah, o cara é um sem-vergonha”. Então a gente chega pra todos os agentes e fala: “Olha, o cara não é sem-vergonha. O cara é uma pessoa que tem uma dor, e que está buscando anestesiá-la com o álcool. Vamos olhar o alcoolista diferente.” Ai eles mesmos vão “Nossa, pintou um idéia diferente”, eles vão transmitir essa idéia, e vão formar grupos, e vão estar alcançando uma forma da gente não se sentir tão sozinho. A gente vence essa dificuldade da grandeza da tarefa juntando gente em volta.

P: Além do que já foi dito, existem outras coisas que poderiam ser feitas para que seu trabalho fosse melhorado?

C: Pro meu trabalho ser melhorado... ganhar melhor! (risos). Eu acho que eu... a questão do... o que pega muitas vezes... a gente sentir que é recompensado, que nosso trabalho é reconhecido. Então o pagamento realmente não corresponde. E eu acredito que pelo que a gente fala com a coordenação, o Município, o até Estado, teria condições de pagar melhor e de trazer novos profissionais. Mas, eu acho que isso depende muito também da questão das pessoas saberem que é preciso, é necessário ter psicólogo no posto de saúde. Então quanto mais valorizado for o profissional, mais pra frente eles vão estar pagando melhor, eu espero

(risos). Mas, assim, o que poderia estar ajudando a melhorar no trabalho em si... Acho que muito, muito ter mais profissionais, mais capacitações, mais incentivo. Porque nosso trabalho não tem muito assim a questão do material. A questão do material a gente até cria brinquedos, ou a gente improvisa, rascunho (risos). Mas acho que por esse lado não pegaria tanto. Existe a cobrança de a gente estar atendendo muitas pessoas em pouco tempo e isso é realmente muito desgastante, se a gente não tá lidando, se a gente não puxa o “freio de mão” e tenta atender às demandas dos políticos, que querem que a gente atenda muito, que atenda às estatísticas, então meio que a gente tem que chegar e falar “não” porque senão a questão da exigência da Direção, se a gente abaixa a cabeça, atrapalha. Atrapalha mesmo. Eu mesma já tive várias situações “Ah, de 15 em 15 minutos você vai atender” e eu falei “Não, não vou, se você quiser eu mudo de posto”. Mandar embora eles não podem... podem dizer o que for, eu não atendo de 15 em 15 minutos!

P: Então você consegue puxar esse “freio de mão”?

C: Sim, e aconteça o que acontecer. E até hoje não tive nenhuma retaliação, não tem nem como ter. Até fiquei pensando na época dos dois anos de experiência probatória, que poderia ter alguma coisa assim. Acredito que talvez pela nossa coordenação. A coordenadora meio que deixa assim sem entrar muito no meio. Até hoje, não deu problema.

P: Como você se sente ao dizer não? Por exemplo, o paciente bate na sua porta. Porque uma coisa é dizer não para a Direção. E quando você tem que dizer não pro paciente direto?

C: Isso é muito complicado, porque tem muitos casos a gente olha e vê que é uma urgência, tem muitos casos que a gente olha e fala “Poxa, algumas sessões iam fazer muita diferença”. Então eu costumo, quando eu vejo que são situações assim que um apoio só já faz muita diferença... Hoje eu atendi um moço que estava suicida. E tudo que ele precisava era daquele momento, de alguém chegar e explicar pra ele: “Olha, isso que você está sentindo veio de quando você era criança, te ensinaram a achar que você não tem valor”. E caiu tanta ficha em 40 minutos que aquilo, nossa... né? Então às vezes não é questão do ter que falar “não”. É muitas vezes a gente poder avaliar bem, o que realmente é da gente, o que não é. Eu tenho colocado muito prioridades, e se for uma situação de prioridade, eu passo na frente mesmo da fila, atendo duas, três, quatro vezes e falo “Olha, por enquanto, escreve e anota aí tudo o que a gente descobriu pra você não esquecer, e fica com isso até a hora que a gente possa estar fazendo um seguimento mais legal”, né? Agora assim, tem muitas situações em que realmente a gente tem que falar ‘não’, e faz parte. É uma coisa que fez parte do meu amadurecimento, eu conseguir falar “não” e perceber que eu não sou Deus, eu não tenho como suprir ou curar. Então uma das coisas que me ajudou muito foi justamente acreditar em Deus e pensar “Bom, eu não posso estar cuidando de todo mundo, mas eu posso pelo menos estar orando”. Eu acho que isso me segurou muito. Eu confio que tem um Deus, que colocou as vidas aqui, sabe porque está nessa situação, qual que é o fim disso. Então eu acredito que se eu orar por ela, alguma coisa de bom vai acontecer. Não é que Ele é tudo, mas é que as coisas só acontecem quando a gente pede. Então, eu peço por elas. E eu acho que isso me tranquiliza um pouco. A gente fala de Saúde Mental, a gente tem que ser científico, mas Jung falou que as pessoas que não tem uma crença, qualquer que seja, uma linha religiosa, a gente tem maior tendência a surtar.

P: Você apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional desde que iniciou o trabalho na rede?

C: Sim. Durante o primeiro ano eu procurava muito atender ao máximo, não sabia falar não, não comia. Eu chegava no posto, atendia, atendia, atendia, atendia, atendia. E saía do posto, e saía atrasada, depois do horário, chegava antes do horário. E estava sempre querendo de alguma forma alcançar, fazer o trabalho que eu sentia que a população... A gente chega e sente a carência das pessoas, a gente sente a necessidade delas. E meio que elas olham pra gente e falam “Você é a salvação”. E a gente se sente na obrigação de corresponder. Então em

muitos momentos... Depois disso eu tive uma situação de depressão mesmo, de me sentir assim... não só pelo trabalho. Pela vida toda. Por continências da vida eu fui estressando, estressando, não vou parar, não vou parar e aí, quebrou tudo. Chegou um momento que eu tive que parar por estar em uma depressão muito profunda mesmo. Mas foi um período em que eu arrumei a casa de novo, foi um período muito criativo, o período inteirinho, um mês, sem sair de casa. Foi uma época que serviu pra eu voltar diferente, voltar mais forte. Mas, se não se cuidar, se a gente não estiver atento, se a gente realmente entrar nesse jogo de querer suprir aquilo que pedem pra gente, e não botar limites, realmente a gente se quebra.

P: Quais aspectos facilitadores e dificultadores para lidar com pacientes de UBS?

C: Aspectos facilitadores... assim, os pacientes da UBS são... assim, eu não tenho experiência com consultório ou hospital, mas assim, eu acho que uma dificuldade seria a pessoa não saber direito para que serve a Psicologia, como funciona. Muitas vezes eles vem pedindo remédio, pedindo mágica, soluções rápidas. E isso meio que a gente tem que chegar e esclarecer. Não é que dificulta o trabalho, é uma das situações que se as pessoas já tivessem essa consciência, elas já chegariam sabendo o que elas podem contar ou qual que é o caminho delas. E uma coisa que facilita eu acho que, assim, o não saber também muitas vezes emperra em alguns conceitos que pra gente são muito óbvios. Então, por exemplo, se a gente fala de projeção, “Olha, você tá vendo no outro alguma coisa que é sua”. Alguns conceitos de consciente e inconsciente, pra pessoa chegar e cair a ficha do que é o tal do inconsciente, algumas fazem uma cara de ponto de interrogação “que bicho é esse?”. Então isso muitas vezes parece que a gente fala línguas diferentes. Daí a gente tem que se trabalhar também pra tentar fazer eles entenderem, mas com o tempo, melhora. O que facilita o trabalho? O que facilita o trabalho... não sei. O que seria facilitador... você diz...

P: O que existe que ajuda você no seu trabalho? Por enquanto a gente estava falando das dificuldades. Já perguntei um pouco sobre o que poderia ser melhorado. Mas agora quero saber o que já existe que facilita seu trabalho no dia-a-dia.

C: Eu acho que a ponte com outras pessoas é o que facilita, é o que viabiliza o trabalho.

P: Outras pessoas que você diz são outros psicólogos ou os profissionais desta UBS?

C: Não, até o trabalho com agentes comunitários, é uma coisa que ajuda bastante. Os outros profissionais também, às vezes a gente podendo estar fazendo. Por exemplo, tem questões com professores, né? Às vezes tem muitos professores que encaminham aluno por questões próprias, e aí quando eles começam a se dar conta dos conteúdos deles, eles passam essa idéia pra outros professores. Então o que facilita o trabalho seria justamente estar em pontes, alianças com outras pessoas.

P: Existe algum espaço de ajuda aos psicólogos?

C: Não. Assim, tem uma supervisão, do X (nome do supervisor). Eu não participei de nenhuma ainda, porque ele também faz o curso, que é a cada 15 dias, então quem tá no curso não faz a supervisão. E essa supervisão seria só para quem faz um trabalho corporal, da psicossomática. Por enquanto eu não me senti habilitada o suficiente para utilizar o conteúdo dele. Eu acho que a gente fez muito rápido os exercícios, e acho que talvez eu precisasse de muita prática para aplicar. Não me senti confiante pra estar aplicando.

P: Essa supervisão é no próprio Município? É de fácil acesso?

C: Não, é em Y (outro município próximo).

P: No Município mesmo, na rede vocês não tem uma supervisão?

C: Não.

P: Fora a supervisão, existe alguma outro tipo de ajuda, terapêutica por exemplo?

C: Não.

P: O que você pensa disso? Se tivesse, isso te ajudaria no trabalho?

C: Eu busco independente do Município, porque realmente não tem condições de ficar sem. Nossa, é essencial, completamente, absolutamente necessário. Ter um suporte. A gente lida

com muitos conflitos, e a gente não tá pronto pra lidar com tudo. E tem situações, vamos dizer... o abuso infantil, uma pessoa que... uma mãe que perdeu o filho, tem situações que doem demais, né? E a gente às vezes tá ali, a gente abraça naquele momento, e a gente sai da sala com aquilo estraçalhando por dentro da gente, porque eu senti toda dor daquela pessoa. E eu não sei o que fazer com aquilo. Então é muito importante eu poder estar levando e trabalhando, elaborando isso com alguma outra pessoa que está lá, pra trabalhar isso comigo, por que que mexeu. E assim, a gente, eu tinha falado no começo... o processo do trabalho ele me desestruturou e me reestruturou de novo. Então não é que só o trabalho me quebrou, o trabalho pela própria necessidade de falar assim: “Não, agora eu tenho que juntar os cacos porque eu tenho que segurar outra pessoa”. Eu estava numa situação que não é que eu posso escolher trabalhar aqui ou não. Eu tenho que! Então eu puxei uma força que eu não sabia de onde vinha, na verdade, e a gente tem que como se fosse a necessidade da situação meio que te obriga a buscar forças, se estruturar, entender, a buscar, a mudar. Então a terapia é base nisso. Sozinha, fazer tudo isso realmente não dá. Porque a gente não pode, muitas vezes as situações mexem muito com a gente mesmo e a gente às vezes não entende o porquê. Ai a gente tem que buscar nas nossas vivências, onde é que foi que ressoou aquilo, né? E não só a dor, vamos dizer assim, a perversão. O que que... se de repente eu tô com uma pessoa que tá no crime, que tá na droga, traficando, como é a minha postura diante dessa pessoa? Como é que é minha concepção de certo/errado. A menina que chega com 16 anos “Ah, por que que eu não posso transar com meu namorado?” Como é meu conceito de ética, de autoridade, do que que dá certo, que que deu errado? Isso mexe muito com a gente. A gente vai trabalhando, né, e vai chegando a conclusões cada vez mais... não digo melhores, mas eu falo muito assim: “Certo é o que faz bem e errado o que faz mal”. Vamos ver o que funciona, em prol da saúde, do equilíbrio. Então a gente vai descobrindo no caminho.

P: Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.

C: Não sei.. desculpe, eu não sei mesmo. Deixa eu ver se eu já ouvi falar... Não, não lembro, nem de chute. Out... sair de fora... não, não sei.

P: Tem alguma coisa que você queira falar ainda que não tenha falado?

C: Uma coisa é assim... Você tá estudando assim do cuidador, como é o sofrimento do cuidador. Eu acho que em primeiro lugar todo mundo vai amadurecendo e vai percebendo que o médico, o psicólogo... muitas vezes existe aquilo que a gente imagina das pessoas e aquilo que elas realmente são. E a gente perceber assim, por que será que os médicos e os psicólogos sofrem? Por que eles adoecem também? Eu acho que por um lado é realmente muito estranho as pessoas não perceberem que o médico e o psicólogo tem o direito de adoecer. E como a gente mesmo cai nessa armadilha mesmo de acreditar que a gente não pode ficar doente, porque a gente tem que corresponder às expectativas. “Eu vou deixar de ser uma boa psicóloga se eu não suportar alguma angústia, algum tipo de dor em algum momento. Eu vou deixar de ser uma boa psicóloga se eu tiver até que encaminhar um caso porque naquele momento eu não me sinto em condições...” Até dividir um caso. Será que eu não posso chegar para um colega e dizer “Olha, eu não sei como lidar com essa situação, como é que você faz?”. Ou pesquisar. Então eu acho que é muito importante isso, da gente perceber... você falou que a saúde mental fica doente? Fica! Por que fica doente? Porque ela é humana. Não só porque existe uma carga muito difícil, porque existe exigência e tudo. Fica, mas a gente fica doente porque faz parte do processo. A doença em si não é ruim, a febre, a depressão, a angústia. São partes do processo. Não que a gente deva evitar: “Nunca fique doente, nunca saia do seu equilíbrio, seja perfeita, viva inteira”. Não existe isso. Eu acho que é isso aí.

2 - Paula

P – pesquisador

C- colaborador

P: O que significa para você a prática profissional do psicólogo em Unidade Básica de Saúde?

C: Eu me sinto muito útil trabalhando aqui, porque embora os pacientes tragam questões muito além das questões psicológicas, questões sociais, que a gente não tem como intervir, mesmo assim eles trazem também uma carência muito grande de atenção, de afeto, de um espaço para estar se colocando. De alguém inclusive que olhe pra eles, falta até isso, inclusive as crianças. Então, embora seja uma participação mínima, um grão de areia na praia, a intervenção que eu faço aqui, que a gente faz na UBS, mesmo diante dessas carências eu acho que é muito importante, muito útil, ajuda o paciente, e é isso.

P: Que conseqüências essa prática tem sobre sua vida?

