

**JOANA AZEVÊDO LIMA
JOSEVÂNIA DA SILVA**

SAÚDE MENTAL E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*Cuidado e Autocuidado para
o (inevitável) encontro com a
demanda de violências no
Sistema de Saúde*



Universidade Estadual da Paraíba

Prof^a. Célia Regina Diniz | *Reitora*

Prof^a. Ivonildes da Silva Fonseca | *Vice-Reitora*



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Cidoval Moraes de Sousa | *Diretor*

Conselho Editorial

Alessandra Ximenes da Silva (UEPB)

Alberto Soares de Melo (UEPB)

Antonio Roberto Faustino da Costa (UEPB)

José Etham de Lucena Barbosa (UEPB)

José Luciano Albino Barbosa (UEPB)

Melânia Nóbrega Pereira de Farias (UEPB)

Patrícia Cristina de Aragão (UEPB)



Editora indexada no SciELO desde 2012



Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500
Fone: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br

SAÚDE MENTAL E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*Cuidado e Autocuidado para
o (inevitável) encontro com a
demanda de violências no
Sistema de Saúde*

*Joana Azevêdo Lima
Josevânia da Silva*

*Apoio: Fapesq (Fundação de Apoio à
Pesquisa do Estado da Paraíba)*

Apoio PROAP/CAPES



Campina Grande/PB

2025

Expediente EDUEPB***Design Gráfico e Editoração***

Erick Ferreira Cabral
Jefferson Ricardo Lima A. Nunes
Leonardo Ramos Araujo

Revisão Linguística e Normalização

Antonio de Brito Freire
Elizete Amaral de Medeiros

Assessoria Editorial

Eli Brandão da Silva

Assessoria Técnica

Thaise Cabral Arruda

Divulgação

Danielle Correia Gomes

Comunicação

Efigênio Moura

Sobre o livro***Projeto Gráfico e Diagramação***

Jonas Honorato Ferreira Filho

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CDL

L732s Lima, Joana Azevêdo.

Saúde mental e profissionais da saúde [recurso eletrônico] : cuidado e autocuidado para o (inevitável) encontro com a demanda de violências no Sistema de Saúde / Joana Azevêdo Lima e Josevânia da Silva. – Campina Grande : EDUEPB-EduTec, 2025.

75 p.

ISBN: 978-65-5221-076-0 (17.000 KB - PDF)

1. Profissionais da Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Atuação Profissional. 4. Práticas (Psico)Terapêuticas. 5. Sistema de Saúde. I. Silva, Josevânia da. II. Título.

21. ed. CDD 610.69

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Mirelle de Almeida Silva – CRB-15/483

Copyright © **EDUEPB**

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Agradeço à minha família pelo suporte contínuo ao longo do desenvolvimento deste estágio pós-doutoral.

À minha supervisora, Profa. Dra. Josevânia da Silva, pela parceria e pelas contribuições fundamentais para a efetivação deste pós-doutorado e, por conseguinte, desta obra.

À Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), pelo espaço institucional que possibilitou o desenvolvimento das atividades que deram origem a esta publicação.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Fapesq), pelo apoio financeiro concedido, essencial para a viabilização deste trabalho.

Ao meu amigo Jonas Honorato, responsável pela diagramação, pela parceria profissional e pela colaboração na organização visual deste conteúdo.

Aos amigos e colegas, que contribuíram direta ou indiretamente com sugestões, apoio e trocas relevantes durante o processo, assim como, com sua paciência, me sustentaram quando eu mais precisei.

06 Introdução: Uma blindagem impossível

11 A violência cotidiana e suas faces

Quais são os tipos de violência?

20 A lógica da produção do cuidado e os/as profissionais de saúde: entre a obrigação e o (humanamente) possível

A neutralidade que macula: atravessamentos cotidianos inevitáveis

24 Sintonia mente e corpo: sofrimento, adoecimento psíquico e a Psicossomática

As doenças psicossomáticas: a franca relação entre processo saúde-doença e suas determinações sociais

29 Saúde Mental de Profissionais de Saúde no contexto de trabalho: e quando chega uma demanda de violência, como encaram?

Como ter saúde mental diante das condições concretas de trabalho?

Como a demanda de violência impacta na saúde mental dos/as trabalhadores de saúde?

Os Transtornos Mentais relacionados ao trabalho e a importância da prevenção

46 Práticas (Psico)Terapêuticas no contexto de Trabalho: cuidar de quem cuida

Das práticas (psico)terapêuticas, sofrimento e adoecimento psíquico de profissionais de saúde

53 Autocuidado e a crise civilizacional que aparece sob o fenômeno do descuido, descaso e abandono

Das estratégias para lidar com o momento vivido: a potência das redes de apoio e dos grupos de suporte

60 O compromisso com a saúde mental do/a cuidador/a como agenda fundamental

64 Referências

73 Anexos

Saber, reconhecer e agir!

75 Sobre as autoras



**INTRODUÇÃO:
UMA BLINDAGEM
IMPOSSÍVEL**

A violência é um tema comum à todas as pessoas. Quem nunca foi vítima, ou escutou falar sobre isso, ou ainda soube de alguma história envolvendo outras pessoas que provocaram a violência ou sofreram? Tem sempre uma história sobre o assunto no nosso repertório.

De tão comum na realidade das pessoas, existem programas de TV específicos que apresentam casos de violência cotidiana e que ocupam um horário especial na programação, a hora do almoço, justamente por gerar tanta audiência. Essa audiência se explica pela identificação com o tema. Saber sobre situações que atingiram violentamente outras pessoas é se ver espelhado em sua vida privada e/ou pública. É se dar conta da representação social que a violência tem e que mobiliza atenção, memória, comportamentos e emoções de todo mundo, a todo momento.

Quer dizer que somos capazes de nos reconhecer nas histórias de outras pessoas? Sim! Na verdade, infelizmente, ninguém está livre de ter passado por alguma situação assim. Pode até não ter tido consciência disso, ou seja, não saber que foi violência aquilo que sofreu, o que também tem explicação (e vamos falar sobre isso mais adiante), mas que sofreu, sofreu. Daí, é importante destacar a necessidade de saber nomear, identificar e diferenciar a violência, conhecer seus tipos, o que fazer diante de uma situação, etc., o que é fator primordial para a ação, denúncia e fim do ciclo de vitimação.

Portanto, é improvável que uma pessoa viva a sua vida sem conhecer a violência. Contudo, o fato de ser um tema comum, não significa que se torne leve. Pelo contrário! Carrega o peso do sofrimento (de quem sofreu ou testemunhou - direta ou indiretamente) e da própria violação de direito(s) em si, o que a define, conforme vamos apresentar adiante.

A violência impacta diretamente na qualidade de vida da pessoa vitimada e daquelas que estão a seu redor (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, colegas de escola, etc) e traz em seu bojo, a depender do tipo, lesões físicas, acometimentos psíquicos e violações morais, as quais vão culminar na necessidade de atenção e cuidados especializados nos serviços de saúde. Por consequência, torna-se uma questão de saúde, e então, uma questão também de políticas públicas de saúde. Ao envolver as políticas públicas, compreende ações e medidas correlatas, mas também os/as profissionais que desenvolvem o serviço de saúde, nos diferentes níveis de Atenção.

O perfil violento de uma sociedade é determinante para a configuração do serviço da assistência em todos os níveis de complexidade. Afeta diretamente quanto aos custos, a organização e aos profissionais da área da saúde, ademais, convoca intervenção

interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, buscando a promoção da saúde e prevenção da violência.

Ocorre que os/as profissionais de saúde também são pessoas com suas histórias sociais (certamente perpassadas pela violência), mas que são colocadas expostas ao tema e às situações de violência em seus campos de trabalho. As histórias dos/as usuários/as do serviço de saúde trazem nuances que conversam diretamente com as histórias desses/as profissionais.

Essa identificação pode gerar danos diversos, principalmente nos âmbitos psicológico e social. Quer dizer que uma demanda de violência atendida por um/a profissional pode mobilizar sua memória (lembrando de suas vitimações ou de alguém próximo, por exemplo), ou ainda sentimentos como a compaixão e solidariedade, capazes de sensibilizarem-lhes de maneira extrema, gerando outras consequências que impactam na sua saúde e bem-estar como o desenvolvimento de transtornos mentais (mais comumente ansiedade e depressão), como também, pode aumentar o risco de Burnout (esgotamento profissional).

Essa conexão de questões psíquicas oriundas de impactos de situações desagradáveis (ou violentas) é explicada, nesta Cartilha, pela Psicossomática. Portanto, a análise da relação profissional de saúde e demanda (pessoas e histórias) e, principalmente, os impactos que geram sofrimento ou adoecimento psíquico, repercutindo em suas vidas em todas as áreas, recebe o arcabouço dessa ciências para discussão.

São os/as profissionais de saúde que compõem uma das principais portas de entradas da violência nos serviços públicos ofertados. É a partir deles/as que as ações subsequentes são dirigidas. Daí a importância de se ofertar um serviço de qualidade não só para usuários/as, mas também que comungue com a saúde e bem-estar daqueles/as que desempenham a atividade laboral do cuidado.

Logo, **conhecer sobre a violência, cuidado e cuidar de si** torna-se peça chave para o desenvolvimento de ações em saúde adequadas. É sobre compreensão e modos de construir estratégias de enfrentamento nas mais diversas dimensões que se busca desenvolver os estudos sobre violência. Pela incidência, gravidade das consequências, amplitude de implicação, o conhecimento sobre o tema por parte dos profissionais que compõem o sistema de saúde, assim como a sensibilização acerca do problema por parte das entidades executoras de políticas públicas responsáveis pelo recebimento da notificação, podem compor ações de enfrentamento resolutivas.

A identificação da violência necessita de práticas de educação em saúde pulverizadas em ações e diálogos em todo o território. Tal

ação pode contribuir não somente para o enfrentamento, mas para a quebra de um ciclo de violência que, porventura, esteja ocorrendo devido a naturalização do comportamento violento na coletividade, expressos em sintomas graves com consequências sérias. Para Cecília Minayo (1992), no Brasil, a saúde e a doença são, sobretudo, questões sociais, o que quer dizer que precisam ser tratadas de forma contextualizadas, compreendendo-se suas vicissitudes.

Portanto, o objetivo desta Cartilha é reunir informações e conhecimentos necessários para uma atuação segura e de qualidade dos profissionais de saúde quando diante da demanda de violência que adentra as portas dos serviços de saúde, a fim de alcançar melhores condições de desenvolvimento de seu trabalho com o mínimo de dano gerado, reconhecendo, desenvolvendo e priorizando o autocuidado.

O público alvo que se deseja atingir com essa Cartilha é, prioritariamente, os/as profissionais da área de saúde (graduados e/ou em formação), mas também, pretende-se que seja acessível ao grande público, devido a informação apresentada sobre o tema e dos caminhos apontados, cumprindo com o compromisso ético e político de devolutiva social do conhecimento e, conseqüente, contribuição com as políticas públicas em geral.

Dessa forma, essa Cartilha está dividida em definição e caracterização de violência, para que o público compreenda e dimensione, a fim de identificar situações. Em seguida, abordamos o cuidado e o cuidado integral, analisando a lógica de que aquele/a que se predispõe a cuidar e curar, como os/as profissionais de saúde, deve sustentar o incômodo de seu mal-estar, de suas dores e sofrimentos, neutralizando as suas próprias demandas, especialmente àquelas que referem traumatizações que compõem a sua bagagem sócio-histórica pessoal. No próximo capítulo, enfocamos a Psicossomática enquanto ciência que estuda essa relação mente e corpo e seus acometimentos fisiológicos e psicológicos, enunciando sobre as principais doenças psicossomáticas que acomete os/as profissionais de saúde, especialmente, quando entram em contato com demandas tão complexas quanto é a violência. Então, abordamos a saúde mental de profissionais de saúde no contexto de trabalho, apresentando uma discussão sobre o limite entre o obrigatório e o possível no contexto do cuidado e do cuidar em saúde, além da importância de reconhecimento, legitimação e acolhimento da demanda de profissionais de saúde quanto ao sofrimento e adoecimento psíquico no campo do trabalho. Posteriormente, analisamos práticas (psico)terapêuticas possíveis para profissionais de saúde no contexto de trabalho, versando sobre o suporte e acolhimento

profissional especializado necessários, além da importância fundamental de uma rede de apoio saudável, que envolva os seus pares, a equipe de saúde multidisciplinar e também a instituição. Consecutivamente, abordamos o autocuidado, propriamente dito, com noções sobre o tema e indicativos de parâmetros contributivos para práticas mais assertivas de amparo de si, dimensionamento do problema e de potencial rede. Por fim, refletimos sobre a necessidade do compromisso com a saúde mental do/a cuidador/a como agenda fundamental, o que promove saúde para todos/as envolvidos/as e prevenção de agravos.



**A VIOLÊNCIA
COTIDIANA E
SUAS FACES**

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Para a Socióloga Heleieth, Heleieth Saffioti (2004, p. 17), a violência é “...ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, psíquica, integridade sexual, integridade moral...”. Já a filósofa, Marilena Chauí (1985, p. 04), diz que violência é a “...conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, exploração e pressão”.

E o que tudo isso quer dizer?

Que a violência tem a ver com a **violação de direitos** dos/as cidadãos/cidadãs, direitos esses que deveriam ser respeitados, garantidos e assegurados e não estão sendo. É na garantia dos direitos que se assegura condições de uma vida digna, segundo a nossa Constituição Federal. E mais! Que há um/a agente que está por trás disso, que, no caso, está provocando a violação. Esse/a agente pode ser um indivíduo, uma instituição, o próprio estado, uma entidade qualquer ou um grupo. O fato é que está se valendo do poder que tem para tal que pode ser pautado em força física, grau hierárquico, nível social (determinado pela classe, gênero e raça, por exemplo), etc.



IMPORTANTE!

Para se afirmar que um ato é ou foi “violento”, devem ser considerados critérios como: causar dano, usar a força (física ou psíquica), ser intencional ou ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano.

Ora, se todos/as somos iguais perante a Lei, por que há quem vitime outras pessoas?

Conforme já mencionado, nossa sociedade é estruturada em cima de desigualdades, as quais vão influenciar diretamente nos comportamentos. Essa estrutura se apoia em **matrizes de opressão** que fazem diferença entre pessoas quanto ao gênero (masculino, feminino, transgênero, não-binário, entre outros), raça (preto, pardo, branco, indígena e amarelo¹) e classe (miseráveis, baixa, média baixa, média, média alta e alta²).

¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

² O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), 2024

Quer dizer que a violência se constitui e se alimenta nas e pelas estruturas e subjetividades em diferentes espaços, como: família, escola, comunidade, trabalho e instituições. Portanto, é um fenômeno socialmente construído, enraizado na nossa sociedade, e que possui linguagens específicas.

Portanto, a **violência é uma questão social** e, então, não pode ser considerado um objeto exclusivo de um setor específico. Segundo a Socióloga Cecília Minayo (2004), pelo fato da violência determinar a qualidade de vida, torna-se diretamente associada à saúde.

E, se saúde refere ao bem-estar geral do indivíduo, em seus diversos âmbitos (pessoal, social, espiritual, físico, psíquico) estando, portanto, diretamente ligado aos direitos fundamentais, qualquer violação ou falta quanto a esses pontos se torna VIOLÊNCIA!

No entanto, a violência é um fenômeno complexo, que envolve fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos e, diante disso, qualquer ação ou estratégia que se planeje de enfrentamento ou análise desse fenômeno precisa também possuir essas múltiplas faces e fatores de vida concreta, como condições de vida, questões ambientais, trabalho, habitação, educação, lazer e cultura. Portanto, campanhas educativas, visando a ações de prevenção, segurança, melhoria dos registros ambulatoriais, hospitalares e à capacitação de recursos humanos para prevenção e atendimento às vítimas de violência, tornam-se importantes estratégias de enfrentamento. É justamente nesse contexto de contribuição que essa Cartilha se insere, sem interesse de encerrar qualquer debate, mas sim, pelo contrário, estimulá-lo cada vez mais.



IMPORTANTE!

A violência possui números de incidência alarmantes e diversos meios analisam esses dados. Porém, é importante que sejam notificados e denunciados para que se possa conhecer a realidade e contribuir com as políticas públicas!

Veja alguns dos números registrados:

- ◆ Disque Direitos Humanos (Disque 100) (MDHC, 2024ab³): aproximadamente 530 mil denúncias realizadas com cerca de 4,5 milhões de violações registradas⁴.
- ◆ Atlas da Violência (Cerqueira; Bueno, 2024): 40.464 de Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI).

Enquanto o Disque 100 registra denúncias oriundas de demanda espontânea, o Atlas da Violência tem como base para esse quantitativo os registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS), que correspondem aos óbitos causados por agressões adicionados às intervenções legais, segundo a décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Fora esse número de CVLI, há ainda o registro dos chamados homicídios ocultos, que são os óbitos classificados no SIM/MS como mortes violentas com causa indeterminada (MVCIs), mas que seriam homicídios (homicídios, suicídios ou mortes ocasionadas por acidentes, mas para as quais as autoridades não puderam ou não souberam estabelecer a real causa).



IMPORTANTE!

Violência é diferente de acidente! O acidente tem caráter não intencional e pode ser evitado com medidas de precaução e cuidado. Ou seja, há que ser feita uma análise e interpretação meticulosa.

Quais são os tipos de violência?

Tipificar a violência requer tomar referências, pois, a depender do documento norteador, a nomeação das formas de violência muda. Como essa Cartilha prioriza o contexto da saúde, a referência utilizada é a OMS, que, por sua vez, classifica a violência em três grandes grupos:

- ◆ **Violência Autoinfligida/Autoprovocada:** contra si mesmo/a como ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios;
- ◆ **Violência Interpessoal - Violência doméstica/intrafamiliar:** que ocorre entre pessoas com certo grau de intimidade (parceiros íntimos, entre os membros da família, com ou sem

³ Os dados são separados por semestres. Para essa cartilha 2024a corresponde aos dados do primeiro semestre e 2024b aos do segundo semestre.

⁴ Algumas denúncias possuem mais de um tipo de violação.

laço consanguíneo ou que ocupe a função parental). O ambiente principal é o doméstico, ou seja, em casa, mas não exclusivamente. É aquela ação ou não ação que compromete o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito de outro membro da família;

- ♦ **Violência Interpessoal - Violência extrafamiliar/comunitária:** ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. Pode ser definido, portanto, como qualquer atentado à integridade de alguém ou aos seus bens em âmbito social.

Quanto à natureza:

- ♦ **Violência Física:** É qualquer ação que ofenda a integridade ou a saúde do corpo, ex.: bater ou espancar, empurrar, atirar objetos na direção da pessoa, sacudir, chutar, apertar, queimar, cortar, ferir etc. É a mais facilmente identificada através das lesões, hematomas etc;
- ♦ **Violência Psicológica/Moral:** Ações ou omissões que resultem em um dano emocional, ex.: comportamentos, constrangimentos, humilhação, isolamento, mentiras sobre a/o vitimada/o, ofensas, acusações, e outras situações que venham desonrá-la e/ou causar prejuízo à saúde psicológica à vítima.
- ♦ **Violência Sexual:** Forçar a pessoa a fazer, manter ou presenciar ato sexual sem que ela queira, por meio de força, ameaça ou constrangimento físico ou moral, ex.: obrigar a fazer sexo com outras pessoas, a ver imagens pornográficas, induzir ou obrigar o aborto, o matrimônio ou a prostituição;
- ♦ **Tortura:** constranger uma pessoa com o uso de força ou grave ameaça, gerando dano físico ou mental, objetivando obter informação, declaração ou confissão dela ou de outra pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminosa, em razão de discriminação racial ou religiosa. Inclui também o ato de submeter alguém de maneira hostil e violenta, que está sob sua guarda, poder ou autoridade, a castigo pessoal ou medida de caráter preventivo;
- ♦ **Tráfico de Seres Humanos:** recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, sob o uso da ameaça, do rapto, da fraude, do engano, do abuso de autoridade, do uso da força ou de outras maneiras de coação, da situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. Pode acontecer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre

diferentes continentes;

- ♦ **Violência Patrimonial/Financeira/Econômica:** retirar o dinheiro conquistado pela pessoa com seu próprio trabalho; destruir qualquer patrimônio, bem pessoal ou instrumento profissional, ex.: destruir material para impedir que ela trabalhe, controlar o dinheiro gasto, obrigando-a a fazer prestação de contas, queimar, rasgar fotos ou documentos pessoais. É mais comum acontecer no contexto familiar, vitimando, principalmente, as pessoas idosas, mulheres e PCD (pessoa com deficiência);
- ♦ **Negligência/Abandono:** É o abandono, a falta de cuidados básicos e a falta de atenção e proteção, ex.: deixar vacinas em atraso, não levar ao médico, não fazer os tratamentos necessários, perder documentos importantes (ex: Certidão de Nascimento, Cartão da Criança, RG, CPF etc), a criança não estar matriculada ou não ir à escola, falta de higiene ou descuido na aparência, falta de supervisão dos responsáveis (terceirizar a responsabilidade deixando idoso e crianças com vizinhos, na rua etc.) acidentes domésticos evitáveis (quedas da cama, berço, janelas, escadas, banheiras; asfixias por objetos pequenos, brinquedos, travesseiros, fios de telefone, pedaços grandes de alimentos, cordão de chupeta etc), intoxicações (por medicamentos, alimentos, material de limpeza, veneno de rato, cosméticos, bebida alcoólica, etc.) queimaduras, atropelamentos e afogamentos (piscinas, lagos, praias, banheiras, baldes e vasos sanitários), não levar nas consultas marcadas, isolar a pessoa etc. Há também a autonegligência que é se colocar em situação de risco de maneira consciente que ameace sua segurança e integridade;
- ♦ **Violência por Intervenção Legal:** causada por agente legal público como representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função, com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte;
- ♦ **Violência Institucional:** refere às instituições públicas e privadas. É ocasionada no contexto da relação entre profissionais servidores junto ao/à paciente/usuário/a, podendo acontecer devido à: ineficácia e negligência no atendimento, discriminação (de gênero, étnico-racial, econômica, religião etc.), intolerância e falta de escuta, desqualificação do saber do paciente, uso de poder, massificação do atendimento etc;
- ♦ **Trabalho Infantil:** ações e atividades desempenhadas por

crianças ou adolescentes (com valor econômico direto ou indireto) impedindo-as de viver plenamente seu estágio do desenvolvimento (infância ou adolescência). São atividades realizadas por crianças e adolescentes de forma obrigatória, regular, rotineira, remunerada ou não, em condições adversas capazes de colocá-las em risco quanto ao crescimento e

- ♦ desenvolvimento saudável e seguro;

Autoextermínio/suicídio: quando alguém põe intencionalmente fim à própria vida.

- ♦ **Quanto ao grupo de vitimados/as:**

- ♦ Mulheres
- ♦ Crianças
- ♦ Jovens
- ♦ Idosos
- ♦ Indígenas
- ♦ Pessoas com Deficiência (PCD)
- ♦ População LGBTQIA+
- ♦ População Negra

Vale ressaltar que o risco de ser submetido à violência se torna maior quando a pessoa vitimada acumula o pertencimento a mais de um grupo dentre os mencionados, por exemplo, ser mulher, negra e transgênero (ou trans) oferta muito mais perigo de ser vitimada do que um homem branco cisgênero (ou cis). Isso se deve às matrizes de opressão que estruturam a nossa sociedade. Quer dizer que somos regidos/as pelos sistemas: *capitalismo*, que nos faz buscar cada vez mais sermos produtivos para que possamos ter poder de compra e, muitas vezes nos atropelamos, como, por exemplo, nos submetemos a horas de trabalho sem termos condições; *patriarcado*, que faz as mulheres serem diferenciadas e diminuídas em seus direitos diante dos homens e, por exemplo, exercerem a mesma função que os homens e receberem menores salários, ou que coloca as mulheres num lugar de subalternidade de forma que os riscos a invasão de nossos corpos se tornem muito maior do que a um homem, como poder sair diariamente em segurança sem se preocupar se seremos desrespeitadas; ou ainda pelo *racismo*, que trata de discriminar as pessoas tomando a raça como referência, por exemplo, achar que pessoas negras (pretas e pardas) têm menos direitos do que pessoas brancas, ou que merecem ocupar as vagas de trabalho mais braçais, ou numa disputa de vaga ela ser dispensada por conta da cor de sua pele etc.

O fato é que há uma matriz de opressão simultânea e contínua que se alimenta diariamente das reproduções de padrões de violência que a gente, inadvertidamente, deixa de criticar e só

reproduz. É uma demarcação social que atribui privilégios para um grupo e discriminação para outros. Está emaranhado na estrutura social, e compõe a história da civilização, e é justamente por isso mesmo que devem ser combatidos com muita crítica e ação!

Para isso, o olhar e a postura interseccional se tornam ferramentas importantes. É uma ferramenta que possibilita desvelar a maneira pela qual as opressões e as relações de poder se articulam na sociedade. Oportuniza a problematização acerca dos impeditivos sociais e políticos que dificultam as pessoas de certos grupos sociais de terem suas liberdades garantidas para viver seu dia a dia. Portanto, a interseccionalidade ajuda a proporcionar uma visão crítica da realidade.

É fato que essas violências estruturais que constituem a nossa sociedade orquestradas pelo capitalismo, patriarcado e racismo são adoecedoras. Adoecem as pessoas mentalmente e fisicamente. Se você não é essa pessoa, você já parou para perguntar para alguém que acumule características dos grupos populacionais mais vulnerabilizados do que outros, como é para ela viver a vida que ela vive nas condições que tem? Se ela se sente segura na sociedade que ela vive, no bairro, na escola, no trabalho? Se você for essa pessoa, sabe muito bem à que estou me referindo.

Além disso, vale ressaltar que os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) se convertem em importantes marcadores de condições sociais e de saúde que afetam as pessoas. Segundo a (OMS), DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) detalha um pouco mais quando afirma que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Discutir sobre os DSS é discutir sobre equidade e, por conseguinte, sobre iniquidade em saúde. Iniquidade em Saúde são desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 2000). Significa, portanto, assinalar as desigualdades que estruturam a sociedade, nutridas pelas matrizes de opressão, que têm por ofício a manutenção da assimetria de poder e dos privilégios de certos grupos populacionais, diante de outros, os quais lutam diariamente pela cidadania, a qual deveria ser um direito.

Destarte, vivenciar sucessivas histórias de violência pode levar a pessoa a se sentir tão vulnerabilizada a ponto de desejar não

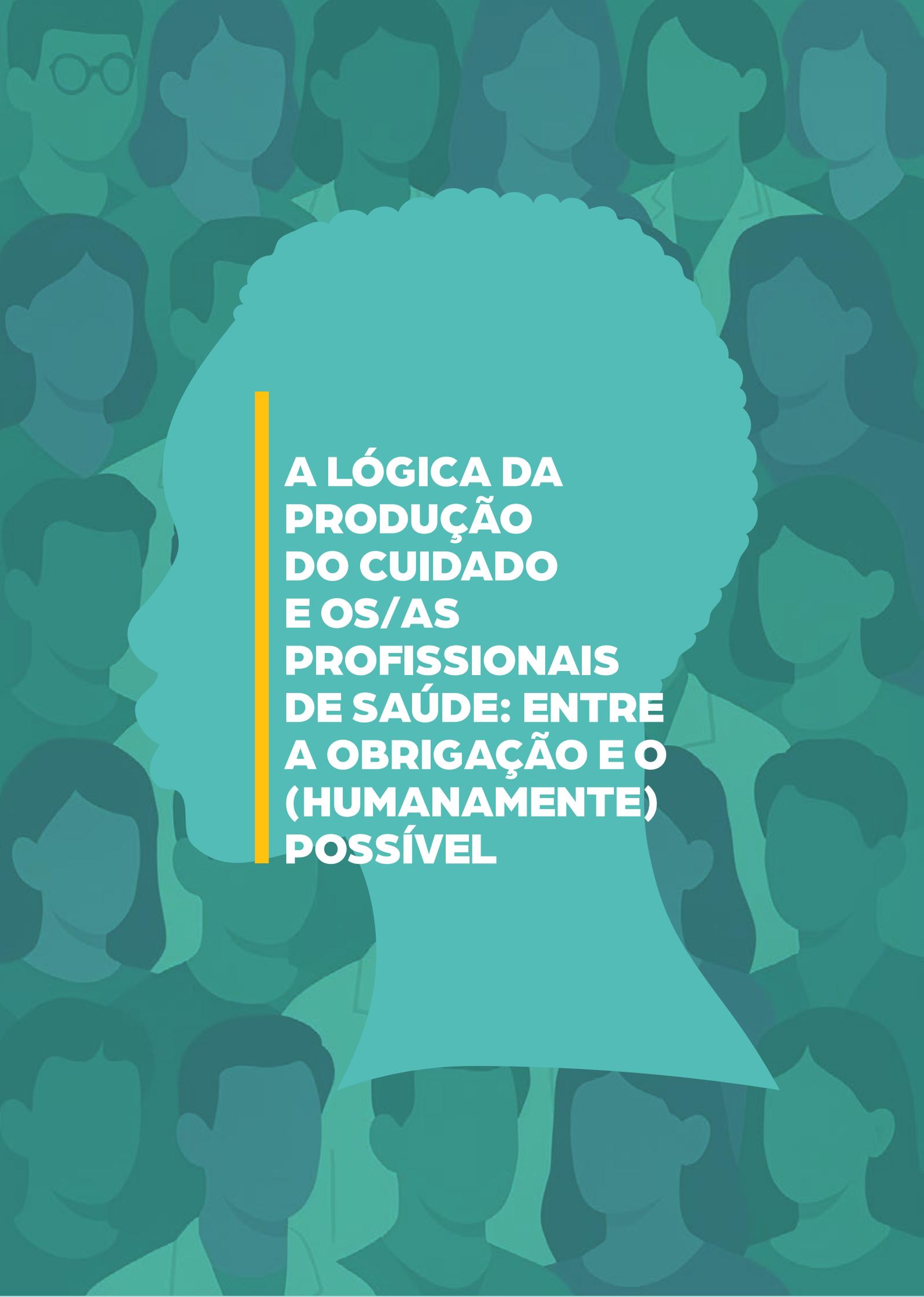
mais viver, para evitar passar pelas situações dolorosas diárias. E, por conta da estruturação social e histórica, nossa sociedade é caracterizada por, de fato, não desejar que certas populações vivam.