C: Fantásticas. Eu senti que eu amadureci muito depois que eu comecei a trabalhar aqui. É uma profissão em que eu percebo a troca. E essa troca é uma troca de aprendizado, de vivências, de experiências. Isso é muito enriquecedor. Eu particularmente tenho esse perfil de gostar de me sentir útil, de precisar me sentir útil, inclusive e com isso eu acabo me completando. Eu demorei para escolher a profissão, eu fiz a faculdade com mais de trinta anos. Era realmente tudo o que eu queria. Eu venho de uma área totalmente diferente, eu venho da área de projetos, completamente diferente.

P: Quais aspectos facilitadores e dificultadores para lidar com pacientes de UBS?

C: Facilitadores... deixa eu ver se eu lembro de algum facilitador, porque eu só lembro de dificultadores (risos). A questão da infra-estrutura, é difícil. Toda a estrutura da Saúde na Prefeitura, tá? A Saúde Mental na estrutura da Prefeitura não tem uma colocação digna. Não é vista como deveria ser. Vira e mexe a gente está correndo atrás de visibilidade, de recursos. Inclusive eu trabalho lá no Z (centro de convivência de pacientes portadores de neuroses graves ou psicose) com o grupo é uma coisa assim... um trabalho muito bom, muito importante, mas que não tem os recursos necessários, não é visto adequadamente pela estrutura política da Prefeitura. E pra você ver, a gente teve um problema aqui de mudar a estrutura do posto, e aí “Ah, a psicóloga vai para outro posto”. Sabe, simplesmente assim? Ou “Coloca ela na sala da fono” E esquece-se da demanda local, esquece-se de tudo porque a Saúde Mental realmente não tem o... tá me faltando a palavra...

P: Valorização?

C: Isso... não tem a valorização adequada. Não tem mesmo. E isso é uma coisa que dificulta. E por conta disso, eu creio que é uma conseqüência, você não tem a infra-estrutura, você não tem um espaço adequado, você não tem reciclagem, você não tem investimento, você não tem nem salário... sabe, a gente não tem um salário digno. Sabe, isso não é prioridade pra mim, não venho aqui por conta de dinheiro. Tanto que uma coisa que facilita muito pra mim, além de fazer psicoterapia, é o fato de eu manter só esse vínculo empregatício. O restante do meu tempo eu emprego em estudo, em artesanato, em coisas que eu gosto de fazer, outras coisas que eu gosto de fazer, porque eu gosto muito de trabalhar aqui. Mas pra diversificar, porque eu sinto necessidade de diversificar. Quando eu trabalho muito com a mente, nas horas de lazer eu vou trabalhar com as mãos. Vou fazer outras coisas. Assim, meu tempo livre fora daqui eu procuro, me esforço para que seja sem questões daqui. É meio difícil às vezes desligar, às vezes você sai daqui com um caso difícil, acabo levando dentro de mim, mas eu aprendi a me desligar disso, e eu quando me desligo, me desligo mesmo. E quando eu me concentro, eu me concentro mesmo. E quando me desligo, me desligo mesmo, que daí eu vou me concentrar em outras coisas.

Além dessa questão da estrutura da Prefeitura, aqui mesmo faltam recursos. Não temos brinquedos suficientes, não temos espaço suficiente, não temos uma sala que ofereça privacidade suficiente. Tem muitos estímulos aqui, e não tem como evitar que a pessoa se distraia, barulhos... enfim.

P: Como você faz para lidar com estas dificuldades?

C: Criatividade. Criando e trazendo recursos próprios, recorrendo a recursos próprios. No caso, a minha supervisora chegou a me dar uma boneca com fraldas para trazer para cá porque não tinha. Eu estava tratando de um paciente de quatro anos com ecoprese, e foi vital, foi muito legal trabalhar com a boneca, e eu precisei trazer. Tem coisas assim que... olha (aponta para uma caixa), recentemente eu fiz um arquivinho pra mim. Eu mesma que fiz, eu mesma comprei, uma improvisação. É uma caixa de sapatos, eu coloquei um parafuso. Os envelopes, a maior parte, eu que comprei, porque se eu for esperar que eles me dêem (risos). São os prontuários dos pacientes só de Psicologia. Eu tô separando, porque é muito complicado isso aqui. De repente um colega médico entra no meio do relato psicológico, e coloca lá alguma coisa. Eu acho que é importante o acesso quando necessário, mas nem tudo ele precisa ver, então eu tô optando por deixar aqui.

P: Como você acredita que seu trabalho poderia ser melhorado?

C: Se eu tivesse condições de fazer mais cursos. Se eu ganhasse melhor aqui pra pagar, ou se a Prefeitura investisse, financiasse cursos, de especialização, ou reciclagem. Eu acho que neste sentido. E se eu tivesse melhores materiais, mais materiais pra trabalhar. Uma supervisão mais freqüente, de maior duração. Acho que é isso.

P: Existe algum espaço de ajuda aos profissionais?

C: Existe a supervisão às quintas-feiras, quinzenalmente. Não é o ano todo, tem duas pausas. Acho que dá uns nove, dez meses por ano mais ou menos. E não é o suficiente, mas...dá. Mesmo que eu não consiga colocar o meu caso, ouvindo o caso da colega, como são questões comuns a gente acaba aprendendo alguma coisa.

P: Qual a duração da supervisão?

C: Duas horas. É pouquíssimo.

P: E qual o número de casos que você atende por semana?

C: Ah, não sei... Mais ou menos uns 50. E ainda tem os pacientes do Z, que também a gente leva esses casos pra supervisão, e lá os pacientes são mais difíceis ainda né? Então tem tudo isso. É pouco...

P: Alguma ajuda terapêutica com os profissionais tem?

C: Não, não tem. A gente tem o máximo ocasionalmente convite para cursos gratuitos do Governo do Estado. Só isso.

P: Você apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional desde que iniciou o trabalho nesta equipe de Saúde Mental? Como foi?

C: Sim, eu tive um problema grave de coluna. Estorou aqui, mas antes, quando eu ainda estava na outra empresa, eu comecei a apresentar esse problema. Eu sabia que eu sair da outra empresa, e sabia que ia perder convênio, cheguei até a conversar com o médico, ele sugeriu uma cirurgia. Mas aí ficou por isso mesmo. Aí eu entrei aqui em março, e em outubro mais ou menos, eu precisei me afastar. Fiquei duas semanas inicialmente, porque eu fiquei sem andar. Eu travei a coluna, sai de ambulância de casa. Tomei muitos remédios, muitos antiinflamatórios, analgésicos e assim fortíssimos. Eu vim no dia trabalhar, no dia que tive a crise, sai do trabalho já com muita dor. E assim, eu fiquei muito chateada de ter que parar de trabalhar, ter me afastado. Mas eu acho que o fato de inicialmente eu estar assumindo muito as responsabilidades pela vida das pessoas que eu atendo, pelos caminhos que as suas vidas poderiam seguir, isso acabou realmente afetando minha coluna. E psicologicamente eu carreguei mais do que eu podia dar conta. A minha estrutura balançou, inflamou mesmo. Depois eu voltei, aí eu tive uma crise de pânico inclusive. Eu faço psicoterapia com um

psiquiatra, já fazia há muito tempo, faz uns seis anos que estou com ele. Aí na ocasião ele entrou com antidepressivo, além de todos remédios que eu tomava, eu comecei a tomar antidepressivo, eu comecei com uma dose mínima, mas tive que tomar. Aí voltei a trabalhar, me forçando mesmo, mas eu não tava muito bem. Aí novamente eu me afastei, por mais ou menos uma semana ou duas. E aí depois eu comecei a fazer hidroginástica, fiz um monte de fisioterapia, nossa, não agüento mais nem, nossa, tem um ortopedista aqui, não gostava nem olhar pra cara dele (risos), fiquei com trauma. Eu mudei colchão, mudei travesseiro, mas principalmente mudei postura diante da vida. Na minha vida o trabalho é super importante, tá incluído. Tem uma participação super importante, e eu mudei minha postura. Aí tem tudo a ver, realmente é uma nova postura que hoje ajuda que minha coluna não doa mais. Então eu não carrego mais tantos problemas, eu não me responsabilizo, não me sinto responsável mais pelas questões, pelos caminhos que as outras pessoas vão escolher. Eu entendo minha participação na vida das pessoas como uma participação mínima de ajuda para que eles se ajudem “se, quando e como” quiserem. Então assim, a partir de um ponto eu não posso ir mais, eu não me responsabilizo mais. Eu não carrego isso comigo. Então mesmo se... é... diante de casos mais complicados porque... é muito legal esse nosso trabalho, porque a gente trabalha com a gente mesmo, né? Então as pessoas trazem questões que também são minhas. Se eu não tô bem, se eu tô num momento de oscilação, eu vou sair mais fragilizada. De repente eu vou pra casa com uma questão, vou pra casa com um paciente, mas aí logo eu já consigo me separar disso, porque é importante que eu esteja bem. Pra mim, em primeiro lugar, e para as pessoas que eu vou atender, pro meu trabalho. Na nossa profissão a gente lida muito com questões de potência, você tá sempre nos extremos, se sentindo ora impotente, ora onipotente. E ir pelo caminho do meio, pelo meio termo, é uma busca, e a gente tem que ficar meio que vigilante quanto a isso pra que você realmente se sinta relativamente potente, como em tudo. Então, você não é Deus, mas também sua participação não é nula. Existe essa possibilidade com todas as limitações que fazem parte de uma maneira geral do nosso trabalho, e aqui especificamente com as pessoas que a gente tem, problemas que a gente tem de infra-estrutura, e carências das pessoas, que eu já falei, Então tem essa questão. E é muito legal descobrir que não se é onipotente, porque aí realmente você fica mais leve. Eu vivenciei essa leveza, de retirar das minhas costas literalmente as questões dos outros, e perceber que não é comigo, que não sou eu que vou dar conta, que eu não posso. O que eu posso vai até um certo limite, a partir daquilo eu não posso mais. Então eu tenho uma potência relativa

P: Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.

C: Eu li recentemente. Ontem, pra falar a verdade, eu li numa revista de Psicologia. Dei uma pincelada nos sintomas, eu acho que é uma síndrome evidente assim, óbvia, né? Nosso tipo de trabalho vai resultar nesse tipo de problema, se a pessoa não se cuidar. É muito importante que a pessoa faça psicoterapia, que ocasionalmente você tenha supervisões, que são coisas diferentes né? Na minha psicoterapia eu trato das minhas questões pessoais, então eu vou evitar e melhorar as questões de contra-transferência para não estar é... atrapalhando meu trabalho. Eu acho importante estar fazendo psicoterapia. E outra coisa que eu faço particularmente é não sobrecarregar. Eu conheço pessoas que tem dois, três vínculos. É consultório, é prefeitura de não sei onde. Bom, cada um na sua. Eu prefiro ganhar pouco, viver na linha amarela pra vermelha, mas estar me sentindo bem, me cuidando, fazendo coisas que eu gosto. Ai eu cuido da minha saúde, faço coisas que eu gosto, fico mais saudável. Isso é uma constante. A vida é dinâmica. Você tem movimento, você está em constante movimento. Uma hora você tá bem, uma outra hora você não tá bem. As questões psicológicas ressurgem. Eu creio que você não resolva como um seguimento que você cure e não deixe cicatriz. As questões psicológicas tem mais raízes, tem mais, enfim... influência, e você acaba tendo que estar sempre trabalhando isso. É a vida! Pra algumas pessoas. Nem todos olham a vida através da Psicologia. A gente tem que respeitar isso. Algumas pessoas vão pra religião, vão pra

esportes, vão pra... enfim, mas pra quem vê a vida através da Psicologia, eu acho que é um trabalho constante de auto-análise, de análise, de desenvolvimento, processo. As questões são processuais, elas vão acontecendo. E uma coisa puxa a outra e assim a gente vai vivendo.

3 - Renata

P – pesquisador

C- colaborador

P: O que significa para você a prática profissional do psicólogo em Unidade Básica de Saúde?

C: No sentido de algo primário? Porque o nome diz Unidade **Básica** de Saúde. É isso?

P: Então, eu queria saber qual significado pessoal, o que você sente... fale um pouco da sua experiência de trabalhar aqui, numa Unidade Básica de Saúde.

P: Então, é uma coisa que eu me identifiquei muito. Porque eu venho da Educação. Ai de repente eu disse: “Ah, eu vou me especializar um pouco mais dentro da Educação.” Ai eu conheci a Saúde e me encantei. É algo que eu gosto muito, eu gosto do trabalho. Mas como eu, hoje principalmente que eu estou queixosa, eu acho assim que não... sabe, é mal remunerado, eles não te dão estrutura, essa coisa toda. Mesmo assim eu invisto, até no aspecto físico. Então, na minha outra Unidade, eu pintei a parede, fiz uns outros negócios assim. Eu pego quadro da minha casa (aponta), os arranjos da minha casa. Porque é uma coisa que eu gosto de fazer, me dá prazer. Eu acho que a gente tem que gostar muito, porque o salário é ridículo, você trabalha em consultório, você sabe como é em comparação. Mas é algo que eu curto, é algo que eu me sinto realizada. E quando tem os retornos ainda né? Síndrome do Pânico, uma fobia... Eu tô aqui nesta unidade há um mês, então eu percebia que... disseram “Ah, não, lá tem criança” Aqui tem muita criança, fobia escolar, então quando você vê uma criança elaborando, superando um monte de questões... indo pra escola, entrando na escola, dançando a quadrilha, interagindo com as outras crianças, nossa, pra mim isso é muito gratificante. Profissionalmente, agora financeiramente...

P: Profissionalmente que você se refere é ser psicóloga? Isso é que é gratificante?

C: Isso. Mas o trabalho da Unidade em si eu gosto também. Porque aqui... eu venho de um Centro de Referência onde eu trabalhava com mulheres, especificamente oncologia. E quando eu chego aqui tem um “leque”, então você é uma, não sei nem se é o termo, mas você é uma generalista e você atende tudo, e você tem que pesquisar. Dizem que é básico, mas não é básico, tem todo tipo de patologia, então o “leque” é uma gama legal. Eu me sinto realizada, que não é básico, não é primário, vai muito além. Então pra mim eu tô com uma “bagagem” legal.

P: Há quanto tempo você trabalha no Município?

C: Hum... vai fazer uns 8 anos. Só na Unidade Básica. E na Oficina terapêutica, que eu também faço há 8 anos o trabalho lá.

P: E formada, como psicóloga, atuando, há quanto tempo?

C: Nossa, nem sei... deixa eu ver.. uns 15 anos eu acho. Nossa!!