IMPORTANTE!

A violência é, sobretudo, um crime contra a liberdade da pessoa!

Enquanto profissionais de saúde há de se cuidar de pessoas, não importando raça/etnia, classe ou gênero. O nosso serviço é cuidar de pessoas ajudando no restabelecimento ou manutenção de sua saúde. O acolhimento de qualidade no encontro entre profissional e paciente oportuniza uma potência no caminho rumo à saúde, um caminhar mais saudável e agradável no Sistema de Saúde e um resultado mais positivo.



**A LÓGICA DA
PRODUÇÃO
DO CUIDADO
E OS/AS
PROFISSIONAIS
DE SAÚDE: ENTRE
A OBRIGAÇÃO E O
(HUMANAMENTE)
POSSÍVEL**

O cuidado é oriundo das interações entre usuários, trabalhadores da saúde e instituições. Estas relações, interações e encontros dirigem para o tratamento com qualidade pautados no acolhimento, vínculo e acompanhamento. Portanto, cuidado em saúde significa tratar, respeitar, acolher, atender a pessoa em seu sofrimento com “...qualidade e resolutividade de seus problemas” (Pinheiro, 2009, p. 113).

O cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do Sistema de Saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o 'direito de ser'. Pensar o direito de ser na saúde é ter 'cuidado' com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao/à usuário/a participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (Pinheiro, 2009, p.112-113).

O cuidado integral, por sua vez, significa cuidar da pessoa como um todo, considerando todos os aspectos da saúde e do bem-estar (saúde física, saúde mental, bem-estar social, promoção e prevenção), para além da concepção apenas de ausência de doenças. Para um estado completo de bem-estar há de se considerar todas as dimensões da vida que podem influenciar a saúde, como ambiente, estilo de vida, relações sociais e outros.

O foco da atenção integral e contínua das pessoas em todo o curso da vida (do nascimento à velhice) considera que cada fase é marcada por mudanças físicas, emocionais, sociais e cognitivas. Portanto, o cuidado integral depreende assistência humanizada que toma como referência o respeito à diversidade e à equidade, legitimando opiniões, desejos e decisões das pessoas nos cuidados em saúde. Com base na consideração do curso da vida, gestores públicos, profissionais das políticas sociais e, especialmente, trabalhadores da saúde, são capazes de organizar e planejar intervenções mais assertivas e adequadas às necessidades das diferentes fases da vida, promovendo a saúde das pessoas e prevenindo doenças.

A neutralidade que macula: atravessamentos cotidianos inevitáveis

“Curar ocasionalmente, aliviar frequentemente e consolar sempre” (Ambroise Paré apud Barros Filho, 2007, p.1)

Como já discutimos anteriormente, somos todos/as

atravessados/as pelas histórias dos outros, ainda mais quando se trata de violência. Portanto, torna-se fato que a neutralidade no encontro entre as subjetividades no contexto do Sistema de Saúde é impossível. Afinal, quando nos encontramos com as pessoas e escutamos suas queixas ou alegrias somos envolvidos/as naquela realidade. Por conseguinte, como manter uma postura e perspectiva decolonial diante das pessoas que buscam o serviço de saúde sem nos envolvemos tanto?

A resposta para essa questão está na prática, na experiência. Portanto há de se buscar não se vestir de uma neutralidade impossível e se convencer de que, em campo, há de se cuidar de si e de suas próprias demandas enquanto profissionais para evitar a projeção nos outros/as.

A projeção é o processo espontâneo em que os conteúdos do inconsciente de alguém são percebidos e direcionados para outras pessoas ou objetos. É o conjunto de sentimentos e reações mobilizados em alguém, não exatamente pela pessoa “real” da relação (com a qual está se relacionando no momento da projeção), mas pelas distorções perceptuais dele que determinam a maneira pela qual “vê” a outra pessoa.

Nesse contexto de discussão sobre violências, a neutralidade nas intervenções torna-se exatamente uma expressão da maneira de se produzir violências através de uma colonização discursiva que localiza a outra pessoa (no caso o/a paciente, o/a usuário do serviço) como objeto, passiva e reduzida às análises técnicas do saber personificado na epistemologia violadora (Lane; Codo, 2001).

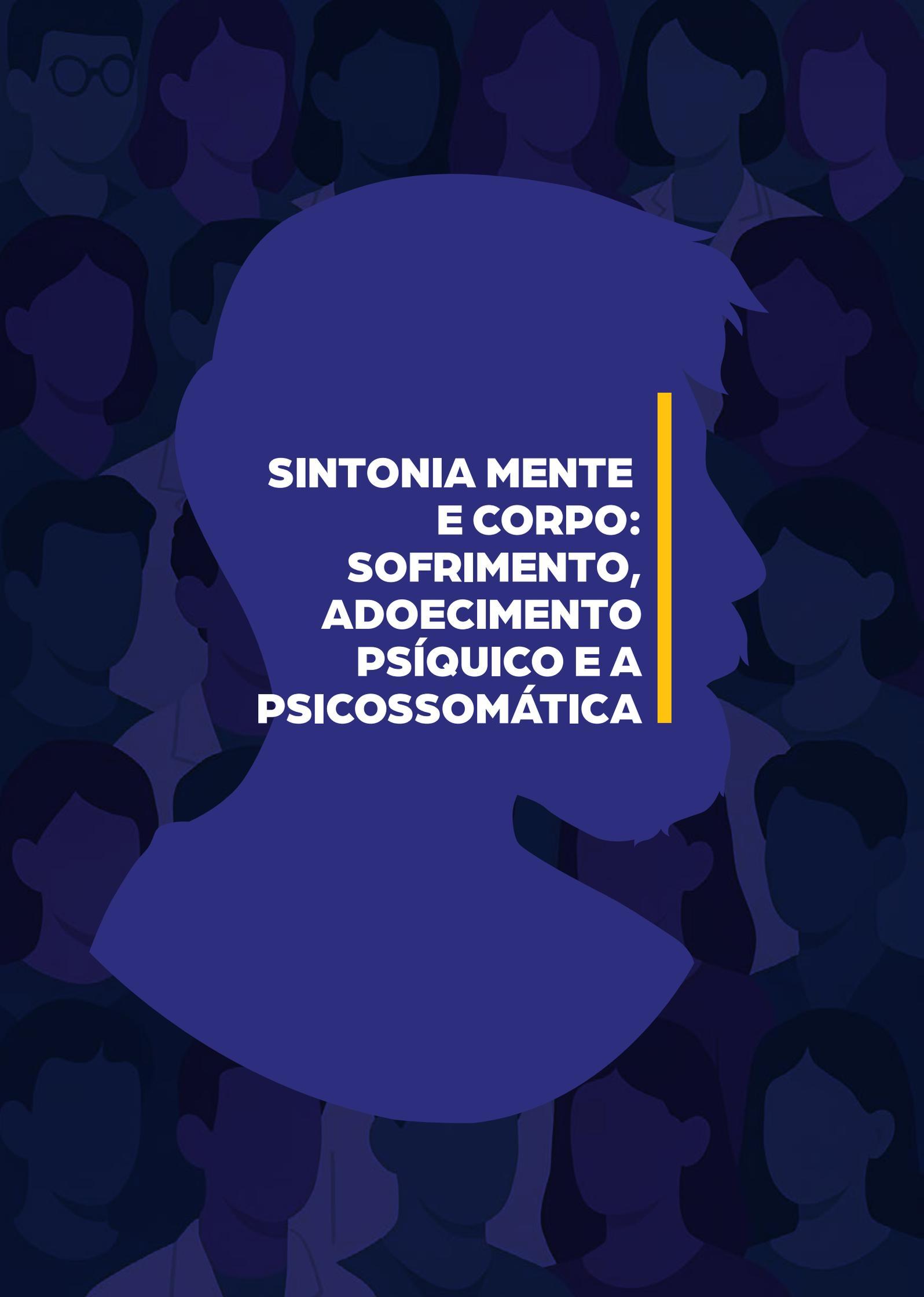
O saber técnico em nada sobrepõe o saber sobre si que toda pessoa tem, portanto, o saber da pessoa sobre si importa e muito! Isso porque, essa pessoa que deverá estar no centro do cuidado será protagonista, será sujeito ativo no seu processo. “...Afinal, quem sabe mais da doença o médico ou o paciente? Se o médico a conhece por estudá-la, o paciente a está sentindo. É dos saberes complementares que se constrói a cura” (Boulos, 2014, p. 60). Portanto, a parceria e a autonomia são características que devem ser alimentadas nesse processo do cuidado.

Ainda sobre essa postura de saber técnico, há de se atentar para um efeito muito comum que impacta nas ações de profissionais de saúde diante de situações de violência: o ímpeto de resolver o problema. Nesse cenário, o/a profissional se desloca do objetivo de acolher, ajudar e auxiliar a pessoa e se expõe comprometendo-se, inclusive, eticamente. Urge que se atente à ilusão da blindagem de si confiando em seu saber técnico, para que não sejam surpreendidos/as por consequências pessoais impactantes. Para isso, torna-se imperioso que as instituições

apoiem seus/suas profissionais de saúde e conheçam suas vicissitudes:

...as instituições de saúde não podem esperar que os trabalhadores tornem-se heróis solitários, que deem conta sozinhos de problemas tão complexos que definem a possibilidade de uma vida melhor para pessoas, famílias e amigos, sem um apoio institucional. O envolvimento com os usuários e com sua construção existencial é algo que, em diversos momentos, demanda uma implicação de si que pode beirar o insuportável para alguns trabalhadores. (Oliveira et al, 2016, p. 281).

Os/as profissionais precisam ser reconhecidos/as em suas humanidades e estimulados a tal, para que se tornem melhores acolhedores de outros/as humanos/as no contexto de trabalho. Que sejam acolhidos de forma a sustentarem estados de saúde mental que lhes potencializem encontros com os/as pacientes cada vez mais saudáveis: “...O profissional que atua somente como bom técnico deixa de utilizar boa parte do seu potencial terapêutico, a sua dimensão humana” (Canello, 2010, p. 524).



**SINTONIA MENTE
E CORPO:
SOFRIMENTO,
ADOCIMENTO
PSÍQUICO E A
PSICOSSOMÁTICA**

A Psicossomática (do Grego: *psyche* = alma e *soma* = corpo), segundo Júlio Mello Filho *et al* (2010, p. 29) é “uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de saúde, é um campo de pesquisas sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, uma prática, a prática de uma medicina integral”.

É, portanto, uma ciência que tem como seus pilares conhecimentos da Fisiologia (em especial, da Psicofisiologia), da Psicologia Social, da Patologia Geral, das Psicologias Dinâmicas (destaque para a Psicanálise) e das concepções holísticas. Portanto, traz em seu bojo uma proposta metodológica de abordagem interdisciplinar, que olha diferentes subsistemas de uma mesma pessoa, em âmbitos distintos (biopsicossocial) e de maneira concomitante. Notadamente, contribui e afirma a necessidade e a importância da proposta da assistência integral ao indivíduo.



VOCÊ SABIA?

Nos últimos 20 anos o perfil epidemiológico vem mudando, pois, os índices de violência e de acidentes vêm ultrapassando as doenças degenerativas e infecciosas no que se refere a taxas de mortalidade e morbidade. As pessoas têm adoecido cada vez mais de doenças psicossomáticas oriundas justamente das condições de vida, dos acidentes e das violências.

As doenças psicossomáticas: a franca relação entre processo saúde-doença e suas determinações sociais

Doenças psicossomáticas são um tipo de doença caracterizado como qualquer doença do corpo, isto é, física, que se inicia ou se potencializa pela ação de fatores psicossociais no seu desencadeamento, evolução e agravamento. Diante disso, assinalamos a importância e a necessidade de considerar o olhar e a postura interseccional para a análise das situações de saúde.

Portanto, doenças psicossomáticas são aquelas provocadas por questões emocionais, ou seja, que têm sua origem sempre emocional, mas se manifestam como sintomas no corpo. Quer dizer que os fatores emocionais contribuem diretamente para o aparecimento de sintomas físicos ou agravar aqueles já existentes. São, portanto, sintomas físicos que aparecem no corpo oriundos de doenças invisíveis, ou seja, que não existem organicamente. Resultam de conflitos mentais, de problemas não resolvidos, de

emoções não elaboradas.

As doenças psicossomáticas decorrem da relação entre a dimensão coletiva do processo saúde-doença e suas determinações sociais. Quer dizer que para e na sua análise deve-se considerar as estruturas sociais, pensando-as como um dos “fatores de risco” na cadeia etiológica das doenças. Portanto, deve-se considerar os DSS e as iniquidades em saúde, que já mencionamos.

Dente os sintomas psicossomáticos mais comuns estão:

- ◆ Dispneia (falta de ar);
- ◆ Alterações gastrointestinais (náuseas e diarreias);
- ◆ Taquicardia (coração acelerado);
- ◆ Fadiga (cansaço e indisposição);
- ◆ Prurido (coceiras);
- ◆ Tremores das extremidades;
- ◆ Manchas na pele.



VOCÊ SABIA?

Trauma pode ser compreendido como uma ocorrência na vida de alguém definido pela intensidade, pela incapacidade em que se encontra a pessoa de responder à situação de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos que provoca na organização psíquica (Laplanche; Pontalis, 1976).

Uma projeção comum, e que pode ser entendida a partir da Psicodinâmica da Transferência e Contratransferência, é quando o/a profissional de saúde bate de frente com uma situação em que é

obrigado/a lidar com a confrontação à sua pretensão onipotente que a irreversibilidade de certas doenças (como aquelas crônicas) traz, como, por exemplo, a sua pretensão de controle da doença e da morte. Isso porque uma das projeções transferenciais mais comuns que pacientes fazem para seus/suas cuidadores/as é criar e manifestar a expectativa de que o/a profissional o/a livre daquele mal-estar em uma ação onipotente e definitiva o que, em quadro crônico, por exemplo, conduz a um estado repetido de frustração.



VOCÊ SABIA?

Transferência e Contratransferência: são termos oriundos da teoria freudiana que estão contidos na dinâmica psíquica (Psicodinâmica) estudada por Sigmund Freud. Neste

caso, referem uma dinâmica que acontece no encontro subjetivo entre pacientes e profissionais de saúde no contexto do cuidado, mas num âmbito inconsciente. Um conjunto de sentimentos e reações mobilizados no/a paciente (transferência) ou no/na profissional de saúde (contratransferência), não exatamente pela pessoa "real" da relação (profissional de saúde-paciente), mas pelas distorções perceptuais daquele que projeta que determinam a maneira pela qual esta/e a/o "vê". São, portanto, distorções oriundas de antigas percepções e padrões estereotipados de reação que a/o pessoa que projeta desenvolveu em sua vida, no relacionamento com pessoas significativas (Zimmerman, 2010).

Projeções comuns o contexto de trabalho em saúde:

♦ *Na/o Profissional de Saúde: hostil, rejeitador/a, censurador/a, crítico/a ou sedutor/a.*

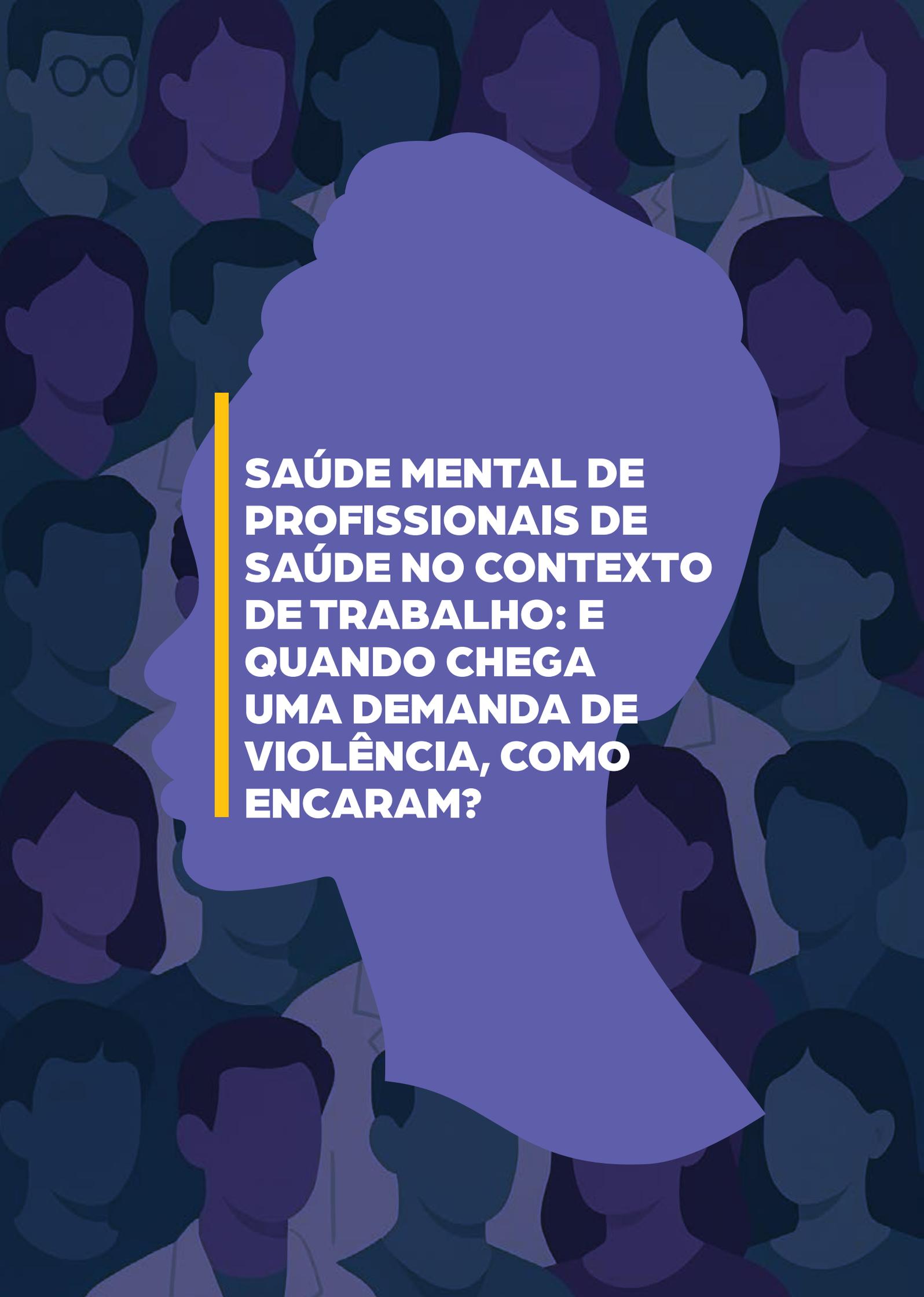
♦ *No/a paciente: insubordinado/a - profissional de saúde se sente pessoalmente atacado/a, desprestigiado/a e ofendido/a - comportamento reativo: autoritária/o e prepotente.*

O contato com vítimas de trauma, com frequência, gera sentimentos contratransferenciais intensos naqueles/as profissionais que realizam o atendimento. Isso se deve ao simples fato de estarem diante das pessoas em estado de intenso sofrimento psíquico, mas também pelo fato de as situações traumáticas fazerem emergir as fragilidades e a impotência presente nos/as profissionais enquanto pessoas comuns.

Diante dessa situação, o/a cuidador/a poderá ser conduzido/a à reações tais como a franca intolerância ou a rejeição propriamente dita do/a paciente ou de sua história e que pode ser expressa como desinteresse, abandono, esquecimento, pressa no atendimento ou na conduta, espaçamento exagerado nos atendimentos, etc., como se a manutenção do quadro mórbido representasse para o/a profissional de saúde uma afronta pessoal.

Por exemplo, diante de uma situação de irreversibilidade de uma doença crônica ou de um estado qualquer de um/a paciente, o/a profissional de saúde (especialmente médicos/as e psicoterapeutas) precisa lidar com a sua fantasia de onipotência frente à doença. Importante também que possa lidar satisfatoriamente com suas próprias perdas e que dê conta de suportar os ataques e a rebeldia do/da paciente contra si e contra o tratamento sempre que possível. Embora não signifique que seja

fácil, há como alcançar esse resultado. Primeiro de tudo, é necessário que se conceba como humano/a e que tem suas peculiaridades, fragilidades e vicissitudes. Em seguida, conceber a importância e centralidade da saúde mental para um bem-estar mais completo, não negligenciando as suas demandas pessoais, atuais e históricas, principalmente quando diante de demandas que envolvem violência. O quanto você está preparado/a para isso no seu trabalho?



**SAÚDE MENTAL DE
PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NO CONTEXTO
DE TRABALHO: E
QUANDO CHEGA
UMA DEMANDA DE
VIOLÊNCIA, COMO
ENCARAM?**

É inegável a dificuldade de identificação de certas violências quando adentram as portas dos serviços de saúde. Como já mencionado antes, muito se deve ao fato de não nos sentirmos capazes de lidar com um tema que tanto nos mobiliza (dada a sua universalidade já discutida) e/ou pelo fato de não nos sentirmos prontas/os para dar de cara com situações que evocam nossas próprias experiências dolorosas do passado. Nesse cenário, adiciona-se ainda a realidade dos/as profissionais de saúde não contarem com uma formação apropriada, o que faz emergir uma lacuna ou limitação característica dos currículos de sua graduação (Almeida; Silva; Musse; Marques, 2012; Cocco *et al.*, 2010). Conseqüentemente, a notificação por parte dos/as profissionais das Políticas de Saúde que contribuiria com o enfrentamento à violência e implementação de políticas públicas futuras, não acontece.

Abordar a falta de formação ou formação insuficiente de profissionais de saúde é referir “... a falta ou pouca formação educacional nos currículos e instituições de ensino superior ou de educação permanente dos profissionais de saúde por parte das instituições empregadoras...” (Lima *et al.*, 2021, p. 159). Portanto, dentre os problemas que podem dificultar o enfrentamento da violência e que culminam na dificuldade de identificação da violência está para além do desconhecimento do que rege a legislação quanto à obrigatoriedade e à importância da notificação (Egry; Apostólico; Moraes, 2018; Silva *et al.*, 2011). Significa dizer que as instituições de ensino que os/as preparam, assim como as instituições de saúde que os absorvem têm responsabilidade em sua formação, seja na graduação, seja como Educação Permanente.

É através da formação adequada que os/as profissionais de saúde conseguem níveis de segurança técnica que podem servir como algum suporte emocional para lidar com o tema da violência. Isso porque com a qualificação dos/as profissionais o impacto positivo se incide também na organização dos serviços de saúde, e conseqüente transformação das práticas em saúde, por meio da formação e do desenvolvimento dos/das profissionais e trabalhadores/as da saúde. É uma maneira de articular a integração entre ensino e serviço, objetivando o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS (Brasil, 2004).

Sendo assim, um grande desafio também circunscreve aqui como o papel de multiplicadores que os/as profissionais de saúde têm no lugar de educadores/as, no que se refere a comportamento de saúde, ou seja, dar continuidade ao projeto com suas respectivas equipes, visando também possibilitar a participação da comunidade nas estratégias a serem desenvolvidas com a finalidade de enfrentamento. Por isso, a informação aqui proposta se constitui como capaz de gerar acolhimento e segurança no

seguimento no Sistema de Saúde.

Como ter Saúde Mental diante das condições concretas de trabalho?

“No mundo do trabalho em saúde a principal finalidade que governa a construção dos atos produtivos é a produção do cuidado.” (Merhy, 2013, p. 255).

Quando falamos de saúde mental de profissionais de saúde, referimos a realidade dos cuidadores que dão conta de lidar e reconhecer (para diagnosticar e cuidar) o sofrimento alheio. Além de terem que lidar com as demandas convocadas por seu ofício como a dor, o sofrimento, a limitação e a finitude, há de se focar na rotina de trabalho que têm e nas condições laborais que enfrentam, que estão entre as principais causas de problemas na saúde mental dos/as trabalhadores/as em saúde: como são as atividades que exercem? Como estão organizadas? Sua função é valorizada? Quanto à carga e ao ritmo do trabalho, estão dentro do possivelmente saudável? Como é a relação quanto às horas trabalhadas e períodos de descanso? E sobre a qualidade dos relacionamentos interpessoais que permeiam seu cotidiano? E a relação com a liderança, como é a pressão? Como é a relação com a instituição onde trabalham? Enfim, qual é o sentido do trabalho para eles/as?

O trabalho marca a existência da pessoa. Constitui um meio de produção e lucro para a sociedade e para o indivíduo. Através do trabalho as pessoas buscam sua valorização pessoal e satisfação como um ser produtivo e provido de capacidade intelectual. Nesse sentido, investigar sobre as relações entre o estresse ocupacional, o sofrimento psíquico e a saúde mental dos/das diferentes profissionais de saúde torna-se extremamente necessário e importante.

Quando o trabalho é extremamente gerador de estresse, pode produzir apatia, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, irritabilidade e ansiedade; provoca ainda despersonalização e inércia, acarretando queda na produtividade de, no desempenho e na satisfação do trabalhador. (Senço, et al, 2015, p. 143)

No entanto, discutir sobre a saúde mental do/a trabalhador/a no ambiente laboral é também pensar sobre organização da atividade laboral, a valorização da participação do/a profissional de saúde nos planejamentos institucionais. Afinal de contas, são eles/elas que exercem as funções de imediato e constante contato com o público usuário do serviço. A participação em planos institucionais pode ser um excelente caminho para tirar a situação de saúde mental dos/as trabalhadores/as, no que podem contribuir para a adequação da carga de trabalho, evitando sobrecargas,

desencadeadoras de risco para o estresse e os subsequentes acometimentos psíquicos já mencionados, os quais são compartilhados por Médicos/as, Enfermeiros/as, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos/as, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos/as, Nutricionistas, Assistentes Sociais e Farmacêuticos/as, etc., além dos/as Residentes, Estagiários/as e Estudantes dessas ocupações.

Significa um convite para as instituições de saúde para que se afastem um pouco do modelo enrijecido, formal e burocrático e se configurem mais humanizadas, com canais de comunicação abertos. É se disporem a discussão acerca das condições de trabalho vigentes mediante participação ativa dos/as técnicos/as e que, por sua vez, conseguem contribuir com a apreciação concreta da realidade.

...Instituições caracterizadas frequentemente por uma estrutura formal e burocrática, que dificulta a comunicação entre as pessoas, além de expor seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. (Senço et al, 2015, p. 144)

Os/as trabalhadores/as de saúde estão expostos/as a elevadas demandas psicológicas no contexto do trabalho, o que contribuem diretamente para os fatores de estresse ocupacional e significativa incidência de transtornos psiquiátricos. Nesse sentido, torna-se imperioso que se produzam planos de intervenção buscando melhorar suas condições gerais de trabalho e disposição de suporte social à estes/as.

Entre trabalhadores de saúde de nível superior, os achados da literatura (Meleiro, 2015; Senço et al., 2015) apontam os/as médicos/as como principais vítimas de morbidade psicológica, apresentando comportamentos como dependência de álcool, estresse e depressão. São eles/as também que mais fazem uso de psicotrópicos ou drogas ilícitas, que mais apresentam distúrbios do sono, licenças e afastamentos da atividade laboral por problemas psicopatológicos, transtornos depressivos e ansiosos e, até mesmo, ideação suicida.

Acerca da dependência química entre os/as profissionais da saúde, David e Rocha (2015) afirmam que dentre as drogas mais utilizadas por eles estão álcool, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes. Dentre as consequências estão o desemprego do/da profissional, problemas no casamento ou separação, problemas judiciais junto ao órgão profissional e também problemas não relacionados à prática profissional.

Em estudo realizado sobre a influência social, econômica e ambiental no processo saúde-doença envolvendo suicídio entre estudantes de medicina e Médicos/as, Costa e colaboradores (2020)

analisaram que a vulnerabilidade psicológica desses/as profissionais é permeada por fatores externos como "...a dependência financeira, pressão por alto rendimento, intensa atividade intelectual, sobrecarga horária e distúrbios de identidade narcisista são, de fato, contribuintes, quando aliados à sensibilidade psicológica, na decisão de cometer suicídio" (p.138).