P: Você acha que aqui você está se identificando mais?

C: Eu tô... apesar de que eu gostava... eu trabalhei no W (hospital referência para mulheres)... tirando os estágios de faculdade, eu trabalhei no W e na Prefeitura... que eu já fui pra Unidade Básica e tô esse tempo todo. E eu gosto, eu acho que é uma coisa que eu aprendo muito. É um aprendizado legal. Tenho muito que aprender, mas eu aprendo bastante. E assim, a cada dia você tem um desafio né? Porque, sei lá... as patologias tão diferentes, as idades... eu tenho crianças de 4 anos e pessoas de 70 anos. Então estude minha filha, porque senão você não dá conta do negócio.

P: Que conseqüências essa prática tem sobre sua vida?

C: Conseqüências. Ah, em que sentido assim, conseqüências?

P: O que você acha que, depois que você começou a trabalhar aqui, mudou na sua vida?

C: Eu acho que conceito de vida mesmo né? Eu tinha um preconceito, é uma coisa que me veio agora. Eu tinha um consultório e falava: “Gente, gente pobre não tem problema

psicológico.” Puro preconceito... “Não tem problemas emocionais, e se tiver eles superam. Porque eles não tem arroz, feijão, não tem comida pra comer, isso vai ser, naquela pirâmide, a última coisa...” e não é isso. Depois que eu comecei a viver isso, não... muito pelo contrário. Tanto que no (nome da outra Unidade em que trabalha), quando eu cheguei lá, eles tinha uma lista de acho que 500 pessoas, atendi acho que umas 300. E aqui acho que é a mesma coisa. Então é essa noção de mundo, de você dizer: “O básico tá invertido, minhas necessidades básicas” e eu tinha essa coisa: “Não, o pessoal que pagava R\$200,00 a hora do consultório, aquele lá não tem muito o que fazer, tem tudo. Era puro preconceito. Então eu, no meu conceito, eu achava que as pessoas com uma situação inferior, financeira inferior não tinham essas necessidades. Então isso eu aprendi muito. E as conseqüências assim, eu só tenho crescimento. Como eu tô beirando meio século já, então eu ainda vou ter muita coisa na minha vida. Então eu tenho esse privilégio de... porque eu não me manteria com o dinheiro da Prefeitura. Você que tá aí, com uns 20 e alguns, então eu me dou a esse luxo de trabalhar porque eu gosto, de ter essa opção de... de investir, de brigar mesmo. Uma coisa que eu não, que eu antigamente não via é que agora “Olha, eu atendo 50 minutos sabe?” Então um pouco até de meio “marrudinha”. E eu só tenho coisas boas, assim, neste aprendizado, porque não dependendo de estar sobrevivendo daqui. Porque acho que seria uma outra... Se eu estivesse começando aqui, e pra você viver e... eu acho que eu não ficaria.

P: Você está falando no sentido financeiro?

C: Também... e esse aprendizado de vida, de valorização da vida, de identificação. Não muda muito, uma pessoa mais simples ou não. Mas é o ser humano mesmo. A questão do ser humano da... das dificuldades. As elaborações são idênticas, as necessidades...

P: Mas você disse que se estivesse aqui no começo da carreira você acha que você não ficaria...

C: Eu acho que não.

P: Por que?

C: Porque não... porque aqui falta muito. Falta estrutura, falta... não dá pra você associar o prazer de trabalhar, a gratificação com o objetivo, que você tem que trabalhar pra se manter, manter sua casa e as suas coisas. Então por isso que eu acho que eu não ficaria. Hoje não.. hoje... eu até que tô trabalhando bastante, tô beirando meio século...

P: Existem dificuldades no seu trabalho, e se existem, quais são elas?

C: O que você diz dificuldade... da Unidade?

P: De trabalhar na Unidade.

C: Acho que uma dificuldade é a valorização. Porque em todas as 3 Unidades que eu trabalhei, Unidade Básica, o modelo é médico. Assim: “Você tem que atender assim, fazer isso, fazer aquilo outro” (parou para atender rapidamente o celular). O que a gente tava falando?

P: Das dificuldades... você estava falando da valorização...

C: Isso, então, por que? Porque é um modelo médico. Então, uma fala dessas: “Essa sala poderia ser dividida para dois médicos, por que o psicólogo?”. Então não tem esse reconhecimento. O médico é importante e a Psicologia não. Aí o que você tem que fazer? Você tem que estar a todo minuto dizendo: “Olha: Psicologia é isso, funciona nisso, o objetivo é esse, serve pra isso e assim por diante. Então isso é uma dificuldade, acho que o desconhecimento: “O que que é isso? O que que é esse ‘bicho’ Psicologia?”. E além dessa... a dificuldade de estar integrando esse médico, com as enfermeiras, uma equipe mesmo, multidisciplinar. Eu acho que não, não dá... eu já tentei várias vezes. É uma dificuldade... Que mais? São tantas... a integração dessa equipe é difícil, o reconhecimento é difícil... Ah, nem sei mais...

P: Como você faz para lidar com estas dificuldades?

C: Eu acho que eu vou mostrando o que é isso, que que é a Psicologia. Acho que eu mostro. Por exemplo, o Centro de Convivência, é uma dificuldade pra eu fazer um trabalho lá, por que “Como, você vai deixar de atender tantas pessoas na Unidade, vai ficar 6 horas ausente da Unidade pra ir no Centro de Convivência?” Então eu acho que eu vou mostrando: “Centro de Convivência é isso, serve pra isso, meu trabalho eu faço assim, eu atendo tantas pessoas.” Mostro o quanto que o trabalho em grupo, o tanto que a Unidade ganha com isso.

P: E quais aspectos facilitadores para trabalhar aqui em UBS? O que te ajuda?

C: Na Unidade? Ah, não sei. O que ajuda? Eu acho que na verdade são os pacientes. Acho que assim, o feedback que eles dão. Eu acho que é o reconhecimento dos pacientes. E até algumas pessoas da área da saúde. Alguns, são poucos. Mas eu acho que eles facilitam porque eu já cheguei ao ponto, eu já pedi aqui uma vez... me encheu! “Eu quero ficar dois anos sem aparecer na Unidade.” Toda cheia de queixas. E aí eu tirei uns dias, daí eu pensei “Ah, mas eu não encerrei aquele trabalho que nós começamos, aquele paciente tava naquele momento.” Então acho que eles é que me motivam, que facilitam... porque se não fosse.

P: Como você acredita que seu trabalho poderia ser melhorado?

C: Investimento maior em “reciclagem”. Olha, eu tive que parar minha Pós, que seria um trabalho super legal, acupuntura associada à Psicologia, pra esses pacientes que não tem esse acesso. Então assim, eu acho que o investimento na carreira mesmo... não seria um plano de carreira.... Em “reciclagem”, em cursos...

P: Você gostaria que a Prefeitura oferecesse isso?

C: Isso, eu acho. E eles... eu acho que a Psicologia também contribui, porque a Psicologia não aparece. Nós também somos culpados né? Porque a gente não diz o que que se faz, como é que se desenvolve seu trabalho, pra que que serve, então a gente também não se mostra. Eu acho que a gente tem que se mostrar um pouco mais. Até entrar em competição com o médico. Porque o valor do médico é diferenciado. O médico passa lá a receita e dá o remédio, que é rápido em alguns casos, e tem o resultado. Então eu acho que a gente tinha que se mostrar mais, eu acho que a gente tinha que se valorizar mais pro outro perceber e entender isso, e avaliar, dar esse valor? Porque eu acho que essa Prefeitura não faz, e quando faz é tudo muito superficial.

P: Existe algum espaço de ajuda aos profissionais?

C: Para os psicólogos na Prefeitura?

P: É.

C: Não, o que eles tem é uma supervisão... sim, esse é um outro ponto né? Você necessita... eu necessito da psicoterapia. Não sei nem se seria a supervisão... acho que é algo para minha pessoa mesmo, pra minha vida, no dia-a-dia. Então o que a gente tem é uma supervisão, mas nós estamos há 6 meses sem... agora que o X está retomando, então você leva, você tem um suporte para alguns casos. Eu acho pouco porque você tem 10 psicólogos né? E é de 15 em 15 dias, então é assim, é um pseudo-suporte, porque ele é uma pessoa maravilhosa, “manja” de muitas coisas, auxilia, mas assim, é... eu acho pouco, deveria ter mais.

P: E é aqui mesmo, neste Município? De fácil acesso?

C: Não... era na Y (nome da cidade vizinha), mas agora eu ofereci minha sala pra ele fazer. Aliás, eu acho que ele vem dia 02/08 pra fazer. E também ele vai dar um curso sobre a Infância. Então (pega um papel informativo sobre as reuniões, remetido pela Coordenadoria de Saúde Mental). Olha só, observa: reunião das 8:00 ao 12:00. Das 8:00 às 10:00 nós temos reunião do Centro de Convivência. Das 10:00 às 11:00, 11:30 nós temos reunião da Saúde Mental. E meia hora pra supervisão. Isso uma vez por mês. Não é supervisão! Mas tudo bem vai...

P: Que você considera pouco.

C: Não, é muito pouco... eu particularmente, eu sou muito sincera... eu vou porque daí eu saio 12:00, e se eu tenho algum caso, eu peço umas dicas pra ele num outro momento, porque vai

ser impossível, vai ser... não vai ser real esta supervisão. E o curso, que eu não sei como que vai acontecer, porque é novo... Mas tem 7 anos que eu faço, 5 anos que eu faço um curso com o X, sobre o trabalho da integração Corpo e Mente, que é algo que eu uso muito aqui nos grupos. E isso é real, mas a supervisão que vem aí, é ridícula, mas tudo bem né?

P: Que tipo de cuidado você gostaria que tivesse para o profissional?

C: Eu não sei se seria... acho que até uma troca... real né? Uma troca de experiências, uma reunião, até mais informal entre os psicólogos... que não é... das 8:00 ao 12:00 você não faz 4 coisas bem, não faz! E também a questão financeira, por que como é que você vai pagar psicoterapia? Minha terapeuta é R\$200,00 a hora... então eles não dão esse suporte. E se você ganha esse salário ridículo, como é que você vai fazer, semanalmente? A gente tem pessoas que surtam, né? Estão surtados aí, porque não tem condições mesmo de pagar, ou sei lá. Então eu acho que eles deveriam ter esse cuidado aí com a gente. Eles são muito descuidados. Porque o grupo é pequeno. Existe ainda essa coisa de não conhecer o que é a Psicologia.

P: Você apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional durante esses 8 anos em que você trabalha aqui?

C: Já... Eu perdi a voz uma época. Eu acho que eu tô entrando de novo nesse treco. Por que eu tô com 3 compromissos né? Porque aqui não podia ficar sem ninguém. Então cai a minha resistência, e aí a minha voz antes de tudo. De perder a voz, passa uma semana eu tô gripada. Eu tomo medicamento... É o sistema imunológico, cai... um ventinho e acabou, já estou doente.

P: E a que você associa estes adoecimentos constantes?

C: Então, na época... é isso, excesso de trabalho, é... falta de lazer, porque você tem um monte de coisa pra fazer... eu sou assim, eu não... uma coisa que eu adoro é dançar... dançar e cozinhar é uma coisa que eu relaxo bastante. Aí, não tem tempo, tá muito cansada. Então é muito estressante mesmo. Eu saro de um negócio, de uma gripe, aí passa e já na outra semana já pego outra gripe. Eu vivi isso uns 2 anos atrás. E agora eu me observo, hoje eu tô... é uma febrezinha que vem fora de hora sem motivo. Fora essa coisa, né? Você não é especialista em tudo. Então te chega um caso você tem que ter tempo, parar, estudar, rever, se rever, ver se você está fazendo um trabalho legal, vê se você precisa se reciclar. Então, nossa eu já fiquei... tô tentando lembrar o que mais eu tive. Essa coisa da gripe, do resfriado, nossa, de ficar sem voz. Sim, tem um outro, eu fiz até uma cirurgia, deu um cisto. Aí eu tive que ficar, devido à cirurgia, sem trabalhar. Eu tive um cisto nessa parte do palato (pega no pescoço). Eu acho que eu não queria falar mesmo. Aí eu fiz a cirurgia, e a conduta, a recomendação era não falar. Ah, eu sem fala, meu trabalho não existe porque o combustível é a fala. Então, e tudo isso é devido ao estresse, ao cansaço, à falta de cuidado mesmo. Ah, eu faço acupuntura também.

P: Então para se cuidar, você faz acupuntura, e quando dá, dança e cozinha?

C: É... não, aí faço psicoterapia também. E de tempos em tempos, aí eu também percebo, eu tenho que parar, não tenho condições de pagar! Aí eu paro, aí depois eu retomo de novo... A dança é uma coisa que eu acho que eu me faz bem, em todos os sentidos. Mas é estressante, o trabalho. Acho que até como o médico, que precisa trabalhar em vários lugares pra poder dar conta de um monte de coisas. Então lógico que estressa, principalmente esse nosso trabalho, porque é pesado, o emocional é pesado. Mas eu gosto de dançar.

P: Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.

C: Eu não sei nada... nada nada. Eu até, a Paula me ligou ontem, e me contou que tinha feito a entrevista, e ela falou assim: “Eu fiz a entrevista. Eu não sei sobre o que é, só sei que é sobre a Psicologia” aí eu perguntei “Do que é a entrevista?” e ela “Não sei”, “Do que vocês conversaram?” “Não sei”, “Como é o chama a síndrome?” “Não sei, eu nunca tinha ouvido falar nisso” “Como assim você fala sobre um assunto e não sabe o que que é?” E eu nunca ouvi falar. Se você me perguntasse, nem.. nunca ouvi falar, anota esse nome para mim... O que é?

P: Olha, eu vou dar um devolutiva completa quando eu acabar a pesquisa, e explico direito o que é, mas em linhas gerais ela está associada ao estresse, e acomete profissionais que lidam diretamente com o público, como os psicólogos.

C: Eu nunca ouvi falar. Não conheço nada. Agora que você falou, esse estresse da pessoa que cuida, isso é comum. Vou te dar um exemplo. Eu vi duas vezes um psiquiatra surtando, surtando de ficar na sala de espera berrando com os pacientes. Ai eles comentavam “Ah, doutor, ele precisa de ajuda” Tenho amigas psicólogas surtando mesmo, coisa grave, não uma vez só, mais de uma vez. Então tem gente que precisava de um cuidado. Mas acho que também é culpa da gente, eu mesma... eu não me cuido, não... Amigas tendo... também tem a ver com o sistema imunológico. E a gente não se cuida. A gente vai, se superando, e a gente não se cuida, vai ficando resíduos até de pacientes, né? E a gente vai se atropelando.