Outro grupo de trabalhadores/as em saúde de nível superior que merece atenção, por causa da incidência de adesão a uso de medicamentos sem prescrição, são profissionais da área de Enfermagem. Suas rotinas desgastantes e que precisam ser realizadas em equipe, o que pode provocar desgastes e até rompimentos na equipe, e também a falta de confiança do colega de trabalho. É comum enfrentarem a insuficiência de recursos humanos na equipe, gerando sobrecarga, ou ainda a realidade de terem vários empregos. São fatores que configuram condições inadequadas de trabalho. O resultado disso é um elevado nível de tensão, angústia e ansiedade entre si, com faltas, abandono de tarefa e de emprego frequentes.

Dentre os/as profissionais de nível médio que também merecem destaque no que se refere a adoecimento psíquico, além dos/as técnicos/as de enfermagem, estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na Atenção Primária à Saúde (APS). São profissionais que, por compartilharem do mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo comunitário de sua população atendida, convivem com os aspectos positivos e negativos de seus/suas vizinhos/as. Lidar com os limites da vida pessoal e o vínculo estabelecido com a comunidade torna-se um dever, muitas vezes, difícil. Por exemplo, frear o ímpeto de querer resolver os problemas da comunidade assistida ou, ao menos, dar respostas pode gerar um nível de sofrimento importante. Outro exemplo, é a clareza no que se refere a definição de seu papel e de vínculos que precisam ou não ser estabelecidos, pois muitas vezes sentem-se confusos e com dificuldade de desenvolverem seus ofícios. Além do que, muitas vezes, essa pressa em resolver os problemas identificados na comunidade está diretamente ligada ao medo de adoecer ou que seus familiares, que fazem parte da comunidade, adoeçam (ROSA *et al.*, 2012).

O fato é que os/as profissionais de saúde lidam diariamente com demandas humanas de limites quanto à saúde e doença, com as quais, fatalmente, podem se identificar. Essas demandas vão desde as angústias dos pacientes até o processo de finitude da vida. Adiciona-se o fato de, muitos deles/as, terem que lidar com a pressão

de tomarem decisões imediatas e de maneira precisa, no afã de evitar complicações graves ou fatais.

Nesse sentido, o trabalho pode gerar um desgaste físico, emocional e mental, o que pode levar à apatia, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, irritabilidade e ansiedade. A vivência dessas reações pode resultar em despersonalização e inércia, o que pode refletir em queda na produtividade, no desempenho e na satisfação do/a profissional.

Nessa direção, imagine ainda ter que lidar com a demanda de violência, sendo este um tema tão humanamente comum? Fatalmente, pode afetá-los/as de maneira que se configure num contexto em que se torna quase impossível manter a saúde mental.

Como a demanda de violência impacta na saúde mental dos/as Trabalhadores/as da saúde?

Conforme já trouxemos aqui, é exatamente pelo fato de serem pessoas compostas por bagagens sociais construídas historicamente que não se furtam da experiência de situações de violência ou eventos violentos que se supõem esses impactos. Ou seja, que há impacto, isso há sim. Mas a forma com que impacta, vai depender de como essas pessoas vivenciaram essas experiências e como guardaram isso em suas bagagens.

Quer dizer que assistir cenas da violência praticadas contra alguém pode desencadear lembranças da própria vitimação ou da vitimização de alguém que lhe é cara. Ocorre que a gente tende a associar os eventos, o que pode gerar aumento do sofrimento subjetivo que a situação anterior causou com a revivência dos sentimentos e sensações desencadeadas ao presenciar uma situação de violência qualquer. A intensidade do impacto se dá diretamente proporcional ao histórico de estruturação emocional que essa pessoa teve, ou seja, se teve condições de acolher a sua própria demanda de sofrimento e dor. É nesse lugar que os/as profissionais Psis (Psicólogos/as e Psiquiatras) se fazem imprescindíveis.

Quando os/as profissionais de saúde têm suas memórias de dor e sofrimento causados por histórias anteriores cuidadas se torna um benefício que se propaga por todas as pessoas ao redor. Quer dizer que profissionais equilibrados/as emocionalmente, com cuidados de amparo às suas subjetividades e sofrimentos, podem desenvolver melhores serviços no cuidado com os/as outros/as e suas dores. Significa dizer que ter sido acolhido/a impulsiona sobremaneira a qualidade do acolhimento que pode entregar em seu trabalho. E os/as usuários/as do serviço de saúde, por sua vez, podem ter profissionais mais concentrados/as e em condições de

lidar com o tema universal e tão mobilizador que é a violência.

Quando os os/as profissionais não recebem/receberam acolhimento necessário para as suas próprias histórias de sofrimento quanto à violência e precisam atender essa demanda, podem ficar altamente mobilizados/as. Nesse caso, é importante destacar que, além do que já foi dito acerca da qualidade e condições de cada um enquanto pessoa, há também que destacar que a necessidade imperiosa de adaptação à situação mediante a obrigatoriedade de desempenho de suas funções fatalmente os/as levará a reações de estresse. A potência ou o prolongamento do agente estressor poderá levar à doença ou maior predisposição ao desenvolvimento de doenças. Isso porque a pessoa fica submetida a um desgaste intenso associado ao ambiente de trabalho, o que, segundo Rodrigues e França (2010, p. 119), constitui o mais significativo fator de determinação de doenças.

Fisiologicamente, as memórias afetivas (sistema límbico, hipotálamo conectados com o córtex cerebral) que as pessoas têm de situações de estresse anteriores aumenta sobremaneira o potencial nocivo da situação vivenciada no presente. Dentre os sintomas e sinais que o corpo passa a apresentar estão:

- ◆ Dermatológicos: eczema, urticária, infecções, acne, alopecia, alergias;
- ◆ Cardiológicos: hipertensão, taquicardias, sensação de bloqueio ou punção cardíaca, alterações na parede dos vasos sanguíneos;

- ◆ Gastrintestinal: síndrome do intestino irritável, constipação e/ou diarreia, úlceras digestivas, gastrite, azia, e outras alterações inflamatórias;
- ◆ Neurológico: perdas de memória; perda da visão temporária ou da mobilidade de algum membro, desmaios;
- ◆ Respiratórios: asma brônquica; manifestações alérgicas diversas;
- ◆ Reprodutivos: dismenorreia, distúrbios menstruais, impotência sexual, infertilidade, perturbações sexuais;
- ◆ Comprometimento do sistema imunológico;
- ◆ Alguns tipos de doenças renais;
- ◆ Algumas alterações tireoidianas;
- ◆ Dores de cabeça intensas, como enxaquecas;
- ◆ Artrites reumáticas e reumatóides, dores musculares;
- ◆ Queda excessiva de cabelo;
- ◆ Insônia ou dificuldade de descansar/desacelerar;
- ◆ Dentre outras.

- ◆ Ansiedade;
- ◆ Irritabilidade;

◆ No âmbito psicológico, os profissionais expostos a situações

- ◆ Tristeza ou depressão;
- ◆ Falta de interesse nas atividades diárias;
- ◆ Exaustão ou Síndrome Burnout (esgotamento profissional);
- ◆ Ideação e/ou comportamento suicida, suicídio;
- ◆ Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT);
- ◆ Entre outros.



IMPORTANTE!

Esses sintomas e sinais podem apresentar-se mais potentes quando há histórias de violência em sua bagagem.

O fato é que não existe uma causa única para o desenvolvimento de uma doença psicossomática, depende de uma predisposição pessoal e orgânica, **em como o seu corpo e o seu psicológico interagem e reagem diante de determinadas condições e/ou situações de vida.** Certas psicopatologias podem facilitar o desenvolvimento da somatização, ou seja, da presença de sintomas no corpo de origem psíquica como a depressão, a ansiedade e o próprio estresse. Além disso, situações que estão ligadas ao desenvolvimento desses transtornos psí. Além disso, situações que estão ligadas ao desenvolvimento desses transtornos psíquicos também podem favorecer o aparecimento de sintomas físicos, como:

- ◆ Sobrecarga profissional levando ao esgotamento(Burnout);
- ◆ Eventos traumáticos prévios (seja na infância ou na vida adulta);
- ◆ Histórias de vitimação por violência psicológica, física ou sexual ou até mesmo o encontro com vítimas que adentram às portas do sistema de saúde;
- ◆ Sofrimento psicológico relacionado à dificuldade de abordar ou falar sobre o tema ou experiência;
- ◆ Isolamento social no próprio ambiente de trabalho, social e/ou na vida privada.

Um outro fator que merece destaque é a projeção de suas histórias de vida e maneiras de lidar com a situação em questão, podendo ser expressas em: comprar a briga, revanchismo, encerrar o próprio ciclo ou negociar o seu trauma através da situação de outra pessoa. É necessário que possa lidar satisfatoriamente com suas próprias demandas emocionais e com as perdas, e, então, poder lidar com os conteúdos e situações de transferência de pacientes projetadas em si, aumentando o seu autoconhecimento e, por conseguinte, o lastro de tolerância para suportar, por exemplo, as dificuldades relacionais, como os ataques e a rebeldia do/a paciente contra si e contra o tratamento.



IMPORTANTE!

Negar ao paciente o direito de se queixar ou de construir seus sintomas pode ser a expressão da incapacidade virtual do/a profissional de saúde em lidar satisfatoriamente com a mesma perda.

A importância desse espaço de desenvolvimento das queixas também se faz para os/as profissionais. É comum que não se percebam como demandante de cuidados, já que são cuidadores/as. Aliás, o cuidado com/de cuidadores ocupa parte significativa de estudos científicos e pautas propostas de diálogos em espaços laborais. No entanto, ironicamente, parece que os/as próprios/as profissionais não encontram tempo e espaço em suas agendas para se dedicarem a essas temáticas, mesmo diante de ofertas acessíveis.

Ademais, o modelo de saúde vigente trata mais os/as profissionais como vendedores/as de saúde, comercializando a cura, desumanizando-os/as do que promovendo espaço para a sua sensibilidade e solidariedade humana. Aliado à isso, há as pressões de instituições de saúde para que respondam à uma escala exaustiva, prestando serviço de excelência, sem, muitas vezes, se constituir suporte para os/as trabalhadores/as.

O fato é que os/as profissionais de saúde, enquanto peças importantes no contexto do Sistema de Saúde, precisam de atenção, de cuidado e referências sobre autocuidado. Precisam se autorizar também em suas fragilidades e limites, entendendo que assim se mostram mais humanos e, por conseguinte, conseguem suporte para si e maior vínculo com os/as outros/as que estão em relação com ele/a, sejam pacientes, familiares, colegas etc. Que possam conhecer a si de forma mais profunda e íntima e reconhecer os sintomas enquanto comunicação do corpo consigo mesmos/as, sentindo-se, então, confortáveis e seguros/as para buscar ajuda especializada.

Além disso, é importante marcar o papel das instituições e das Políticas Públicas de Saúde nesse lugar de reconhecimento dessa necessidade de cuidado e desenvolvimento de estímulo e parâmetros de autocuidado dos/as profissionais de saúde. Trata-se de um convite para a reflexão sobre a transformação da organização do trabalho de forma a construir saúde também para aqueles/as que cuidam da saúde dos/as outros/as. Isso porque, é um fato de que, conforme, já discutido nessa Cartilha, os/as profissionais de saúde estão adoecendo. Isso porque, os critérios de saúde nas empresas sofrem influência das práticas administrativas e do modo de conceber as pessoas para o trabalho organizado. Como afirma

Dejours (1999), Psiquiatra, especialista em Medicina do Trabalho e em Psicanálise, considerado o pai da Psicodinâmica do Trabalho: “Escutar o sofrimento dos trabalhadores é um comprometimento, quer se queira, quer não” (p. 166).



IMPORTANTE!

Negligenciar essas situações, tanto por difi culdade de buscar ajuda como pelo fato de achar que é normal, pode agravar os sintomas ou causar outras doenças que podem aparecer no corpo físico.

Portanto, o trabalho para os/as profissionais de saúde tanto pode ser fonte de satisfação, realização, subsistência, quanto pode também se tornar exatamente o contrário, algo que lhe prende e macula, muito por conta de más condições de trabalho, da desatenção a programas de prevenção e promoção da saúde. À isso se chama a atenção nessa Cartilha para a necessidade de compreender a dimensão coletiva dos transtornos mentais enquanto fenômeno, e, assim, abrir espaço para o olhar científico a partir da Psicossomática e suas contribuições.

Os Transtornos Mentais relacionados ao trabalho e a importância da prevenção

O trabalho ocupa um lugar importante de investimento afetivo e, portanto, na promoção de saúde mental, já que propõe espaços de sociabilidade, de formação da subjetividade e identidade pessoal e coletiva, os quais refletem na autoestima, resiliência ou habilidades emocionais. Enquanto espaço promotor de saúde, o trabalho oferta condições favoráveis ao desenvolvimento e aplicação de habilidades dos/as trabalhadores/as e ao controle do trabalho por eles/as mesmos/as, fatores que têm sido apontados como fontes de prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças.

Contudo, pode também ser um espaço adoecedor, gerando sofrimento e, até mesmo, a morte do/a trabalhador/a. Trata-se daquele trabalho desenvolvido sem significação, sem suporte social, não-reconhecido ou que represente fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, o que, fatalmente, levará ao desencadeamento de sofrimento psíquico. De maneira geral, os transtornos mentais são considerados grandes componentes da carga de doenças que geram afastamento das atividades laborais e que emergem sintomas físicos ou instalação de doenças físicas.

Condições de trabalho e emprego específicas, que se

caracterizam pela presença de psicoestressores ocupacionais, como condições inadequadas de trabalho, situações de violência e assédio, ou ainda que haja o contato com substâncias químicas geradoras de danos neurocognitivos e psíquicos, e que podem até levar ao suicídio (Robert; Jeremin; Lloyd, 2013).

A relação da exaustão e do esgotamento nervoso com o trabalho convertem-se como os grandes responsáveis pela astenia psíquica (fadiga e esgotamento mental). Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2023 foram notificadas 3.567 ocorrências de transtornos mentais relacionados ao trabalho. Destes, cerca de 12% foram relativos a profissionais de saúde em sofrimento ou adoecimento laboral.

Dentre os principais diagnósticos apontados nos registros de notificação envolvendo profissionais de saúde estão, conforme nomeação no próprio SINAN: Transtorno neurótico, transtorno relacionado com stress e somatização (F40-F48), seguido por Transtornos do humor [afetivos] (F30-F39), Síndrome de Burnout (Esgotamento) (Z73.0), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96), Transtorno mental não especificado (F99-F99), Risco potencial à saúde relacionada a circunstâncias psicossociais Z55-Z65. (Brasil, 2023)



VOCÊ SABIA?

O Sinan compõe dados oriundos, principalmente, da notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017). Sua operacionalização acontece nas próprias unidades de saúde, atendendo à orientação de descentralização do SUS. A inclusão da maior parte das notificações fica a cargo das Secretarias Municipais de Saúde e, ocasionalmente, é realizada pelas Secretarias Regionais.

Para saber mais, acesse o site <https://portalsinan.saude.gov.br/>

Um fator comum entre os diagnósticos prevalentes nos dados apresentados é a depressão e o estresse. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (DSM-5-TR), a Depressão Maior ou Transtorno Depressivo Maior (TDM), comumente conhecida como depressão, é um transtorno de humor caracterizado pela tristeza persistente ou recorrente. É uma condição que provoca disfunções cognitivas, psicomotoras e de outros tipos, além de fazer presença frequente os pensamentos

suicidas e tentativas de suicídio (American Psychiatric Association [APA], 2023).

O estresse, é tratado com Transtorno de Estresse Agudo (TEA) pela APA (2023), considerando como um período breve de recordações invasivas de uma experiência aversiva como, por exemplo, após testemunhar ou experimentar um evento traumático. Diz respeito a experiência inevitável de lembranças intrusivas relativas ao trauma, comportamento evitativo quanto a estímulos que lembrem-no/a do trauma, humor negativo, sintomas dissociativos (incluindo desrealização e amnésia), evitação de lembranças e aumento da excitação.

O estresse é considerado algo frequente dentro do universo das práticas dos/as profissionais de saúde, por conta das próprias características da profissão (Gardner; Hall, 1981). A natureza do trabalho no contexto da saúde convoca do/a profissional o contato com situações plenas de conteúdos emocionais intensos, como o sofrimento, o medo, a sexualidade e morte (McCue, 1982).

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) também recebe atenção nessa Cartilha. Trata-se de reações disfuncionais intensas, desagradáveis e disfuncionais que ocorrem após um evento extremamente traumático. Pela sua característica, é possível que a pessoa que está em sofrimento tenha memórias constantes do evento e da sensação na ocasião, e que, portanto, reviva o evento frequentemente (no dia a dia ou em pesadelos), o que leva-a a evitar qualquer coisa que possa lembrá-la do evento traumático. São, portanto, presentes nas reações do TEPT os sintomas intrusivos associados ao trauma; evitação de fatores associados ao trauma, alterações negativas em cognições e no humor; e alterações de comportamento (APA, 2023).

Há ainda a traumatização secundária, por sua vez, que também pode acometer profissionais que atendem pessoas em sofrimento intenso, e refere a alta exposição ao material traumático de terceiros, primordialmente, em relações de trabalho. Pode ser caracterizado como simples e complexo. A traumatização secundária simples refere a experiência de entrar e contato com conteúdo mobilizador de outra pessoa sem possuir história prévia de traumatização; o complexo, por sua vez, pressupõe que já há uma história pessoal de traumatização do/a profissional e seus sintomas torna-se, por conseguinte, agudizados, misturando conteúdos pessoais e do trabalho (Denkinger et al., 2018).

Uma outra classificação de acometimentos psíquicos que pode afetar profissionais de saúde emocionalmente por causa de seu trabalho de contato com pessoas com histórias de traumatização é a chamada traumatização vicária. Trata-se de uma

experiência de reações psicológicas perturbadoras, dolorosas e prejudiciais, que se instalam em profissionais de saúde que atendem pacientes com histórias e reações de traumatização grave (McCann; Pearlman, 1990).

Após o contato com pacientes com traumatizações graves, muitos/as profissionais de saúde terminam por se sentirem tristes, deprimidos, desesperançados, desiludidos, irritados e intolerantes durante tais atendimentos. Porém, a traumatização vicária ultrapassa os limites dos efeitos psicológicos da empatia, gerando sintomas temporários e leves, ou com duração de meses: "é um processo contagioso, maligno, que pode trazer conseqüências graves aos profissionais" (Blair; Ramones, 1996).

A repercussão da traumatização vicária é uma mudança na maneira como a pessoa, no caso, o/a profissional de saúde, se experimenta, como vê os outros e o mundo. Gera, portanto, prejuízos físicos, comportamentais, psicológicos e espirituais mais permanentes, tais como: distúrbios do sono e pesadelos, pensamentos intrusivos, náuseas, dores de cabeça, perda de apetite, afastamento da interação com a família e amigos e uma visão pessimista do mundo. O/A profissional, inclusive pode sofrer com *flashbacks* da história do cliente/paciente e pesadelos (McCann; Pearlman, 1990).

TEPT, traumatização vicária e traumatização secundária podem ser confundidas, mas têm diferença. Objetivamente no trauma vicário os sintomas se manifestam mais lentamente e de maneira gradual do que no secundário, o que para o TEPT pode ser imediato. (Huggard; Law; Newcombe, 2017). Podem se diferenciar também nas reações a sintomas emergentes e, conseqüentemente, no manejo clínico e tratamento de cada um.

Portanto, a clareza da vitimização vicária, secundária ou de TEPT, aliada à compreensão dos fatores contributivos, como, por exemplo, suas histórias de sofrimento sem bordo, sem cuidado especializado, oriundas de violências sofridas e conseqüentes traumatizações, torna-se crucial para a compreensão das contratransferências experimentadas, autocuidado e para o desenvolvimento de seu trabalho.

Então, como curo um trauma, já que, mesmo que pense que já não sofro mais, que estou apto/a a atender as pessoas, pode ser evocado num simples encontro de rotina de trabalho em saúde? A resposta é: trauma não se cura, se renegocia. Explico: o trauma não está no evento traumático, mas sim no corpo, marcado pelas traumatizações que o impacto severo da experiência aversiva provocou. O trauma não é só uma memória psicológica, mas uma resposta neurofisiológica persistente do corpo frente a uma

ameaça. Quer dizer que precisamos renegociá-lo, pois precisamos restaurar o senso de segurança interno diante das situações da vida que, uma vez, entendemos como ameaçadoras, mas nada mais é do que o aprisionamento àquela resposta psicofisiológica, no que, permanecemos em estado de defesa e alerta constante.

Portanto, onde quer que a gente vá, a gente vai junto, correto? Então, a experiência, que está no corpo, fica à mercê das estimulações que o ambiente faz e desperta, convoca, aciona e, então, respondemos com as reações fisiológicas, psicológicas e comportamentais como desenvolvimento de ansiedade, depressão, pensamentos intrusivos, alienação, episódios dissociativos, sentimento de desamparo, paranoia, hipervigilância e relacionamentos pessoais interrompidos etc.

Adicionar aos transtornos psíquicos histórias de violência eleva os sintomas para uma maior gravidade e agudização. Tanto podem ser experiências prévias que constituam as suas bagagens subjetivas, como, também, podem ser experiências de violações de direitos experimentadas no ambiente de trabalho. Nomear as situações como violência pode ser desafiador, mas que norteia as subsequências de cuidado de forma mais resolutiva. Significa dizer que, embora nem sempre identifiquemos que estamos sendo vitimados/as pela violência, (darmos conta disso) se torna crucial.

A não identificação da violência sofrida na própria história pode ser explicada pela naturalização de experiências violentas em nossas vidas. Quer dizer que, pelo fato de termos vivenciados muitas situações de violência passamos a não mais dar conta de identificá-la, como se fizesse parte da vida, da nossa vida. Essa discussão se aperfeiçoa quando trazemos para essa conversa a interseccionalidade. Ou seja, existem pessoas mais passíveis de serem agredidas do que outras, a depender do grupo populacional que pertença, conforme já discutido neste material. Nem todas as pessoas se sentem dignas de amparo e de garantia de seus direitos. Algumas não deram conta de reconhecerem-se enquanto sujeito de direito, quanto mais sentirem-se impelidas a buscar ou lutar por seus direitos pelo cuidado integral.

A própria consciência da necessidade de busca de cuidados específicos pode ser fator ansiogênico, uma vez que não se sabe o que vai resultar, que diagnóstico será revelado, a maneira como será tratado/a ou, ainda, se sua queixa será legitimada. Nesse cenário, além da incerteza quanto ao respeito e trato digno, existem diagnósticos altamente temidos e esse elenco pode ser de cunho pessoal. Existem aqueles de ordem coletiva, mais especificamente, referentes a doenças mais graves ou incapacitantes, como câncer, entre outras, e também o preconceito quanto à raça, gênero e classe

social.

O fato é que o encontro entre profissionais e pacientes enquanto fator ansiogênico coloca de frente a transferência do/a paciente com conteúdos de expectativa de ser curado/a, e a contratransferência do/a profissional com o desejo de atender o desejado pelo/a paciente. Há estudiosos/as (Mello Filho *et al.*, 2010) que tratam, inclusive, essa dinâmica de expectativas de um lado e de outro como uma espécie de golpe narcísico, em que precisam lidar com a frustração de não serem atendidos em seus desejos.

Apresentamos aqui algumas sugestões de indicadores para que as instituições de saúde percebam ou detectem profissionais de saúde que precisam de cuidados por causa do estresse. Trata-se de sinais que levam ao comprometimento de seu desempenho, em amplo sentido, de maneira biopsicossocial:

- ◆ Queda da eficiência;
- ◆ Ausências repetidas;
- ◆ Insegurança na tomada de decisões, as quais podem ser protegidas;
- ◆ Sobrecarga voluntária de trabalho;
- ◆ Aumento do consumo de alimentos, de cigarros e/ou outras drogas;
- ◆ Uso abusivo de medicamentos;
- ◆ Agravamento de doenças;
- ◆ Grande nível de tensão;
- ◆ Irritabilidade;
- ◆ Explosões emocionais;
- ◆ Sentimentos de desconfiança;
- ◆ Tendência ao pensamento onipotente com diminuição da possibilidade em reconhecer limites.

O fato é que no contexto do trabalho na área da saúde os/as profissionais estão expostos/as, frequentemente, a situações de crise, precisando ter um nível importante de tolerância às suas frustrações e às dos/as pacientes. Isso porque é um cenário marcado pela realidade de adoecimento, de, portanto, terem que suportar dor e sofrimento, e, até o receio de tornarem-se dependentes de outras pessoas perdendo sua autonomia, o que pode provocar reações de medo, dor, raiva ou vergonha, as quais precisam ser acolhidas pelo/a profissional.

Tais condições podem mobilizar emocionalmente os/as profissionais a ponto de desenvolverem a chamada Síndrome do Burnout, já mencionada aqui nessa Cartilha. Portanto, dentre as fontes que podem provocar o Burnout em profissionais de saúde tem-se, principalmente, o potencial envolvimento com as pessoas e

o contexto social e do trabalho.

A realidade de adoecimento psíquico de trabalhadores/as é pauta de discussões importantes, dada a sua incidência alarmante, uma vez que pode levar a pessoa a desejar ou, efetivamente, pôr fim à sua vida na tentativa de se livrar do desconforto, da dor, do sofrimento. Desistir da vida surge quando preocupações, cansaço e dores emocionais se acumulam em um nível que faz os/as profissionais se sentirem incapazes de carregar esse sofrimento, longe de ser sinônimo de fraqueza ou covardia.

A cada 40 segundos ocorre um suicídio no mundo, o que faz revelar que, por ano, cerca de 700 mil pessoas tiram a própria vida, de acordo com a OPAS (2024) e OMS (2021), sem mencionar o número de tentativas de suicídio, o que sobe para 20 vezes maior (Cogo *et al.*, 2024). Segundo os dados de 2023 registrados pelo SINAN, cerca de 630.604 notificações de lesões autoprovocadas (cortar-se com objetos pontiagudos, queimar-se com cigarro, podendo usar algo que lhe tire a própria vida ou não) (Brasil, 2023).

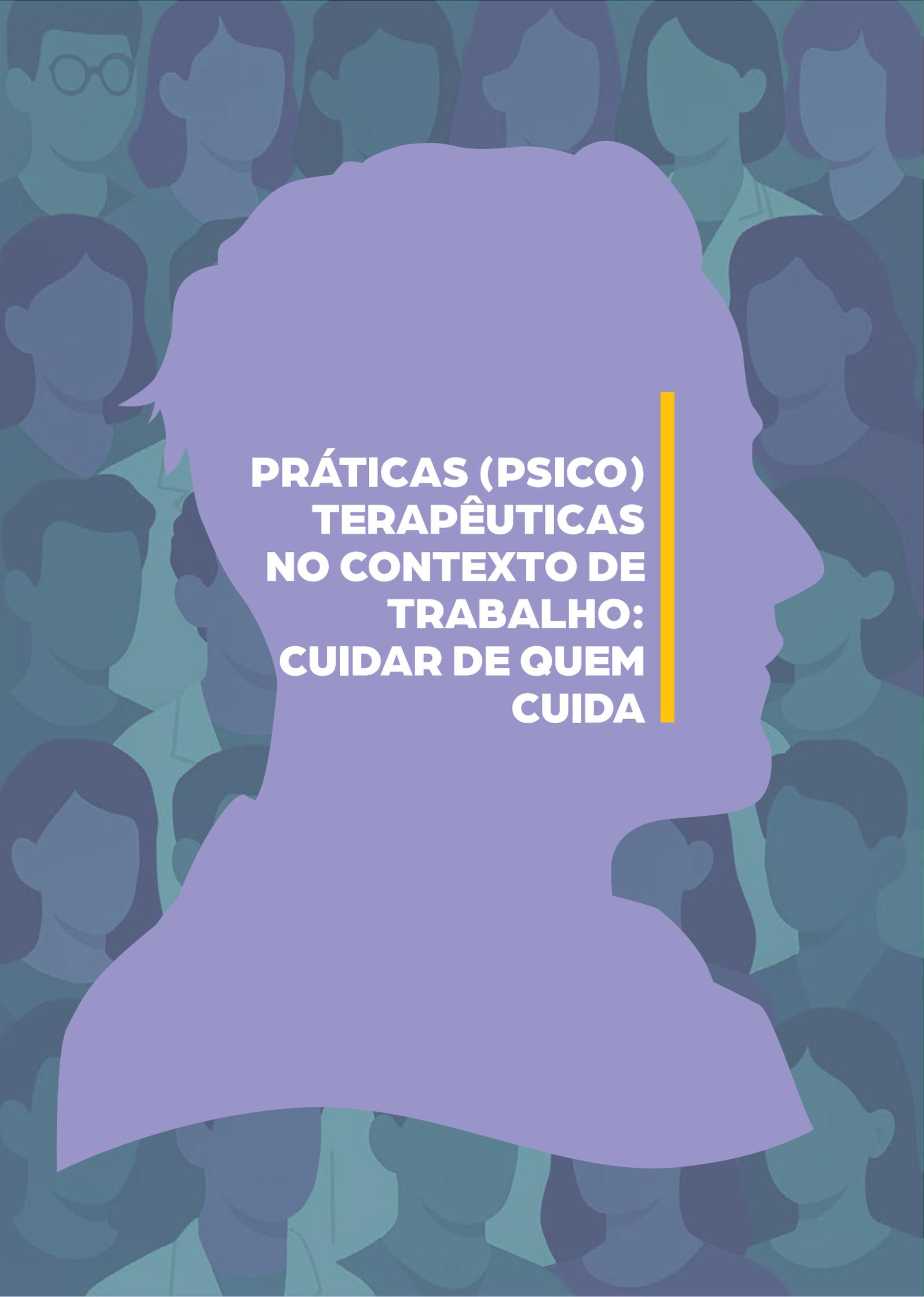
O comportamento suicida pode ser apresentado por pessoas de diferentes origens, condições socioeconômicas, idades, configurações familiares, orientações sexuais e identidades de gênero, que enfrentam uma profunda dor emocional, percebida como insuportável, intolerável e inescapável (três 'i's do suicídio) (OMS, 2024, p. 04).