P: Tem mais alguma coisa que você queria comentar sobre isso?

C: O que pega muito no estresse é isso, você não consegue ter um lado profissional organizado. Se você tem opção... eu trabalho aqui por opção. Poderia estar com o consultório só, mas eu me encantei pela bagagem de aprendizado. Então se eu tivesse condições... eu quero ficar só nesta Unidade aqui. Eu não quero ter que fazer mais 40 horas pra ganhar um pouco mais. Então eu poderia centralizar todo meu trabalho aqui. Então trabalho 6 horas por dia, ai eu tenho mais tempo pra eu estudar, pra eu relaxar, pra eu fazer um monte de coisas, em função da Unidade, que não acontece. Eu vejo que meu amigo psiquiatra, ele trabalha em 4 UBS. Esse homem sai 22:00 da noite daqui. Eu acho que ele não deve ir, eu não sei da vida dele, mas acho que ele não consegue ir pra terapia! Por que? Porque senão ele não paga as contas dele, então acho que tá muito ligado com isso. Se você centra o seu trabalho “Não, eu trabalho 6 horas, me dedico, vou me cuidar, pra cuidar dos outros.” Mas não é real, não é o que a gente faz, é um sentimento que te atropela.

(Desliguei o gravador, e depois de tempo, ela começou a falar, novamente liguei o gravador)

Eu curto tanto esse trabalho da Unidade, que a Coordenação... é... ninguém tem predisposição pra estar atendendo as outras Unidades, aqui poderia estar fechado, né? O K (nome do psicólogo) saiu, sinto muito, a Prefeitura não chama os outros psicólogos. E ai, não, eu me disponho. Eu falo “Ah, eu não. Eu faço tantas horas lá, faço tantas horas aqui”. Então é uma coisa que eu curto. Até dá uma inflada no ego, porque uma que eles gostam, eu tenho reconhecimento da Coordenação do meu trabalho, e a disposição. Eu deixo de ganhar dinheiro no consultório pra me dedicar a essas horas na Unidade. Mas de curtir mesmo, de gostar. Essa coisa da disposição. Porque eu tava trabalhando também no M (nome de uma UBS do município) e no N (nome de outra UBS) mas ai eu comecei com esse negócio de cansaço e falei “Não, eu vou deixar de ganhar, e vou ficar só em uma Unidade.” Mas ai de repente necessita, ai eu falo “Ah, tudo bem vai, eu vou”. E essa rotina, acho que até me habituei, saio de uma Unidade, vou pra outra. Então é legal isso. Mas não é o ideal. Você trabalhar 4 horas num lugar, 4 no outro. São 8 horas. E uma coisa a gente fala, essa é uma das coisas que eu sinto: você tem que trabalhar demais pra poder montar um salário decente. Mas o CRP também não tem essa... eu não sei, uma vez eu precisava saber quantas horas o psicólogo deve trabalhar na Unidade, e eles não sabem te responder. Ai elas te dizem assim: “Ah, cada lugar funciona de um jeito”. Mas como assim? Se muda o salário, eu não sei, mas cada lugar funciona de um jeito. Então nem o nosso Conselho sabe te informar: “Olha, o psicólogo vai trabalhar 7 horas, porque já entende-se que ele precisa de um horário pra se cuidar, estudar os casos”. Então nem o CRP tem isso, imagine as Unidades, que não sabem nem o que é Psicologia. É, porque cada dia tem um diretor, eu tô numa Unidade que em 5 meses passaram 5 diretores. Ai você tem que explicar “Psicologia é isso...” ai passa sei lá 2 meses, entra outro “Como o médico atende 50 e você atende 12?” Ai você explica “Psicologia é isso, isso, isso” Sabe? É até um negócio desgastante. Então nem no nosso CRP caiu a ficha. É muita desvalorização. Porque o médico tem claro, trabalha 4 horas, ganha tanto. Claro que se ele

quiser trabalhar 8 é uma opção dele. Mas ele tem tudo bonitinho e a gente não. A desvalorização já vem do nosso Conselho, imagine dos médicos, e da Secretaria.

4 - Olívia

P – pesquisador

C- colaborador

P: O que significa para você a prática profissional do psicólogo em Unidade Básica de Saúde?

C: Então é assim, vou falar da minha experiência e do que eu entendo conceitualmente. Eu entendo que o psicólogo na UBS deva trabalhar dentro de uma equipe, com outros profissionais de saúde, pra cuidar de questões essenciais, então, de orientação, quanto à questões pertinentes daquela comunidade. Quanto à questão da saúde em relação à educação daquela comunidade. Acho que é um trabalho extremamente focado às características da comunidade em que Unidade está inserida, e um trabalho conjunto de orientação, dentro dos aspectos psicológicos, mas pertinentes à saúde e àquela equipe. Eu entendo dessa forma, mas isso é a questão ideal. Acho que seria a conduta ideal. Na minha experiência o que aconteceu não foi isso. Então era uma necessidade muito grande. Então, minha experiência foi em uma Unidade Básica de Saúde neste município, onde havia à princípio uma psicóloga, depois duas, e era uma carência do posto de saúde, da equipe dos profissionais e da comunidade, por um atendimento psicológico. No sentido de ter avaliação psicológica, orientação psicológica, psicoterapia. Então a realidade era essa: uma demanda muito grande na qual o psicólogo tinha que utilizar de todas as suas intervenções, tudo que diz respeito à profissão do psicólogo naquela Unidade. E isso fica, ou ficou naquela época, uma atividade muito sobrecarregada, e sem muitos limites de atuação, uma necessidade de atuar, atender tudo o que vinha pela frente sem muito controle disso. Então assim, o que eu imaginava e o que eu encontrei foram coisas muito diferentes.

P: Quais consequências essa prática teve sobre sua vida?

C: Eu acho que assim... na verdade foi meu primeiro emprego como psicóloga, então serviu pra eu poder confrontar o que eu imaginava, o que eu achava ideal, o que eu tinha estudado, com uma realidade, mas uma realidade muito particular, de uma região muito particular. Eu acho que foi uma experiência positiva, e num período.. foi um período breve, foi um ano e meio, por uma opção minha de sair desse trabalho, porque não estava sendo compatível com o que eu esperava e com a minha formação. Então eu optei por sair, mas eu acho que foi positivo, pra poder aprender mesmo, pra poder até pensar: “Dentro da minha carreira eu quero esse tipo de postura”. Eu acho que talvez pela minha formação, de ser mais clínica, de estar sempre mais vinculada à vida acadêmica, eu não me adaptei a esse tipo de prática do psicólogo numa UBS, em uma periferia, não me adaptei. Eu acho que tem pessoas que estão voltadas pra isso e que se adaptam, mas no meu caso não era. Foi uma oportunidade de trabalho, eu queria passar por isso... foi uma experiência boa. Conheci... na época eu imaginei que nunca mais eu fosse trabalhar na saúde pública, mas eu voltei a trabalhar este ano, mas numa outra circunstância, que eu estou adaptada e que eu estou gostando muito.

P: E tiveram dificuldades no seu trabalho?

C: Teve. Teve uma frustração muito grande que veio logo, pela condição do trabalho, por eu não conseguir conciliar outras atividades, que são importantes, com esse trabalho. Não tinha o retorno... não tinha... o psicólogo era muito solicitado mas era muito mal cuidado, pela Prefeitura da região, pela equipe de Saúde da região. Então foi muito frustrante neste sentido. Gerou um estresse grande a ponto de eu resolver pedir demissão. Então eu acho que por um lado foi uma vivência muito sofrida.

P: Fale um pouco mais dessa vivência sofrida.

C: Tá... faz quase dois anos... mas eu lembro assim, de como eu ia trabalhar. Vou pensar de uma forma mais concreta. No início, tinha um entusiasmo, pra conhecer o trabalho, pra saber como é que ia ser. E daí foi havendo na verdade uma sobrecarga. Eu não me via mais com

condição de fazer, ter um raciocínio clínico a partir de cada atendimento, porque era um atendimento que acabava durando meia hora, 40 minutos, e eu não conseguia ter tempo para pensar sobre aquele atendimento, pra registrar aquele atendimento de uma forma adequada, pra planejar como eu ia dar continuidade. Não tinha tempo hábil pra isso, então eu ia ficando muito sobrecarregada com o volume de trabalho. Do ponto de vista da minha qualidade de vida, eu comecei a ficar cansada, comecei a ficar tensa, então assim, mais irritada. Eu entrava às 8:00 da manhã, então acordava muito com má vontade de ir mesmo, não tinha disposição pra ir, não tinha vontade de ir. Se eu pudesse ficar em casa, eu ficava em casa. Não era uma coisa que eu tinha vontade de fazer não, eu não ia com prazer. Sendo que eu tinha outras atividades fora de lá que eu ia com muita vontade, com muito prazer. Então isso que tava... que foi a primeira coisa que me incomodou. E daí começou a gerar na verdade, eu cheguei um dia a ficar com sintomas físicos, de ficar com a pressão alta. Mas puramente por estresse. Foi um dia que isso aconteceu, e daí quando isso aconteceu eu fiquei muito assustada, e vi que eu estava exagerando, né? Que aquilo não estava fazendo nenhum sentido na minha vida. Eu tava indo pra uma postura muito concreta de, de repente, poder ter um problema de saúde por causa daquela circunstância de trabalho. E daí eu entendi que não tinha o menor sentido e que não valia à pena. Então eu estava me obrigando a trabalhar pra poder exercer minha profissão, que eu gosto tanto e me dedico, mas numa circunstância que eu não estava conseguindo. Foi meio isso que aconteceu, até que eu resolvi sair, e foi a melhor coisa que eu fiz. Eu consegui me reorganizar, eu consegui continuar me dedicando às outras coisas que eu faço além de lá e depois apareceu uma outra oportunidade melhor e que deu tudo certo. Mas acho que foi meio isso, foi uma experiência muito concreta no final das contas. Um sofrimento muito no corpo, que foi muito pontual, foi um dia que eu tive, que minha pressão subiu, e eu não tenho problema de pressão, nunca aconteceu isso, então foi uma coisa meio nesse sentido. Acho que é isso.

P: Isso que você falou do ponto de vista físico foi pontual, mas pelo que você estava falando, emocionalmente já vinha há algum tempo, essa falta de vontade...

C: Ah sim, isso sim. Foi uma frustração que foi acumulando, não tinha nada que suprisse. Por mais que eu dividisse isso com outros profissionais de outras unidades... Quando eu cheguei tinha, vamos dizer assim, uma equipe. Então tinha alguns psicólogos, que eu não me lembro quantos, sei lá, 12, 15 ou um pouco menos, cada um numa Unidade. E a gente se encontrava uma vez por mês pra conversar. E quando eu cheguei nessa equipe eles já estavam reclamando, uma reclamação que já vinha há anos sobre o salário deles. Então toda reunião que era pra discutir questões do trabalho, ou de repente discutir um caso, planejar algum evento, não acontecia porque ficavam resolvendo questões de salário que era pouco e que eles não conseguiam... então já era um pessoal que estava muito desgastado, frustrado. E até despreparado, eu acho que pra enfrentar aquela situação. E aí eu me deparei com uma condição não estava acolhendo o que estava trazendo. Acolher no sentido assim de... eles entendiam e concordavam que era daquele jeito mesmo, que era sofrido, que era desgastante, e que não tinha muito pra onde ir, (risos) não tinha solução pra aquilo, então aquilo só foi acumulando. Eu acho desse um ano e meio que eu trabalhei lá, acho que o primeiro semestre talvez tenha sido bom porque foi um começo. Até então não tinha psicóloga, tinha ficado um período sem psicóloga nesta Unidade de Saúde, então quando eu cheguei tinha um acúmulo de coisas acontecendo, acúmulo de pacientes que estavam aguardando, então eu também peguei uma pilha de casos pra atender, e achei que aquilo depois fosse diluir. Depois tinha perspectiva de vir outra psicóloga logo, então achei que aquilo ia se diluir, mas não foi o que aconteceu, só aumentou. Agora eu tô lembrando, que na época teve uma questão política, que foi ano de eleição, então havia uma pressão por atendimento e isso é muito desgastante também, porque daí você é obrigada a passar na frente alguém que podia favorecer não sei quem, então, isso também, do ponto de vista ético, era muito irregular. Então isso também é

muito contra os meus valores, o que eu acreditava, e daí só foi piorando. E daí fica aquela coisa: “Mas é um emprego, é uma estabilidade, o que vale à pena?” Que é claro que o psicólogo não tem muita oportunidade. Mas ao mesmo tempo tem, quando você procura, encontra, então fica no caminho certo, então realmente, se eu pensar no montante de tempo do trabalho, foi um período de muito desgaste. Atualmente eu estou num serviço de saúde do Q, no serviço de reabilitação. Estou há 3 meses, e é outro nível de trabalho. Então tem uma equipe que realmente funciona, um Serviço de Psicologia que funciona, que valoriza o trabalho do psicólogo. Isso faz uma diferença muito grande. Então agora estou muito satisfeita. É óbvio que toda instituição tem seus entraves, que você tem que driblar, relevar, mas é muito mais leve perto do... era muito precária a condição dessa UBS que eu fiquei, precária demais, não sei nem se é modelo isso, parâmetro pra comparação de outras experiências.

P: Precária em que sentido?

C: Acho que em todos. Da qualidade do... do valor que dão ao profissional, da condição de trabalho, da condição física, da sala que você atende, da falta de segurança. Eu lembro que eu corri perigo de atender pessoas que tinham pé no crime e que meu atendimento poderia atrapalhar alguma coisa, né? De ter medo de ser perseguida... não aconteceu nada efetivamente, mas essa possibilidade passou bem perto. Então precariedade em todos esses sentidos. Na questão da estrutura física, da falta de segurança, da quantidade de trabalho, poucos profissionais. Que estão lá sobrevivendo, os que ficaram, tentando fazer alguma coisa e que não conseguem. Pouca perspectiva de melhora, parecia que não tinha nenhuma.

P: Antes de você sair, como fazia para lidar com essas dificuldades?