A respeito do tema do suicídio, há alguns anos médicos/as, outros/as profissionais de saúde e estudantes de medicina receberam destaque (Meleiros, 1998; Millan; Arruda, 2008), afirmando que um/a médico/a morre por suicídio a cada dia. Segundo os dados, 90% das pessoas que cometeram o suicídio, tinham algum transtorno mental, destacando-se a depressão maior ou transtorno bipolar. Associa-se ao conhecimento técnico dos profissionais de saúde, em especial médicos/as, a elevada ocorrência do suicídio, além do uso de substâncias psicoativas (drogas e álcool), outrossim aparecendo, também, estresse e Burnout, como já analisado.

Em estudo realizado por Muzzolon, Muzzolon e Lima (2021) junto a estudantes de medicina a respeito incidência de risco para Transtornos Mentais, Suicídio e Qualidade de Vida, cerca de 54,3% da amostra revelou riscos de transtornos mentais e 10,6% de risco de suicídio. Dentre as principais síndromes apresentadas, apareceram Ansiedade/Depressão; Isolamento e Problemas de Atenção. Quanto à variável Qualidade de Vida, os/as participantes revelaram ser "Ruim" ou "Moderada" em cerca de 30% das respostas. Quer dizer que elevada incidência de transtornos mentais apareceu diretamente ligado a qualidade de vida ruim e ao consequente aumento do risco de suicídio entre os estudantes de Medicina.

O fato é que os transtornos mentais são tratáveis desde que sejam reconhecidos (OMS, 2000; (Botega; Werlang ;Macedo, 2006) 2006). Para uma efetiva prevenção, é necessária uma ampla estratégia com a participação de vários setores da saúde. É necessário a conscientização quanto a diversidade e equidade no atendimento, minimizando, assim, comportamentos que reproduzam violências.

Segundo a OMS, a prevenção é fundamental para reverter essa situação, garantindo ajuda e atenção adequadas. A primeira medida preventiva é a educação em saúde, no que a psicoeducação (reconhecer os próprios sentimentos e emoções, observando a presença de pensamentos suicidas ou autolesão), conforme abordamos, também se torna fundamental. É preciso perder o medo de se falar sobre certos assunto como sofrimento, adoecimento, transtornos mentais e suicídio, assim como de situações violações de direitos e encontrar espaços para tal, contando com a rede de apoio. Por exemplo, falar sobre o suicídio não estimula, pelo contrário, ajuda a ajudar.



**PRÁTICAS (PSICO)
TERAPÊUTICAS
NO CONTEXTO DE
TRABALHO:
CUIDAR DE QUEM
CUIDA**

Quando se discute sobre a saúde do/a trabalhador/a da área de saúde torna-se impossível não trazer à tona a sua história, pois a qualidade do cuidado profissional que será capaz de dispensar está diretamente associada à vivência de suas experiências no passado e o modo como ficaram em si registradas. Significa que, a cada encontro com as situações de sofrimento e vulnerabilidade que se depara, o/a trabalhador/a de saúde visita as suas memórias. Quando se fala de situações de violência, o impacto se faz evidente.

É entender que, a depender da maneira como lidou com suas próprias experiências no passado (ou que ainda está vivendo naquele momento), a maneira como vai conseguir dar conta da situação do outro recebe os contornos de mais ou menos qualidade do cuidado. Isso porque os/as cuidadores/as precisam de cuidados.

Como diz o cantor Djavan no trecho de uma de suas composições:

Só eu sei
As esquinas por que passei, ei, ei, ei
Só eu sei
Só eu sei
Sabe lá
O que é não ter
E ter que ter pra dar
Sabe lá
Sabe lá...
(Esquinas - Compositor Djavan, 1984)

Quer dizer que, pelo fato de estar no campo de trabalho, os/as profissionais de saúde, que também têm suas bagagens de experiências e vivências, precisam entregar um serviço de qualidade, com apreciações técnicas lúcidas e competentes. No entanto, como entregar o que não se tem condição, devido aos impactos emocionais das situações que dialogam diretamente com sua histórias, evocando memórias tão avassaladoras e desagradáveis? É ter que dispensar uma saúde e condição de lidar com uma situação tão mobilizadora e não saber de onde tirar tais condições.

Como forma de pensar acerca dos/as trabalhadores/as tem-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora cujas diretrizes são apontadas na Portaria no 1.823/2012:

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

Estes cuidados com a saúde do/a trabalhador/a são ofertados sob a retaguarda especializada da equipe técnica do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que, por sua característica especializada, é quem desenvolve papel de apoio matricial sempre que necessário acerca do tema. O Cerest é um serviço de saúde especializado que oferece atendimento a trabalhadores/as, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade relacionada ao trabalho.

No entanto, embora se tenha toda essa retaguarda nas legislações que normatizam o cuidado em saúde dos/as trabalhadores/as, nem todos/as sabem desse benefício de direito. Muitas vezes a demanda dos trabalhadores/as da saúde é compreendida como necessidade apenas por atenção médica, contudo, a realidade se delinea a partir da complexidade da situação os/as revela altamente cansados/as, até mesmo desesperançosos/as de serem atendidos/as e o risco de serem revitimizados/as por colegas quando há a comprovação de que realmente estão doentes. Essa situação piora quando esse/a profissional de saúde chaga ao serviço motivado por uma tentativa de suicídio. É muito comum os/as médicos/as não serem atendidos/as adequadamente nos serviços de emergência porque há um certo desrespeito pelas tentativas de autolesão.

O que profissionais de saúde em sofrimento ou adoecimento psíquico buscam no serviço de saúde é somente um atendimento digno em seus momentos de vulnerabilidade. Portanto, refletir sobre o cuidado dedicado à essa demanda é pensar numa clínica do cuidado em saúde mental com base na situação real do/a trabalhador/a da saúde. Isso quer dizer que a legitimação do sofrimento e a escuta qualificada, atenta e cuidadosa se torna ferramenta imperiosa para a transformação da realidade determinada pela qualidade do cuidado.

Pensar numa **Linha de Cuidado** da saúde mental do/a trabalhador/a da saúde tem, portanto, como referência a integralidade, o acolhimento e o vínculo na abordagem à pessoa - trabalhador/a, a construção do plano ou projeto terapêutico e a discussão com os profissionais da saúde, propiciando uma relação saudável entre eles/as e o serviço. A proposta de uma Linha de Cuidado do/a trabalhador/a em saúde mental passa, primeiramente, pela concepção de cuidado e de como ela se situa dentro da organização do trabalho vigente na saúde, além do que, pensar como seria o início dessa discussão, por quais aspectos partiria. A principal ferramenta seria a escuta e o cuidado em saúde de maneira integral.

Portanto, uma **Linha de Cuidado**, segundo Oliveira *et al.*

(2009), refere caminhos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas com situações de saúde semelhantes, fazendo emergir fluxos entre pontos de atenção e saúde, de maneira a evitar a fragmentação do cuidado. Quer dizer que a efetividade do cuidado envolve pertinência, conformidade, segurança e aceitabilidade, devendo representar, necessariamente, um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A participação ativa do/a trabalhador/a da saúde em sofrimento psíquico no seu tratamento, na forma de atendimento, na decisão acerca do que será feito em relação à sua saúde é fundamental. A Psicoeducação é considerada uma estratégia altamente efetiva para cuidado e prevenção, recomendada e utilizada pelos/as profissionais de saúde no contexto de sua atuação. Busca com que a pessoa no centro do cuidado tenha um entendimento não fragmentado de seu diagnóstico e condição de saúde, etiologia, funcionamento, tratamento, prognóstico, melhor forma de lidar com a doença (física ou psicológica).

Trata-se da promoção da saúde mental que vai além do tratamento de condições psicológicas existentes, mas constitui-se de estratégias e intervenções que buscam fortalecer os fatores protetores e promovem o bem-estar psicológico de modo geral e que estimulam não só a participação da pessoa no seu cuidado, mas, principalmente o protagonismo, a autonomia. É imperioso criar ambiente e comunidade que favoreçam a saúde mental, de forma a prevenir os problemas que motivam o sofrimento ou adoecimento psíquico das pessoas. Práticas com efeitos terapêuticos precisam ser incluídas na rotina de profissionais de saúde, não somente dedicadas a outrem, mas que possam desfrutar de seus talentos de acolhimento e cuidado para si.

Das práticas (psico)terapêuticas, sofrimento e adoecimento psíquico de profissionais de saúde

Prática terapêutica é tudo aquilo que oferta efeito terapêutico. Quer dizer que hábitos saudáveis (incluindo o descanso regular), rede de apoio, lazer etc. Podem ser incluídos nesse contexto. A própria psicoeducação como estratégia também é considerada como tática psicoterapêutica e, portanto recebe menção nessa seção, assim como a Literacia em Saúde também, pois ambas promovem a autonomia e autoconsciência da pessoa quanto a sua condição e propõe um protagonismo diante do autocuidado.

No entanto, faz-se destaque aos cuidados especializados, realizados por profissionais específicos com a *expertise* necessária para ofertar o apoio e acolhimento psicoterapêutico qualificado.

Quando se fala de práticas psicoterapêuticas, estas referem-se a práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais especialistas e de referência em saúde mental (profissionais psi), como Psicólogo/a e Psiquiatra.

O cuidado terapêutico indicado em situações de sofrimento ou adoecimento psíquico de profissionais de saúde, oriundo de experiências de violências ou não, recomendado deve envolver basicamente o espaço para que estes/as possam expressar suas condições, sensações, sentimentos etc. Pode ser feito por um colega de trabalho em condições para tal, por amigos dos mais variados círculos de relação, mas, na maioria dos casos, é imprescindível a escuta especializada, no caso, profissionais psi.

A psicoterapia aparece como a principal estratégia de acolhimento e enfrentamento da situação, podendo incluir a necessidade de envolver medicamentos (antidepressivos e/ou ansiolíticos), convocando ação médica, especialmente, da Psiquiatria. O tratamento normalmente surte efeito entre um e três meses, mas pode perdurar por mais tempo, conforme cada caso. Mudanças nas condições de trabalho e, principalmente, mudanças nos hábitos e estilos de vida são determinantes para a mudança do quadro. No entanto, temos a psicoterapia (individual é mais tradicional, mas pode ser em grupo também), a psicoeducação, e mencionamos também os Grupos Balint, nesse caso, dirigido para profissionais e estudantes da medicina.

A psicoeducação é uma técnica que se compõe de instrumentos psicológicos e pedagógicos cujo objetivo é de ensinar à pessoa no centro do cuidado e aos cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento, sendo possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde ou ainda, na identificação da violência. Pode ajudar na tomada de consciência a respeito das próprias projeções que os/as profissionais de saúde dirigem a outras pessoas (pacientes, colegas de equipe, família ou outras pessoas de seu convívio). De posse dessa consciência, muitos problemas adjetivos à situação pontual conhecida podem ser acolhidos e cuidados para evitar maiores danos.



VOCÊ SABIA?

Você já ouviu falar em Literacia em Saúde (LS) ou Health Literacy? É compreendida pela OMS, como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a

compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter uma boa saúde. A LS tem como referência a tomada de decisão no cotidiano, como resultado deste processo, nos âmbitos de prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida (WHO, 2013).

Os Grupos Balint são um recurso terapêutico que teve seu início nos anos 50 e ofertou espaço de saúde para os profissionais médicos/as, por exemplo, mas que está em desuso. Estes grupos eram ferramentas importantes de ação psicoterapêutica. Nos Grupos Balint, a discussão dos atendimentos é realizada buscando o entendimento da forma como a intervenção se dá ou ocorreu. Ou seja, as vivências das experiências de serem os/as profissionais que são no contexto que estão vivendo são escutadas num espaço seguro e homogêneo. Nessa oportunidade, suas condutas e atitudes são discutidas e, por estímulos ali levantados, poderiam mudar diante dos atendimentos. Organizam-se a busca de compreensão de si mesmo no contexto da relação com o/a paciente, sendo quem pode suportar ou não as demandas ali emergentes. “...Balint considera que o trabalho do médico sempre comporta uma psicoterapia.” (Pedrosa, 2010, p. 216).

Segundo a Associação Brasileira de Balint (2023), o objetivo dos grupos é assistencial e educacional e pode ser uni ou multiprofissional. O grupo é um espaço potente destinado ao diagnóstico e elaboração das tensões que interferem na tarefa assistencial de forma a comprometer a qualidade do serviço e até impedir a sua realização de forma eficaz e adequada. Nesse grupo, entra-se, portanto, em contato com as emoções, o reconhecimento de habilidades interpessoais e a compreensão dos limites pessoais, o que contribui para a prevenção do Burnout.

O psiquiatra Ricardo Nogueira, coordenador do Centro de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio do Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre, faz uma importante afirmação: “Estamos sempre sob fogo cruzado. Precisamos enfrentar a morte todos os dias. Num primeiro momento, temos uma reação onipotente, arrogante. Mas quando a nossa arrogância é quebrada pela realidade, a onipotência se torna impotência... E esse fracasso para nós é a morte. É muito deprimente” (Oliveira, 2018, s.p.). Trata-se de um importante exemplo daquilo que viemos discutindo ao longo desta Cartilha. Ilustra de forma pedagógica a vivência subjetiva de profissionais médicos/as no seu dia de trabalho rotineiro.



VOCÊ SABIA?