C: Eu tentava cuidar disso com os recursos que eu tinha e que levei pra lá. Minha supervisão, isso me aliviava muito, poder dividir isso com meu supervisor e com os outros profissionais que faziam supervisão comigo, na minha terapia, e o conforto que eu tinha no atendimento do meu consultório, de outras atividades acadêmicas que eu tinha, que me confortavam. Então nesses momentos, que também eram profissionais, fora dali, eu sentia que eu estava produzindo, que eu tinha... que eu era reconhecida, que meu trabalho tinha uma importância efetiva. Não que lá no posto de Saúde eu não tivesse, tinha, mas era uma coisa muito precária, muito básica, era quase que como dar uma cesta básica pra uma pessoa, não tinha um lugar psicológico, não existia. Então eu me confortava nessas outras atividades. Só que o tempo que eu ficava lá, eram 6 horas por dia, era a manhã inteira até o começo da tarde, então boa parte do dia eu ficava lá. E às vezes apareciam outras coisas que eu podia fazer, e que não podia porque eu estava lá. Então eu comecei a ver que não estava valendo à pena. Mas o conforto era meio que nesse sentido.

P: Como você acredita que o trabalho poderia ser melhorado?

C: Eu acho que com o aumento do número de profissionais. Eu acho que talvez uma organização de um Serviço de Psicologia, talvez um espaço específico pra atender avaliação psicológica, psicoterapia, e de repente devolver à UBS e ao psicólogo da UBS o papel dele, que também era cobrado, de você poder participar de grupos de orientação dentro da Unidade, e não havia tempo pra isso, então devolver ao psicólogo esse papel, de estar junto do pediatra, do psiquiatra, da enfermagem cuidando de programas e de projetos da UBS, de projetos de Atenção Primária e de Prevenção, poder ter um espaço, ou na própria UBS ou em um lugar separado, pra um atendimento terapêutico. E assim, triplicar o número de profissionais, porque é um Município grande, que tem muita demanda, muito pobre, e que precisa disso. As pessoas tinham legitimamente necessidade de um acompanhamento psicológico, todas elas.

P: Existia algum espaço de ajuda aos profissionais?

C: Não existia. Agora eu não sei, mas na época não existia. Tinha um momento de supervisão, que era oferecido pelo Estado, que pegava uma região do Estado, e era um espaço de supervisão, que tinham outros psicólogos, fonoaudiólogos, e que se discutiam um pouco essas

questões sim. Mas eu me lembro que, até quando eu decidi pedir minha exoneração, eu compartilhei com o pessoal e que ficou meio claro que não tinha muita saída, até o supervisor concordou que talvez fosse a melhor saída mesmo eu pedir minhas contas. Ele também não via muita possibilidade de mudança “Ou você se adapta a isso, ou vai procurar outra coisa”, porque não tinha muita perspectiva mesmo, neste Município pelo menos não.

P: Então era uma supervisão?

C: Era uma supervisão. A coordenadora de Saúde Mental de lá é uma pessoa muito boa, eu acredito que seja ela ainda... que tem consciência do que acontece. Ela sabe que os profissionais trabalham de uma forma inadequada, a condição inadequada, não o trabalho dos psicólogos, mas a condição em que ele está inserido é uma condição inadequada, mas ela também não tem muito como mudar isso, pela estrutura da Secretaria de Saúde de lá. Então fica todo mundo muito abandonado mesmo. Eu tinha possibilidade de fazer minha supervisão fora, mas nem todo mundo ali tinha esse espaço de supervisão mesmo, porque tinham outras atividades, que não era esse o caso, né?

P: Que tipo de cuidado você gostaria que você tivesse tido?

C: Que eu tivesse tido na época? Eu acho que eles deveriam ter... atendido às queixas das pessoas. Então eu acho que faltou valorizar as reclamações de todos profissionais. Faltou os diretores de UBS de entender um pouco essa dificuldade do trabalho, e não pressionar tanto quanto eles pressionavam. Eles não queriam saber muito se não tinha horário, se estava lotado, tudo era: “Faz um grupo que resolve tudo” e não resolvia, óbvio, você pode colocar um monte de gente numa sala, e não vai acontecer nada se a pessoa não tiver disponibilidade pra isso. Então faltou isso, uma conscientização dos diretores de UBS e o valor mesmo pela Saúde Mental, que claramente não tinha. Na postura das pessoas não tinha o valor pra Saúde Mental, acho que foi isso que faltou. Não das psicólogas, mas da equipe de Saúde de um modo geral. Tem falta de verba, não tem dinheiro pra contratar, mas então não assume fazer um monte de coisas né? Porque se propõe a atender todas as pessoas do Município sem profissional pra atender.

P: Você já falou um pouco, então você tem algo a acrescentar sobre ter apresentado algum tipo de adoecimento físico ou emocional desde que iniciou o trabalho nesta equipe de Saúde Mental?

C: Eu tive um sintoma, não cheguei a ficar doente. Eu tive um sintoma físico, daí fui investigar, óbvio, fui ver, fiz os exames, e não tinha nada no coração, nada cardíaco, estava estressada, triste, infeliz, e sem sentido naquele trabalho.

P: Então você pode dizer que associa esse sintoma físico ao trabalho?

C: Totalmente, foi a primeira vez que aconteceu isso na minha vida. Eu nunca passei por um problema na minha vida onde eu tivesse um problema físico, eu sempre tive clareza do que estava acontecendo. E dessa vez, por mais que eu tivesse clareza, (risos) estivesse fazendo terapia, eu tive um sintoma físico, foi muito assustador pra mim. Eu pensei “Realmente, isso tá muito errado”. Tanto que quando eu decidi pedir demissão eu não tive mais nada. Eu até quando fui começar esse trabalho novo pensei “E aí, será que eu vou ter de novo?” (risos) Por enquanto não! (risos)

P: Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.

C: Eu sei muito pouco. Eu tenho uma colega de trabalho que foi fazer um estudo neste sentido então ela me contou um pouquinho, que fala sobre os sintomas físicos que os profissionais de saúde tem dentro de uma situação de estresse, trabalhando na saúde pública, mas eu só sei isso, não sei mais nada (risos).

P: Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

C: Eu acho que talvez tenha sido um momento muito meu, nem sei se eu seria considerada no que seria caracterizada essa síndrome, não sei como isso é caracterizado. Eu acho que isso foi um momento muito meu. Quando eu entrei neste trabalho eu tinha terminado meu doutorado,

então eu tinha um monte de planos a partir desse doutorado que poderia se desdobrar na minha vida. E concomitantemente eu tive essa oportunidade de trabalho, então eu resolvi ir até mesmo pra conhecer, pra ver como é que era. E as duas coisas foram conflitantes, não deu pra conciliar, uma perspectiva acadêmica com esse trabalho. Então também eu conduzi duas atividades paralelas e que eu queria experimentar e que não deu certo. Mas talvez tenha sido uma experiência muito única. Eu acho que, eu percebo em profissionais que trabalham na Saúde do meu convívio, e que eu já convivi, que às vezes tem mesmo, acabam desenvolvendo posturas mais tensas, ou mais sofridas, pertinentes à Instituição. Mas eu acabo considerando que essa minha experiência tenha sido uma coisa muito específica. Acho que eu tava querendo ter uma coisa mais sólida na minha vida, foi uma oportunidade que apareceu, e daí eu vi que não era aquilo. E daí dá um medo: “Será que eu vou conseguir uma outra coisa depois?” Eu acho que tem tudo isso em jogo ainda, mas enfim.

5 - Verônica

P – pesquisador

C- colaborador

P: O que significa para você a prática profissional do psicólogo em Unidade Básica de Saúde?

C: Como assim?

P: Conte um pouco da sua experiência enquanto psicóloga de UBS.

C: O psicólogo na Unidade Básica, ele atende a uma demanda muito grande, a todas patologias, assim, você não tem uma seleção de pacientes, tanto adulto, adolescente, idoso. Você não pode ter nada coletivo né? Não existe né? Não existe assim, né, na Psicologia, um psicólogo pra criança, outro pra adolescente, e na Unidade Básica de Saúde não, né? Você atende a essa demanda. Por um lado é bom porque você atende muito, né? Dá um espaço pra você conhecer todas as demandas e não ficar presa só a uma, né? Mas por outro lado, também, fica uma coisa meia solta, né?

P: Como assim solta?

C: Ah, por que eles não dão um respaldo, pra você se centrar naquilo que você tá fazendo, fico tudo por sua conta né?

P: Que tipo de respaldo você acha que poderia ter?

C: Olha, poderia ter uma seleção... assim, ter mais psicólogos, acho que isso seria fundamental, né? Porque os dois profissionais poderiam se combinar e se dividir entre si. Isso aí já seria um bom começo... porque é um tratamento longo, em UBS. É meio complicado, porque as pessoas faltam muito. Termina você ficando mais sobrecarregado do que qualquer outro profissional. Então, tem um lado bom e um lado ruim.

P: Que consequências essa prática tem sobre sua vida de um modo geral?

C: Olha, em termos de crescimento, assim, eu comecei a conhecer um outro lado da população que eu não conhecia né? Que a gente só ouve falar, mas que eu não tinha acesso, e trabalhando aqui na favela (risos), com essa população eu conheci um... E isso foi muito bom, né? Você sai um pouco daquela população de consultório, que você tem uma outra visão, e vê outro lado da realidade. Isso foi muito bom.

P: Existem dificuldades no seu trabalho?

C: Existem, claro.

P: Quais são elas?

C: Olha, como é que eu posso... Existem dificuldades financeiras, porque o psicólogo é muito mal remunerado na Saúde, acho que essa é a principal porque não estimula muito. Se você for ficar sempre levando isso, você não consegue né? Outra coisa que eu acho muito difícil é o psicólogo ter que fazer 30 horas em UBS, que é muito desgastante, porque você atende a uma população que te consome muita energia. Você estar ali muito próxima de pessoas com um sofrimento mental muito grande, e isso te consome muita energia. Então, o ideal seria ter mais profissionais pra você ter um trabalho melhor. Assim, olhando o lado do profissional, e não só olhando o lado do paciente, do cliente. Eu acho que essa é uma das maiores... pra mim é uma das maiores dificuldades. É uma carga horária extensa pro tipo de trabalho que é feito, e a remuneração que é pouca.

P: Como você faz para lidar com estas dificuldades?

C: Olha, não faço, eu trabalho (risos). Não tem como ser diferente. Tem que preencher os horários, não dá pra ficar com o horário ocioso porque tem que preencher a estatística aqui, tem que trabalhar, mas não que é uma coisa legal, e não é saudável não é. Não é mesmo!

P: Quais aspectos facilitadores no seu trabalho, o que te ajuda?

C: Olha, assim, a minha terapia, que eu “banco” (risos). É o lugar onde eu me renovo pra voltar e a supervisão que nós temos aqui.

P: Como é essa supervisão?

C: Ela é quinzenal. Essa supervisão já vem de muitos anos, com o Dr. X. E ele... a gente passa os casos pra ele, discute, ele intervém. Assim, ele é uma pessoa que tá de fora, ele dá umas dicas, indica leituras. E aí a gente vai fazendo uma troca, é um espaço muito bom. Você ouviu também dos outros colegas, as dificuldades, né? Então é uma troca de experiência muito boa.

P: E essa troca é suficiente pra você?

C: Olha, sim.

P: Como você acredita que o trabalho poderia ser melhorado?

C: Tem o aspecto financeiro, de carga horária... contratação de mais profissionais, e tudo aquilo que eu já falei. Basicamente isso, né?

P: Que tipo de cuidado você gostaria que tivesse, além da supervisão que você falou?

C: Não, a supervisão já.

P: É o suficiente pra cuidar dos psicólogos?

C: A supervisão é suficiente, mas assim, agregado a psicoterapia, a você ter uma condição melhor de fazer cursos, de renovar o seu conhecimento, mas aí você volta lá atrás na questão financeira que eu te falei, né? De ganhar dinheiro pra fazer isso.

P: Então você acha que a prefeitura não teria que prover isso, você acha que tem que ser pessoal?

C: É, sabe por que eu acho que tem que ser pessoal? Porque assim, quando a coisa é coletiva, fica todo mundo, mas você tem seu gosto pessoal, você sabe o que você quer procurar, onde você quer crescer, o que você quer conhecer. Não é aquilo que te oferecem sempre e falar que isso te satisfaz, porque eu acho que não.

P: E se oferecessem cursos?

C: Ah, sim, conhecimento sempre é bom né? Nunca é demais. Os cursos que aparecem aqui eu estou sempre fazendo, estou sempre participando, mas o conhecimento sempre acrescenta, é sempre bem vindo.

P: Então pelo que estou entendendo, você preferia ganhar mais pra poder escolher e pagar sua terapia, seus cursos.

C: É, é isso. Eu acho que a supervisão já está ótima, mas o que precisaria mesmo é aquilo que eu te falei, é uma coisa pessoal, aquilo que você sabe que é melhor pra você, o que você quer fazer, o que você quer conhecer. De repente eu quero passar uns 3 meses no exterior pra fazer um curso, ver outras coisas, então assim, acho que isso é muito pessoal. O coletivo é bom até certo momento, mas chega uma hora que, pra mim, só ele, não satisfaz não.

P: Você apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional durante o tempo em que você trabalhou aqui?

C: Não. Cansaço normal, mas ficar doente. Não, nada.

P: Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.

C: Nada. Mas o que é?

P: É isso que eu estou estudando e...

C: Eu ouvi falar muito vagamente por outra pessoa que eu também dei uma entrevista, que ela também estava fazendo um trabalho sobre a saúde dos psicólogos no ambiente de trabalho, agora não sei se no público ou privado.

P: Está relacionado ao estresse, mas depois eu vou dar uma devolutiva sobre tudo isso para vocês. Tem alguma coisa a mais que você gostaria de falar?

C: Não.

6 - Aline

P – pesquisador

C- colaborador

P: O que significa para você a prática profissional do psicólogo em Unidade Básica de Saúde?

C: A prática, ela me rendeu experiência, porque na verdade eu saí da graduação, estudei um tempo e depois é que eu fui pra lá. Então assim, pra mim foi super rico, porque depois a gente coloca em prática, a gente vê se realmente a gente acertou na mosca, né, em escolher essa profissão por exemplo, né? E eu gostei muito. Na verdade assim, a gente vai aprendendo cada vez mais, mas sempre assim, naquela satisfação. Eu acho que é assim, é uma das coisas que acabam ajudando bastante. O profissional, de saber que você se enquadrou, se encaixou naquele, e o atendimento também faz com que você também enriqueça, reviva algumas situações também, o quanto você consegue elaborar essa situação, e o quanto você consegue obter do paciente um resultado positivo. E como vem um atrás do outro, acho que é interessante. Essa questão, que é diferente do consultório mesmo, que é um horror. Então pra mim foi ótimo, neste sentido de colocar a teoria em prática e ver o quanto a gente consegue se encaixar.

P: Há quanto tempo você está trabalhando lá?

C: 1 ano e 9 meses.

P: Que consequências essa prática tem sobre sua vida?

C: Consequência? Acho que nenhuma! Não. Só aconteceram coisas positivas. Eu penso em consequência como algo negativo, mas não, pra mim só enriqueceu, pra mim foi muito bom.

P: Mas pode ser positiva a consequência, o que foi bom, o que foi positivo?

C: De colocar minha profissão em prática. Eu, assim... qual seria a grande frustração, né? Terminar a graduação e não conseguir colocar em prática. Então, assim, até quando eu terminei o curso, eu fiquei pensando “ E agora, como é que eu vou fazer?” Porque consultório, eu já tinha consciência de que não daria, a gente morreria de fome e não teria condições. E eu fiquei pensando neste sentido, de como que eu poderia estar fazendo pra estar colocando em prática, pra ver se realmente era aquilo mesmo, se eu tinha condições de por em prática a teoria. E aí eu me inscrevi também em uma instituição sem fins lucrativos, daí eu fui fazer o atendimento com um pagamento bem irrisório. Aí eu comecei aos pouquinhos né? A gente fica que meio né, desfocado, e tal? Mas aí à medida que a gente foi aprendendo, fui eu e uma colega, a gente foi aprendendo, aprendendo, e tal. Daí “Acho que agora dá pra dar uma deslanchada”. Ai eu tinha pensado mesmo no consultório, mas assim, me manter dentro da prefeitura, que seria meu “ganha pão”, e o consultório seria minha experiência, se desse dinheiro, uma hora extra. Ai aconteceu esse convite, então, nossa! Nem pensei duas vezes, “Claro que eu quero. Tem algum fixo?” “Tem” Pensei “O tempo que eu vou estar lá vai servir como experiência, e vai me enriquecer.” Porque é assim, os casos, um caso muito diferente do outro, mesmo que seja a mesma patologia, mas é diferente, porque cada um é cada um, e tem outras associadas também. Então pra mim só foram realmente coisas boas, muito bom.

P: Quais aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em UBS?

C: A maior parte é facilitado. Porque eu tenho autonomia, sou eu quem marco as consultas, sou eu quem faço os agendamentos, a triagem. O auxílio que eu peço, eu peço pra alguém entrar em contato por telefone, o pessoal também colabora dentro da Unidade, então eu não tenho nenhum tipo de problema. A Diretoria também me colocou muito à vontade, me deu autonomia. A Secretaria de Saúde Mental também, eles tem alguns critérios. Então eu sigo esses critérios, tem a parte burocrática que eu também sigo. Dificuldades... vamos dizer assim. A sala que é pequena, porque quando a gente vai fazer um grupo, não comporta o número de pessoas, então tem um “x”, mais que aquilo não dá. E como lá onde eu trabalho tem um PA,

então lá ficou concentrado em um prédio pra duas atividades (UBS e PA), e aí não tem sala disponível. Mesmo a sala que estaria disponível pro grupo, está lá o pessoal do PSF, junto com os prontuários, marcação de consulta e agendamento de especialidades, então quer dizer, não tem. O espaço físico é que é o ponto negativo ali, né? Mas quando separar né? O prefeito já prometeu que iria fazer uma reforma no Pronto Atendimento, na parte de baixo, então esse prédio que a gente está seria só UBS. Aí a sala destinada pra Saúde Mental é grande. Aí a gente vai ficar tranquilo, mas até isso acontecer, a dificuldade é essa. E também assim de atender né? De suprir a demanda. A demanda reprimida infelizmente todas as UBS tem, a minha tem, o tempo de espera está em um ano, tá muito grande a lista, tá em um ano, a gente tenta, mas é... Um outro fator que eu acho que é negativo, não que pro meu atendimento, mas assim, a falta de conjunto né? Dos outros profissionais de também estarem avaliando, porque vem muito encaminhamento assim: “Criança com problema de aprendizagem”. Mãe recebe “Criança não rende na escola.” Então tem outros profissionais que eles poderiam estar encaminhando, ou pedindo uma avaliação, ou avaliando ou uma ação da estar, pra estar fazendo alguma anamnese na criança, porque a maioria das crianças, elas tem sofrimento fetal. Por isso que ela não aprende, por isso que ela tem uma dificuldade na aprendizagem. Um trabalho multidisciplinar, porque aí facilitaria a nossa vida. Porque tem a lista de espera, e a pessoa que está no balcão, ela não avalia a gravidade, e na verdade os próprios médicos também não colocam exatamente o que acontece com a criança, ou adulto. Se um clínico, que agora tá ali, tudo pra ele era DNV. E aí? Então pelo encaminhamento não dá pra gente avaliar se é urgente ou não. Então assim, são esses fatores aí que dificultam né? Mas não pra mim, pro meu atendimento, mas pro próprio paciente. Porque uma dificuldade de aprendizagem por exemplo, a gente poderia fazer uma avaliação, né? O próprio pediatra poderia estar encaminhando pro Neuro, e o neuro também fazer um diagnóstico em conjunto, pra estar avaliando a criança e encaminhando, pro psicopedagogo, por exemplo. Mas o Município não tem, né? Profissional dessa área, mas a gente tenta encaminhar para as outras instituições, porque é um trabalho que é deles, e não exatamente pra nós psicólogos de UBS. Então poderia já dar uma boa descentralizada neste sentido, e diminuir a lista. Aí depois sim, se fosse avaliado uma baixa auto-estima, uma agressividade, alguma coisa neste sentido, por conta da escola, aí sim.

P: Então de alguma forma atrapalha o seu atendimento porque atrasa, porque até perceber que, por exemplo, esse distúrbio de aprendizagem é também uma questão neurológica. Fica na fila de espera... Então você acaba fazendo este trabalho, que deveria ser multidisciplinar, né?

C: É verdade, aumenta a lista, mas assim, o grande prejudicado não sou eu, é o paciente, que poderia estar dando andamento, e quando chegasse a mim, já estaria com todos os exames. Mas também assim, é um fator que é negativo pro paciente. Se desse pra alguém fazer uma triagem, também facilitaria.

P: Você não faz a triagem, quer dizer, o paciente entra na lista de espera no balcão sem passar por uma triagem, é isso?

C: Sim, ele fica em uma lista no balcão. Mas se alguém chegasse e já olhasse. Eu até dei uma orientada pra elas, que se fosse psiquiátrico, coloca lá pra o Dr. P (psiquiatra), a gente colocaria e aí é fácil. Porque a gente tem que completar agenda todo mês, 18 pacientes, e aí eu olharia direitinho se é urgente, se foi indicação do psiquiatra. Mas lá... lá não, em todas a UBS é difícil neste sentido, mas não pra eu atender, pra eu atender não, pro paciente.

P: Você falou há pouco que você tem autonomia, mas agora você estava falando de preencher vagas, 18... como você lida com isso, se há alguma imposição na forma como você vai atender esses casos novos, ou seja, existe algum tipo de imposição?

C: Não, não tem. Tem um critério: todo mês você aumenta, diminui a lista de espera. Tem 18 entradas, 12 de adultos e 6 de crianças, mas a minha demanda é mais infantil, então eu faço o

contrário, só que ele nunca cobrou isso daí. Mas eu cumpro, 18 ou mais até. Tem meses que tem mais, porque por exemplo: eu estou fazendo uma triagem. Ai eu chamo o paciente, marco o horário direitinho, o paciente faltou, ele perde a vaga, né? Porque ele não compareceu na triagem, ele perde a vaga, e ai eu já chamo outro. Então é assim, no começo do mês que eu começo a chamar, o pessoal não vem, no final do mês já deu mais que 18 triagens. Então dá pra cumprir, entre aspas. Tem meses que dá, tem meses que não dá. Mas na maioria eu consigo, mas nunca teve nenhuma cobrança da equipe de Saúde Mental. E o diretor também, ele não chega pra mim e diz: “Olha, você precisa atender mais, porque tem muita reclamação. Ele não... nunca cobrou nada “Ah, você tem que atender fulano, você tem que encaixar não sei quem”. Não, nunca chegou. Então essa liberdade entre aspas a gente tem. E o critério de atendimento é de 9 a 12 pacientes por dia, então nesse critério eu dividi o horário, as 6 horas diárias, divido e ai eu ponho tantos minutos pra cada paciente. Tem dado certo. Então assim, eu tenho autonomia neste sentido, entendeu? Desde que eu cumpra as normas, tanto da UBS quanto da Saúde Mental, da Secretaria. Ai eu me moldei neste sentido. Então assim, entre aspas não tenho reclamação, nem de paciente. Porque às vezes a gente na verdade assim, não é nem o paciente que chega, os familiares que chegam reclamando da demora. Mas ai a gente coloca que o Município oferece sim, mas tem UBS que não tem o profissional, e ai acumula muito pra uma Unidade, por exemplo, pra estar suprimindo todas essas necessidades, e realmente é preciso aguardar. Mas é difícil, porque se chega alguém com encaminhamento, eu leio, eu dou uma olhada. Dependendo da situação eu já oriento, neste sentido assim “Olha, pede pro pediatra já mandar pro neuro, que o neuro também demora bastante”, ou alguma outra coisa. Eu já dou uma orientada assim na hora, e aí a pessoa se acalma, acaba entendendo né? E ai quando eles ameaçam de falar que vão reclamar na Secretaria, eu falo assim: “Olha, eu até agradeço se vocês reclamarem, porque daí eles vão saber da necessidade de mais profissionais.” Não é? Porque o paciente ele sabe diferenciar um psiquiatra de um psicólogo, de um obstetra, de um outro profissional Ele sabe diferenciar. Ele sabe o que é da nossa competência e o que não é. E ele sabe que tem situações que realmente assim, eles precisam de psicólogo mesmo, né? Então é bacana saber que os pacientes sabem disso. Mas que a realidade financeira deles, infelizmente, não dá pra ir atrás de um psicólogo em um consultório particular.

P: Pelo que você disse, você não tem dificuldade de dizer não a alguns pacientes, dizer para aguardar?

C: Não, é tranquilo porque eu olho o encaminhamento. Então aquele que eu vejo que tem uma certa urgência né? Eu já anoto o telefone, e a próxima vaga eu já encaixo e dou prioridade.

P: E qual critério que você usa para urgência?

C: Normalmente assim, não tem exatamente, mas a maioria... por exemplo, se chega uma criança, uma avaliação psicológica por dificuldade de aprendizagem, que o neuro está pedindo por exemplo, se ele aguardar um ano, a criança vai perder um ano de escola, e poderia estar fazendo um trabalho com a fono, ou com o psicopedagogo, ou indo já para um neurologista, pra poder estar medicando, né? Ou um psiquiatra infantil, que a gente também já pode estar encaminhando, e aí eu falo “Olha, eu posso até fazer uns testes, atendo umas duas, três vezes no máximo, e eu já encaminhando pra estar fazendo uma avaliação com esses outros profissionais, depois a gente junta tudo e você volta pra mim”. Que assim, eu coloco que é um trabalho em conjunto e cada um vai fazer a sua parte, que depois a gente vai juntar tudo e, chegar a alguma conclusão, pra pelo menos a pessoa ficar mais tranquila e não ficar um ano na fila de espera esperando... ai eu já faço. Mas se chegar na porta, assim, eu não digo não, mas eu sempre dou uma avaliada, já dou uma encaminhada, e se realmente for algo que pode esperar, eu já cheguei a falar não mesmo. “Infelizmente a gente tem uma lista de espera, eu sou a única aqui, e terá que esperar”.

P: A gente falou um pouco das dificuldades. Como você faz para lidar com estas dificuldades?

C: Sempre no sentido de acolher quem chega né? E segundo é estar explicando o por que do meu não, ou o por que de esperar, ou o por que que eu já vou encaminhar pra outros profissionais, que na hora que chegar mesmo, a gente chegar a alguma conclusão. Eu sou muito do acolher, do acalmar, do explicar o por que que eu tô fazendo aquela coisa, ou do por que é necessário esperar, né? Eu já cheguei também a explicar porque que é necessário esperar. Então ele chega aqui e fala “Não, é que essa daqui é minha irmã”. Então assim, ele não está preparado pra fazer psicoterapia, existe um grau de ansiedade seu, ou um grau de querer que o outro faça um tratamento, mas só que o outro também não está disponível. Mas só que assim, vai ter uma barreira entre nós, então não adianta. Então esse tempo de espera de um ano talvez seja pra pessoa elaborar que de fato ela precisa, ou não. Porque de repente é o parente, é o pai, ou é a mãe, ou é o irmão, ou o marido, ou a esposa que pediu pro médico um encaminhamento para o psicólogo. De repente não é aquela pessoa que precisa de psicoterapia, e sim o familiar. Eu já cheguei até a convidar o familiar. Eles acabam entendendo. Um ou outro que chega assim: “Ah, eu vou na Secretaria reclamar”, e aí eu falo “Aí que bom, por favor.” (risos). Aí o resultado não sei se tem, porque assim, não chega nada pra mim, do tipo: “Você não atendeu, você se recusou.” Não chegou. Então assim, eles ameaçam, mas talvez até nem cumpram, né?

P: Como você acredita que seu trabalho poderia ser melhorado?

C: Bom, melhorar... Cada profissional trabalha de uma forma, né? Poderia ser melhorado se os pacientes aderissem também a algumas indicações que a gente coloca, né? Por exemplo: tem pacientes que... o que ajudaria bastante é ele participar do Centro de Convivência, outro de fazer recursos nos Núcleos, que o Município oferece. E atividades extras também, corporais, esportivas para as crianças também, então assim, facilitaria neste sentido. Se o paciente ou o pai, ou mãe das crianças facilitassem neste sentido, de estar colocando a criança pra estar fazendo atividades extras, né? Fora da escola. Mas... seria ótimo. E na verdade assim, o Município também, se oferece esse tipo de curso, estar oferecendo as vagas nos cursos em diferentes horários, porque tem curso que é só de manhã. Se a criança estuda de manhã, não tem à tarde, não tem como participar, e vice-versa. Então existe essa dificuldade. Facilitaria bastante pra gente. Não só a psicoterapia em si, mas assim, é... essas crianças que não tem limite, por exemplo. Então se fizesse futebol, basquete, ou essas artes marciais, tudo tem o outro, a questão do outro, de pensar no outro, de ter limite, seguir as normas, regras colocadas. Isso daí, sem dúvida, ajudaria bastante.

P: Existe algum espaço de ajuda aos profissionais?

C: Bom, agora com o Dr X fazendo essa supervisão quinzenal, mas assim, essa supervisão, na verdade... eu tinha entendido de uma forma, mas na verdade ela é de uma outra. Então assim, foi colocado que a cada 15 dias ele daria uma supervisão pra quem tivesse disponibilidade, ou pra quem necessitasse. Aí eu falei assim, “Bom, então eu posso participar.” Porque é na parte da manhã, e nas quintas-feiras a minha oficina começa às 11:00, então pra mim daria. Só que daí, o que me falaram é que o meu entendimento estava errado. Que eles mudaram de idéia. O Dr. X vai em cada Unidade e ele faria a supervisão para o profissional daquela Unidade, então não está aberto para os outros. E a minha Unidade vai receber uma vez no ano! E a minha está marcada pra novembro. Bom, neste sentido eu falei assim “Bom, então as outras supervisões que poderiam estar me ajudando, eu não vou ter o acesso. Então eu vou sugá-lo no meu dia.” Mas nos outros a gente não participa.

P: Nem como ouvinte?

C: Não. E eu tinha entendido que todas que quisessem participar, ou que tivessem disponibilidade de horário, poderiam estar participando. Então assim, quinzenalmente eu poderia estar me enriquecendo com esse benefício. Mas não é. Tem aí questões, por exemplo,

fobias, ansiedades, transtornos alimentares, que o sentimento ele é comum né? E a gente vai buscando aprender um pouco mais nessas questões aí. Mas não foi como eu pensei. Então é uma ajuda, claro que é, mas... Então essa reunião da Saúde Mental também é uma supervisão que aí é aberto para todos, porque aí a gente vai falar na reunião. E aí gente faz uma supervisão mensal, e a quinzenal fica para cada profissional. Foi o lado negativo. E o positivo foi que ele veio pra integrar nossa equipe de Saúde Mental.

P: Ele veio agora? Então nestes últimos dois anos você não teve supervisão?

C: Não. Do Município não.

P: Que tipo de cuidado você gostaria que eles tivessem com os profissionais?

C: Na verdade assim, no início foi disponibilizado isso, né? A Saúde Mental, a coordenadora, falaram: “Se você tiver alguma dificuldade, você pode estar perguntando pra gente né?” Mas não no sentido de supervisão, mas assim, naquilo que elas pudessem estar indicando, ou estar facilitando, mas dentro da experiência delas, podendo estar colocando... Mas com o Dr X já é uma outra visão, que na verdade elas também estão necessitando, né, de supervisão? Mas assim, aparentemente eu vou até onde eu sei, até onde eu percebo que o paciente está progredindo. A maioria acaba desistindo porque aí resolveram o problema deles. Ou quando se deparam com algumas questões eles meio que bloqueiam, e aí largam o tratamento. Mas a grande maioria acaba realmente resolvendo suas questões, tem efeito positivo. Então assim, grandes transtornos não tive, ou grandes dúvidas assim... eu posso estar errada também, né? Talvez agora dentro dessa supervisão com o Dr X talvez eu comece a perceber algumas questões que eu tenha dificuldade e que eu não tinha percebido. Mas à medida que dá pra resolver, eu acabo, pelo menos tentando resolver. O resultado é positivo, mas a queixa inicial sempre acaba ficando pra trás porque aparecem realmente outras questões, né? Porque acabam surgindo outras questões diferentes do inicial, que a gente vê que não são exatamente aquilo que apresentavam, mas tem outras. Mas sempre a gente volta no foco inicial que a gente faz aquele gancho pra saber o quanto estão conseguindo ou não.

P: E que tipo de cuidado você gostaria que tivesse para o psicólogo?

C: Cuidado? Não sei, acho que o cuidado assim, que cada um deveria se perceber, né? Mas é meio difícil. Mas ter alguém aqui que tivesse assim de olho. Por exemplo, a gente está com uma colega lá, que ela atualmente ela está com uma certa dificuldade, mas ela sabe que ela tem uma dificuldade, mas assim, está pior do que ela pensa. Então assim, se a gente tivesse... agora assim, com o Dr X, tudo agora é o Dr X. Então o pessoal estava comentando “Ah, ela deveria falar com o Dr. X, ver no que ele poderia estar... atendendo ela, dando uma orientada”. Porque ela estava meio fora de órbita né? Na verdade assim, quando a gente perceber que a gente está com alguma dificuldade pessoal, pra não misturar lá no set terapêutico, né? Mas uns conseguem, outros não. Não sei se me encaixo neste sentido, mas eu me coloco como não. Mas seria interessante se tivesse uma outra pessoa, né, um olhar externo...

P: Um psicólogo institucional?

C: Isso, isso. Uma pessoa de fora pra equipe. Ah, seria ótimo. Se tivesse... aparentemente não tem, mas assim, todo mundo comentou e já percebeu que ela tá mesmo, assim, numa fase muito ruim. Ela está de licença, né? Mas também ela não tem nenhum outro respaldo. Psicoterapêutico ela não tem, ela não tem acolhimento de ninguém da equipe. Eu me ofereci, mas ela falou “Não, tô bem, e tal”. Então eu disse “Então, quando quiser bater um papo...” (risos). Mas ela se fecha. Então na verdade, eu não tenho nenhuma autoridade pra isso, mas a coordenadora de Saúde Mental poderia estar colocando pra ela, né? Sugerindo né? “O que você acha de conversar com o Dr X e tal”. Antes já acertar com o Dr. X se ele poderia estar, pelo menos assim, abrindo um caminho, pra que ela aceitasse a psicoterapia. Menos mal que ela percebeu que ela não estava psicologicamente bem, e ela está tomando antidepressivo, e ela pediu um tempo. Então ela está de licença. Mas logo logo também ela volta, e a gente não

sabe. Porque a gente tem que fazer isso pra poder estar atendendo né? Então a gente fica até meio apreensivo, tanto com ela, que é uma colega que está com essa dificuldade, tá passando por essa fase negativa, e os pacientes também que poderiam estar sendo prejudicados. Não por conta de um mau atendimento, mas por conta de uma dificuldade dela interagir.

P: E você, apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional durante esse tempo que você está trabalhando em UBS?

C: Tive. Tive, na verdade assim, problemas particulares que me afetaram emocionalmente, e eu me afastei da UBS. Mas não durante o atendimento psicológico, mas durante meu cargo efetivo, mas que me valeu muito de experiência.

P: Então esse adoecimento não foi devido ao trabalho?

C: Não. Foi pessoal. Ele existe, claro né? E teve uns dois meses antes de eu tirar férias que eu me senti cansada. Na verdade assim, eu estava muito envolvida com os pacientes, então eu não desligava de lá, e em casa também. Eu ficava pensando nos pacientes, e aí, demorava pra pegar no sono, tinha que levantar cedo. Então assim, de manhã eu atendia. Você acorda, desperta, mas à tarde eu tinha que tirar um “cochilo” de 15 minutos pra poder me refazer fisicamente. Então eu percebi que eu continuava trabalhando sem estar na UBS. E aí eu me resolvi neste sentido, né? Depois eu tirei férias, aí eu retornei, e aparentemente está tudo bem. Eu decidi que eu teria que me desligar. Sai da Unidade, acabou. Aí eu venho pra cá (consultório particular). Aqui são outros pacientes. Eu saindo daqui, eu vou ser dona de casa.

P: Então foi uma decisão sua mesmo, de perceber isso..

C: Isso. Porque eu estava percebendo que eu estava ficando com um cansaço físico, fazendo todas as atividades normalmente. Eu falei: “Não é possível, de onde que vem isso?” Eu mesma fiquei me analisando neste sentido. O nosso corpo pede um pouquinho mais de descanso. Mas especificamente eu estava cansada por não me desligar de lá. Eu me percebia mesmo pensando nos casos. Quando eu penso, que eu percebo que eu estou pensando, eu falo assim: “Não, deixa pro próximo atendimento.” E também aconteceu mesmo as férias, de eu tirar férias, me desliguei de lá. Uma coisinha ou outra sempre vem, não dá pra desligar totalmente. Vem mas assim “Se ninguém me ligou, é porque está tudo bem”. É algo assim que... vamos dizer que eu consegui, mas talvez se eu não conseguisse eu realmente poderia, teria que estar procurando um outro profissional né? E aí, com esse Dr X, ou um outro profissional que percebesse, pra me dar uma dica né? Pra mim seria ótimo né? “Não, você está meio assim” e eu iria pensar se eu realmente estaria “meio assim” ou não né? É algo que é positivo neste sentido mesmo, né? De estar recebendo uma ajuda de um outro, ou pelo menos, de estar se percebendo. Que às vezes também a gente cria muito uma ilusão, de achar que a gente está assim ou assado. Mas pelo menos assim, passou o cansaço físico, e não adoeci por conta dos atendimentos. Adoecer por conta do atendimento não, ou sobrecarga de trabalho, também não. Porque eu dividi né? Então eu me moldei de acordo com as normas, de acordo com o critério também né? O fato de ter autonomia... porque aí não tem aquela pressão psicológica de ter que fazer tal coisa, seguir determinadas regras. Porque tem Unidades assim, que obrigam, o diretor coloca... aí eu acho que a pessoa fica meio assim. É um ponto negativo, estressante, para o profissional. Mas eu, neste sentido não.

P: Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.

C: Não conheço. Até mesmo hoje eu estava puxando o DSM – IV, eu pedi na verdade, perguntei se a Secretaria tinha, e eles falaram que eles não tem. Na Internet eu sei que tem, então eu dei uma puxada em todos aqui, mas assim, tem muitos casos de dificuldades de aprendizagem, então eu imprimi só a parte de dificuldade de aprendizagem. Mas não sei se essa síndrome...

P: É uma síndrome que está ligada ao estresse em profissionais que lidam diretamente com o público, como médicos, enfermeiros, psicólogos, professores.

C: Tá... não, essa síndrome eu nunca ouvi falar não, mas é interessante. A gente aprender neste sentido pra ver se a gente não está se encaixando nesta síndrome. Ou estar verificando se tem algum outro profissional, né, dentro desses critérios. Se você pudesse me passar depois né? Os critérios, sinais, sintomas, uma coisa assim... porque a gente percebe, por exemplo, que o psiquiatra da minha Unidade ele atende em duas Unidades, e ele abrange vários bairros. E eu nunca vi, mas já soube que ele já teve vários “pitis” durante o atendimento por conta de uma sobrecarga de atendimentos, pacientes que chegam lá estressados. Mas eu soube que ele já teve vários “pitis” lá, aqui... mas realmente assim, a fila de espera ela é muito grande, a dificuldade dos pacientes é realmente imensa. Os familiares eu acho que eles acabam estressando muito mais os médicos do que o próprio paciente. E sei lá se esse psiquiatra se encaixa nesta síndrome aí, ou algum outro. Às vezes a pessoa acaba dando “pitis” que não tem necessidade, entre aspas né? Você estar insatisfeito com o salário, por exemplo, procura outro emprego. Eu penso assim. Ou você está cansada de muitos pacientes, mas é um critério colocado pelo Município, pela Unidade, então se ele não se encaixa, deveria procurar um outro Município. Não está satisfeito com uma coisa ou outra, ele que vá buscar outro caminho, né? Mas não estressar com os pacientes, ou com o pessoal do balcão. Não adianta o médico ir lá gritar, fazer o maior escândalo, rebaixar a pessoa, do tipo “Quem mandou você fazer isso?” ou “Quem foi que fez isso?” Acho que é meio antiético. E se estiver dentro dessa síndrome aí, tratar né? Pra que ele também não se prejudique, porque dentro da psiquiatria, a gente não sabe qual pode ser a reação do pacientes, e o profissional pode estar... sujeito a qualquer tipo de agressão, sei lá, não sei...

P: Então, eu estou pesquisando sobre isso, e quando eu acabar, vou fazer uma devolutiva para todos que participaram, e eu te passo tudo isso. Tem mais alguma coisa que você queira falar?

C: Não, do trabalho em si não. Mas assim, a gente poderia ter mais profissionais. Não no sentido de valorização do profissional, mas assim de estar suprimindo a necessidade do Município. Pra gente poder também fazer trabalhos diferenciados, não só no Centro de Convivência, mas em algum outro. Porque é assim, tem muitas pessoas que não se encaixam dentro do Centro de Convivência. Mas fazer as outras atividades também. A gente poderia estar ampliando neste sentido, mas não tem nenhum interesse. Então é assim, é uma pena porque eu trabalho muito focada no paciente. Então assim, você pensando nos pacientes, em como a gente poderia estar suprimindo a demanda e as necessidades de cada um, né? Agora vai ter formação do CAPS. Então assim, é um grupo, muito específico, mas e os demais? Então assim, o pessoal que frequenta lá o Centro de Convivência é um grupo. Mas infantil não tem. Todas essas crianças que tem dificuldade na aprendizagem que na verdade são DM, ele também não tem um trabalho assim pra eles né? Vai ter o CAPS infantil, mas a gente não sabe o trabalho que vai ser desenvolvido lá ainda. Então eles vão mandar um protocolo. Mas eu percebo que existe um outro grupo, referencial, de estar pegando grupos mesmo de diferentes pessoas, pra estar fazendo um outro trabalho. Acho que é isso.

7 - Bruna

P – pesquisador

C- colaborador

P: O que significa para você a prática profissional do psicólogo em Unidade Básica de Saúde (UBS)? Como que é essa experiência?

C: A primeira pergunta que eu me faço é o que que é básico, né? Porque a gente trabalha numa Unidade Básica de Saúde, o que que é o básico em Saúde Mental? Eu, nesse período que eu estou aqui, tem 5 anos, eu não tinha experiência em Unidade Básica, né? Só tinha experiência em CAPS. Então quando eu entrei eu senti uma grande diferença, né? Diversos fatores que me fizeram sentir esse “mundaréu” de diferença entre o CAPS e a Unidade Básica. Mas assim, eu sinto essa dificuldade de saber, ainda hoje, o que que é básico, né? Porque vem desde pequena complexidade, até grande complexidade. A gente também atende muitas vezes crise dentro da Unidade Básica em Saúde Mental. Mas assim em termos gerais, eu penso que é justamente... é um trabalho muitas vezes que beira, fica entre o psicológico e o pedagógico, né? Muitas vezes você precisa fazer uma orientação, dar uma orientação. Mostrar ou explicar para a pessoa que o emocional interfere no físico, e o físico também interfere no emocional. E assim, tratando da pessoa e mostrando para ela ter uma maior consciência do psíquico, dos sentimentos, do seu lado mental, mais cognitivo. E o físico também, como que isso tudo está interferindo no físico também. Porque as pessoas vem sem essa consciência do que ela tá sentindo. Muitas vezes ela não consegue nem dizer o que ela tá sentindo. E também passar para a pessoa que... a implicação dela dentro desse tratamento, e a implicação dela nesses sintomas que ela tá sentindo.

P: Que conseqüências essa prática teve sobre sua vida?

C: Ah, bastante assim. Eu comecei até uma proximidade maior com o trabalho infantil, que até então eu não tinha. Eu comecei a, na realidade foi um desdobramento do trabalho que eu comecei aqui na Unidade Básica, que é um trabalho mais corporal, comecei a buscar mais instrumentação em cima disso, em cima da psicossomática. Ou mesmo através da Medicina Oriental, através da acupuntura. Comecei a perceber que muitas vezes a gente tem que fazer o caminho inverso, partir do corpo para chegar no lado psicológico da pessoa. Então, isso teve um desdobramento forte. Até então no CAPS eu trabalhava mais com a parte mais psicológica, grupo verbal. E aí eu comecei a olhar esse outro lado, essa outra via de acesso ao psicológico. Achei pra mim muito importante.

P: Você pratica a acupuntura aqui?

C: Não. Não acupuntura, mas algumas técnicas da medicina oriental. Através de toques, de trabalhar o contorno do corpo. Mas acupuntura negativo.

P: E as conseqüências para sua vida pessoal?

C: Pessoal neste sentido de abrir essa outra porta, que acaba atingindo pessoalmente. Não é só na questão profissional. É sua visão de mundo, né, que você altera. Mas pessoal... Eu to preocupada de não entrar em outros assuntos, porque assim, é... em termos pessoais, quando eu entrei na Unidade Básica eu estava grávida, depois eu tirei licença. Eu estava recém mãe. Então assim, calhou de eu estar tendo uma experiência com criança como mãe, e como profissional também. Neste sentido que o trabalho da UBS interferiu na minha vida pessoal. Não consigo ver outros fatores.

P: Quais aspectos facilitadores e dificultadores para seu trabalho?

C: Como assim? Em que sentido... aspectos dificultadores... como assim?

P: Tente pensar então primeiro nas dificuldades. Existem dificuldades no seu trabalho?

C: Acho que a maior dificuldade primeiro é a quantidade de pessoas que a gente tem para atender da região, né? E como agilizar este processo. Porque assim, tem das pessoas da região, que estão, que precisam, que tem um encaminhamento para psicóloga, né? Tem os que é uma curiosidade, nunca passou num psicólogo, eles querem passar mas não tem uma demanda, né? E tem as pessoas que já tem um quadro mais grave, né? Então a gente tem desde uma parcela que é só uma orientação, até pessoas que precisam de um processo psicoterapêutico até maior, né? Mais a longo prazo. Agora, um aspecto de dificuldade, que é você ter que ter uma grande rotatividade de pacientes, o que me facilita e o que eu também precisei buscar para ajudar neste processo, é a psicoterapia breve. Ajudar a focar na questão que a pessoa vem. Isso para os pacientes que não tem muita demanda, ou que não estão muito abertos a entender o processo que é um trabalho psicológico. Eu fui buscar um pouco da psicoterapia breve para me ajudar. Deixa eu ver... outra questão que eu tenha dificuldade... não estou lembrando. É que são tantas assim que... Acho que aí tem algumas questões políticas que atravessam sempre né? Na tentativa de garantir uma maior acessibilidade, as pessoas muitas vezes, a Direção tenta passar por cima, né? Encaixando pessoas sei lá indicadas por quem. Então isso dificulta, porque não tem um projeto maior de acessibilidade do serviço público. E aí fica tendencioso. E você também poder ir explicando para Direção que o trabalho do psicólogo é diferente do trabalho do médico, que precisa de mais tempo. Tempo transversal e longitudinal. Tanto o atendimento no dia, ter uma estruturação. Meia hora individual já é pouco. E aí muitas vezes você precisa de um horário maior, e aí acaba influenciando na sua produtividade. Esse diálogo também é difícil, dependendo da direção. Desde que eu estou aqui já... estou na 4ª Direção, pra alguns foi mais fácil esse diálogo, para outros foi mais difícil. E mesmo assim, os encaminhamentos que são feitos dos médicos. Muitas vezes são encaminhamentos bastante inadequados para o setor de Psicologia, que o próprio médico se tivesse uma escuta maior, né? E um pouco mais diferenciada, poderia estar tratando na consulta dele.

P: Inadequados em que sentido?

C: Ah, de a pessoa estar mais sensível durante uma consulta, e chorar, e o médico já achar que é uma depressão. Um exemplo, né? Ou com crianças, uma inadequação por dificuldade de limite, e já ser colocado como Hiperatividade, nesse sentido.

P: Como você faz para lidar com estas dificuldades?

C: Bom, eu procuro dialogar com a... procuro buscar recursos dentro de mim, por exemplo, na questão da psicoterapia breve, ou alguma dificuldade que eu tenha de, da condução do tratamento. Se eu não consigo, eu vou procurar outras pessoas, vou dialogar com outras pessoas. Ou um supervisor, ou um articulador, né? Agora se é uma questão política, eu também converso com a Direção, né? Procurando sanar algumas dúvidas ou uma falha de comunicação que talvez possa ter, ou mesmo com a articulação do Município.

P: E isso tem resolvido?

C: Desde que eu entrei até agora está bem melhor. Assim, é claro que a demanda continua muito reprimida. A gente... eu já tentei com relação a essa demanda, fazer vários tipos de técnicas, desde entrevistas, até grupos coletivos, grupos de espera. Chamar uma outra pessoa, um outro psicólogo para ajudar na triagem, mas isso é muito paliativo, tanto que uma pessoa que eu ficava muito irritada no começo, e ainda fico quando aparece, que é o discurso da articulação de que isso, essa demanda reprimida é responsabilidade dos funcionários da Unidade. Eu não concordo. No começo eu até comprei esse discurso, por ser nova na rede. Tentei me desdobrar, mas tanto não resolvia, não só não resolvia, como eu ficava estressada com isso. Então eu fui tentando mostrar isso nas reuniões, que não é responsabilidade do psicólogo da Unidade toda essa demanda reprimida. Que isso tinha que ser um projeto maior, tinha que ser um projeto do município. Um projeto ou de acolhimento. Eu não digo nem só em Saúde Mental, eu digo em Saúde em geral, para a Saúde Mental poder ser incluída na

Saúde geral. Assim como o meu trabalho aqui é mostrar que o corpo e a mente não estão separados, a nível político também. A Saúde geral não tá... a Saúde Mental não está desvinculada da Saúde geral. Então você tem que ter um projeto maior de acessibilidade do povo ao trabalho da Saúde e a Saúde Mental. Não partir só do funcionário, do psicólogo que está na Unidade.

P: O que você está chamando de “articulação”?

C: Da articulação da Saúde Mental. Que articula esse campo da Saúde Mental neste Município.

P: Como você acredita que seu trabalho poderia ser melhorado?

C: Através de um projeto maior de acessibilidade. A rede pública, tanto na saúde... eu chamo de rede, não só a rede pública, mas uma rede social, estar mais articulada, com mais equipamentos que a gente possa trabalhar em conjunto. Desde questões mais concretas. Ter uma sala de grupo, que aqui não tem. Acho que em termos de instrumentação teórica, acho que a gente precisa de bastante coisa. O supervisor, tem um supervisor para a rede muito bom, dá uma ajuda bastante grande para a gente. Isso não é em todo município que tem. E em termos de curso de reciclagem é interessante, e acontece. Acho que tá acontecendo. Acho que precisava de um envolvimento maior dos profissionais psiquiatras, dentro de ter uma equipe mais coesa. É muito... desintegrado dos profissionais psiquiatras, eles trabalham muito isolados. E isso acaba dificultando esses casos que a gente trabalha em conjunto, né?

P: Você falou de supervisão. Vocês tem, então, esse espaço?

C: Sim, é quinzenal.

P: E para você é suficiente?

C: É, pra mim é.

P: Existe algum outro espaço de ajuda aos profissionais?

C: Tem a reunião geral, que também abre um espaço para casos clínicos. A gente discute desde atividades, de projetos para o município, que seria mais clínico institucional. Então tem a supervisão, tem a reunião geral e um curso também de... que agora é um trabalho voltado para o infantil, que é quinzenal também. Trabalha o corpo infantil. Agora ele está voltado mais para o infantil.

P: E está acontecendo esse curso?

C: Tá.

P: Se você pudesse escolher, você gostaria que tivesse mais algum cuidado além desses?

C: Olha, é porque... já acho tão, em comparação com outros Município, eu já acho bastante rico neste sentido. É claro que muitas vezes o perfil do supervisor não agrada a todos, né? Se pudesse ter outras linhas teóricas, acho que isso ajudaria a contemplar as diversas linhas dos profissionais. Agora um outro tipo de cuidado. Eu acho que tem que ter um cuidado com a nossa Saúde Mental, também, em termos de ter mais... mais vivências ou... Não sei também se eu concordo que precise ter algo a mais. Acho que é assim, o profissional também precisa procurar para si. Acho que o Município oferece, alguns espaços, e o profissional precisa também se mobilizar para ver onde que está faltando na sua profissão e na sua vida pessoal, e estar procurando ajuda também. Não sei se tem...

P: Você apresenta ou apresentou algum tipo de adoecimento físico ou emocional desde que iniciou o trabalho nesta equipe de Saúde Mental? Como foi?

C: Apresentei assim, acho que foi um... acho não, foi um quadro de fibromialgia, associada a questão emocional. Foi um momento assim, que tava difícil trabalhar no Município, né? Justamente por essa questão de responsabilizar o profissional por essa demanda reprimida. Mas eu também estava com umas questões pessoais em processo. Sem contar que eu também trabalho em outro serviço público, né? Atendo em consultório, e nisso houve uma sobrecarga. Mas assim, não precisei tomar medicação né? Continuei com o processo psicoterapêutico que

eu tenho, e associado a uma fisioterapia, trabalho com acupuntura. A questão do corpo, isso também ajudou a me reequilibrar.

P: Mas você associa esse adoecimento à sobrecarga? Você acha que o trabalho em UBS contribuiu?

C: Contribuiu, com certeza e muito, e muito!! Da exigência de quantidade de produtividade, né? Uma exigência pessoal da qualidade do seu serviço, e essa exigência da questão dessa demanda reprimida. Muita gente para atender em pouco tempo.

P: E você se cobrando muito?

C: É. Muita gente para atender, casos muito pesados, assim acho na Unidade Básica. Você pensa “Ah, O CAPS atende crises”, mas a Unidade Básica atende muitos casos assim que... tanto de... não só... é uma negligência muito grande muitas vezes. Questões de abuso, ou sexual, ou abuso moral. Ou então são casos assim muito pesados, casos muito pesados. E ou casos de crianças, filhos de psicóticos, então exige um trabalho grande assim né? Exige muito do profissional. E aí volta à questão inicial. O que é **básico** não exatamente quer dizer que é uma baixa complexidade, que são casos de baixa complexidade. Então são atendimentos que demandam muito, e aí contribuiu muito com a piora do meu caso.

P: Gostaria que você falasse o que você entende sobre Síndrome de *Burnout*.

C: *Burnout*... é um termo recente parece. Eu não sei. Me dá a sensação de que é... vou falar assim o que eu vejo... parece que é um tipo limite de tudo, estourou... estorei completamente (risos). E aí, o que é, uma atuação que a pessoa pode acabar tendo, essa questão interna muito forte... mas assim tipo de atuação, eu realmente não sei te falar.

P: Olha, é uma pergunta que eu faço em todas as entrevistas, pois é o que eu estou estudando. Então assim que eu finalizar a pesquisa, eu vou dar uma devolutiva e vou explicar todas causas, sintomas.

C: Eu fui meio pelo sentido né? Mas a pessoa não tem atuações assim?

P: Pode ter, por exemplo, uma irritação grande, e você acaba atuando no atendimento, mas acho importante falar disso tudo depois que eu terminar meu trabalho, para te dizer com mais propriedade.

C: Um sinal né? Quando você começa a tratar mal seus pacientes é porque... As pessoas vem procurar ajuda, e se você não está conseguindo de uma forma terapêutica ajudá-la, né? Você tem que olhar para você mesma e se avaliar né? Mas é difícil, né? A gente se utiliza de vários mecanismos para não achar que o problema está na gente, ou só na gente. Mas acho que assim, tem que ficar sempre atenta. Prezo pelo atendimento. Se eu não estou conseguindo ajudar a pessoa, a gente tem que ter ética né? Acabou?

P: Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

C: Não. Eu acho que esse é um tema interessante assim. Eu vi em mim, e vejo em vários profissionais isso acontecendo, e é muito delicado você apontar isso no outro profissional. Você está ali como um colega né? Então se você não tem uma afinidade com a pessoa pra poder ir mostrando né? Isso também, é difícil ver o colega dessa forma, né? Mas, até por que você não sabe o que é da profissão, o que é da vida pessoal, da pessoa. Eu acho que a partir dessa experiência, as coisas não acontecem só profissionalmente. Isso acontece quando tem alguma questão pessoal, que aí junta com a questão profissional, quebrada do jeito que tava. Agora a gente tá conseguindo ter reuniões mais produtivas, mais colaborativas. As pessoas tentando ser um grupo mais coeso. Mas a alta rotatividade que tem aqui no Município dificulta ter esse grupo mais coeso, né? E só com profissionais não médicos também é um outro fator desagregador. Porque daí tem um discurso de um lado, tem um outro discurso do outro. Mas e quem é prejudicado é o usuário, o paciente. Só vão as fono e os psicólogos. No começo, quando a articulação era feita por um médico, aí eles iam. Depois que a pessoa saiu, e que assumiu uma psicóloga, eles simplesmente não apareceram mais. Isso dificulta bastante. Eu acho bastante difícil porque no meu outro trabalho a gente trabalha muito próximo

com o psiquiatra, né? Eu vejo o quanto isso é rico. Profissionalmente e pro paciente, que tenha esse veículo, esse caminho de duas mãos. Do psicólogo pro psiquiatra, e do psiquiatra ouvir o psicólogo.