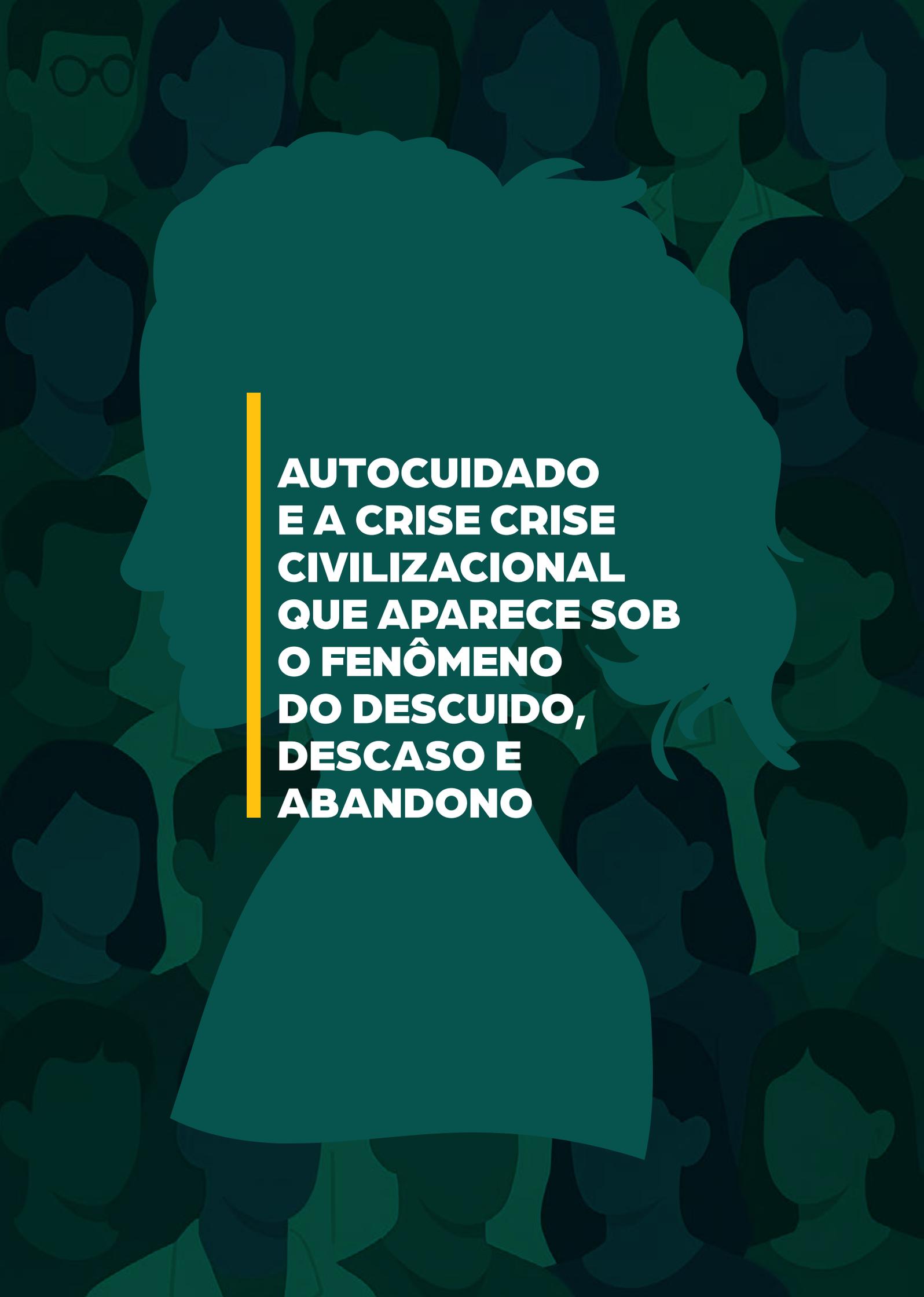
Grupos Balint: modelo clínico e pedagógico que consistia na discussão de casos clínicos em pequenos grupos, centrada na relação médico-paciente (mas também aplicado junto a estudantes do internato e residência), criado por Michael Balint, na Inglaterra, e esteve em alta na formação de médicos/as dos anos 50 aos 70, nos países europeus, principalmente, e também nos Estados Unidos, na Argentina e até no Brasil. Caiu em desuso devido ao modelo de saúde vigente, que não privilegia a relação médico-paciente (Mello Filho et al., 2010).

Nesse grupo, amiúde, trabalha-se com a contratransferência do/da profissional de saúde, justamente, um temor frequentemente presente na realidade de cuidadores/as. Isso porque teme ser pego/a no contrapé de sua contratransferência, não desejando que suas emoções inadequadas, positivas e principalmente negativas venham à baila, e sejam expostas ao grupo de desenvolvimento reflexivo.

No entanto, é sabido da necessidade premente de cuidado e autocuidado de profissionais de saúde. Que refletir sobre si no contexto de trabalho tomando como base as suas emoções vivenciadas nas experiências, oportuniza o acesso a conteúdos inconscientes relativos a fenômenos relacionais, por meio do método da associação livre que ocorre após uma situação disparadora. Portanto, é um grupo que se propõe a melhorar a qualidade das relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes.

Em suma, medidas de cuidado e acolhimento de profissionais de saúde são urgentes para o amparo de suas demandas, o que vai culminar em pessoas mais felizes e saudáveis e, conseqüentemente, em maior qualidade dos serviços de saúde, além de usuários/as dos equipamentos de saúde mais satisfeitos/as.

Aditivo a isso, destaca-se a importância e necessidade do autocuidado, algo tão esquisito quando se trata de cuidadores/as, ou seja, profissionais forçados/as para dedicar o cuidado a outras pessoas. Muitas vezes há uma dificuldade significativa em pensar em si enquanto alguém que precisa de cuidado. Ver-se nesse centro do cuidado é, muitas vezes, desalojar um saber de si, remanejando-o para uma dúvida problemática, desencadeadora de tantas outras sensações negativas, principalmente encabeçada pelo medo e pela incerteza. No entanto, assinala-se a importância e necessidade da inclusão dessa prática, desse olhar indulgente e compassivo para si, mesmo que contra hegemônico nos modelos assistenciais e de cuidado que temos hoje.



**AUTOCUIDADO
E A CRISE CRISE
CIVILIZACIONAL
QUE APARECE SOB
O FENÔMENO
DO DESCUIDO,
DESCASO E
ABANDONO**

O paradigma que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é uma atitude de “ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 1999, s.p.). Para um bom cuidar, há de se considerar a vivência subjetiva da outra pessoa quanto às suas experiências e também respeitar fortemente as diferentes culturas, saberes e ideias. A produção do cuidado envolve práticas de acolhimento, estímulo à autonomia, espaço de diálogo, produção de escuta sensível, interação relacional, interação reflexiva e vínculo de qualidade.

Ocorre que, atualmente, vivemos uma lógica de produção do cuidado, que Meihy, Feuerwerker e Gomes (2016), analisam como fascista caracterizado como prescritivo, previsível e normatizador, que culmina na unidirecionalidade e universalidade de diagnósticos. Significa dizer que o registro é a doença e não o sujeito, pois este, por sua vez, sofre de assujeitamento no próprio processo de cuidado. Inclusive não passam de meras abstrações numéricas. Retiram das pessoas o direito de agenciar e protagonizar o cuidado de si mesmas e as escolhas de sua vida.

Numa relação que atende à psicodinâmica já detalhada aqui nessa Cartilha, envolvendo transferência e contratransferência, emerge o que Meihy, Feuerwerkere Gomes (2016), analisaram do estatuto do doente em que, na busca pelo cuidado, o/a paciente decididamente projeta no/a profissional a responsabilidade por prescrever os modos de como deve andar a sua vida. Significa que estar doente, em parte, pode trazer um certa tranquilidade ao/a paciente quando subtrai de si a possibilidade de decidir acerca de sua vida e, por conseguinte, de responsabilizar-se por ela.

Na onda patologizante que vivemos atualmente em nossa sociedade, qualquer comportamento que se considere insalubre, mediante as referências sociais, desperta o ímpeto de julgar e condenar a pessoa. É Reflete o estatuo do doente na sociedade patologizante, mencionado no que os autores afirmam que “...no mundo da sociedade de controle essa produção subjetivante tem construído um olhar culposos para qualquer torresminho que se ponha na boca.” (Meihy; Feuerwerker; Gomes, 2016, p. 29).

Nessa sociedade disciplinadora, como fica o autocuidado sendo que somos convocados/as para cuidar do/a outro/a mesmo em pleno sofrimento pessoal? Essa obrigatoriedade se torna hiperbolizada quando se trata de mulheres no lugar de cuidadoras, considerando a discussão enunciada pela interseccionalidade.

Cuidar do/a outro/a é a mecânica naturalizada na nossa sociedade: olharmos para fora e respondermos às expectativas e exigências sociais sem nos consultarmos acerca de como está sendo pra gente agir ou sermos daquela maneira. Quantas vezes num dia você se perguntou como está se sentindo nessa ou naquela situação? Quanto de valor ou espaço dá, deu ou costuma dar às suas sensações e sentimentos? O quanto, na vida, você se lembrou do/a outro/a e

esqueceu de você mesmo/a? O quanto, portanto, você atendeu ao paradigma, cuidando do outro/a e descuidando de você?

Nesta Cartilha, ao falarmos sobre saber cuidar estamos nos referindo a aprender a cuidar não somente do outro, mas também de si, munidos/a das próprias condições, com empatia e acolhimento, e por que não dizer, com autoamor?

De acordo com a definição da OMS, o autocuidado envolve as habilidades de indivíduos, famílias e comunidades em promover e manter a saúde, prevenir doenças e lidar com a enfermidade ou a incapacidade com ou sem o apoio de um profissional de saúde (WHO, 2021). Significa, o que a pessoa faz por si para se sentir bem, ou preservar a sua saúde; o quanto de seu tempo dedica a si e ao seu bem-estar; ou ainda como que a pessoa mobiliza o mundo ao seu redor em favor de sua saúde.

O autocuidado é compreendido como o ato de cuidar de si. Pode ser influenciado por aspectos sociais, culturais e ambientais e envolver cuidados necessários, como equilíbrio físico, emocional e social nas atribuições cotidianas (Pinheiro *et al.*, 2019). Envolve atitudes que levam a estilos e práticas de vida que atendam aos desejos e condições individuais das pessoas, tomando o si mesmo como alvo. Significa a busca por hábitos mais saudáveis, assim como a adesão a tratamentos propostos, de acordo com os protocolos terapêuticos indicados por profissionais. Importante reconhecer o papel central do/a usuário/a em relação à sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade, cujo papel do/da profissional de saúde é de parceiro/a do/a usuário/a do Sistema de Saúde (Brasil, 2013).

Essa prática, embora indispensável, muitas vezes, não recebe a atenção necessária pelos/as profissionais da saúde em relação ao seu próprio bem-estar, seja pela negligência com o autocuidado ao longo da formação, pelas longas jornadas de trabalho ou até mesmo pela sensação de se sentir incapaz de pedir ajuda.

É importante dizer que negligenciar o autocuidado pode levar a graves consequências para si, como a exaustão física, mental e emocional e consequente aumento dos níveis de estresse, surgimento de problemas de saúde oportunistas, redução da qualidade do trabalho, impacto nas relações pessoais e familiares.

Enquanto os principais pilares do autocuidado, considerando as suas dimensões/ âmbitos da vida:

- ◆ Físico: atitudes adotadas para manter o corpo saudável e em bom funcionamento, ex.: alimentação saudável, praticar exercícios físicos de forma regular e ter um sono adequado;
- ◆ Mental: hábitos relacionados à saúde psicológica e emocional, que possam prevenir estresse, ansiedade e depressão, ex.: psicoterapia, práticas de autoconhecimento (como meditação), manter boas relações pessoais, planejar

- momentos de lazer e de descanso;
- ◆ Social: cultivar relações positivas e agradáveis com os outros, desenvolver hábitos que incentivem uma boa interação social também beneficia a saúde, como manter uma rede de apoio, participar de trabalho voluntário, sair com amigos e criar novas conexões;
 - ◆ Espiritual: cultivo de um estado de paz, harmonia e amor próprio, refletindo em todas as relações ao redor, podendo ser alcançado através de práticas espirituais as quais ajudam a compreender o propósito da vida e aumenta a sensação de bem-estar.

A internalidade da saúde e a conscientização para adotar determinado comportamento favorável à própria saúde, acaba por colocar em segundo plano as influências externas e a pessoa dá conta de cuidar de si e escapar de situações desfavoráveis à sua saúde em qualquer âmbito (social, espiritual, psíquica, física).

O ato de cuidar de si pode significar um sinal do corpo, assinalado pela comunicação interna motivada pela inseparabilidade de mente e corpo, já discutida sob a ótica da Psicossomática. Marca o recado composto pela necessidades do corpo e da mente por melhor estilo de vida, o conhecimento e o controle dos fatores de risco que podem gerar doenças, assim como alcance de ações preventivas, entre outras medidas, objetivam a melhoria da qualidade de vida (Silva; Guerra; Pessini, 2014).

Por conta de suas rotinas diárias e a característica de seu trabalho (deslocamentos, vários vínculos de trabalho, relações pessoais, demandas psicológicas), os/as profissionais da área da saúde, tendem não ter tempo ou condições de cuidar de si mesmos/as. Dentre os acometimentos comuns que os/as afetam estão complicações como da ordem de distúrbios musculoesqueléticos (Barbosa *et al.*, 2019), além daquelas mencionadas como ansiedade, dificuldades em se concentrar, cansaço constante, imunidade baixa, entre outras.

Além disso, salientamos as relações interpessoais de trabalho, destacando-se as autoridades dos gestores que podem ser expressas, principalmente, em ausência de diálogo ou negociação, o que deslegitima a autonomia do/a profissional como, por exemplo ações que envolvem decisões por transferência do/a trabalhador/a para setores, mudanças de “turno”. Outrossim, podem adoecer mediante vivências sucessivas e constantes de situações que envolvem rigidezes como controle supervisionado, excesso de trabalho e acúmulo de tarefas. Quando o/a trabalhado/a não dá conta de notar esse tipo de movimentação no local de trabalho, pode desencadear um esgotamento (Burnout), depressão, insatisfação no trabalho, insônias, entre outros, prejudicando a todos

ao redor, inclusive à própria instituição onde trabalha (Oliveira; Cunha, 2014; Manetti; Marziale, 2007).

Sobre as vivências subjetivas que os/as profissionais de saúde experimentam nesse contextos aversivos de trabalho podemos citar reações de irritabilidade, choro, dor de cabeça (ou enxaqueca), azia, náuseas, taquicardia, respiração ofegante, dor lombar, dor nas pernas, cansaço físico e mental, dificuldade para alimentar-se, insônia, sonhar com o trabalho e não conseguir descansar, envelhecimento precoce e uso (indiscriminado) de medicação (automedicação). Dentre os sentimentos experimentados destacam-se: frustração e impotência diante da morte de pacientes, desvalorização pessoal, exaustão física e emocional, angústia reprimida, insatisfação e decepção com o trabalho e com a instituição, desmotivação, fragilidade emocional e tristeza, medo ao chegar no ambiente laboral e vergonha. Trata-se de ocorrências que convocam fortemente uma intervenção psicossocial, realizada, preferencialmente, por especialistas na área psi.

No entanto, quando não se dão conta do que está acontecendo, experimentam negação e a banalização do sofrimento, a racionalização e a fuga. Significa a urgência de acolhimento, especializado ou não. No entanto, destaca-se a importância e necessidade da escuta qualificada e de apoio institucional, dado o seu sofrimento psíquico agudo. Oportunizar espaço para falar sobre isso é algo urgente, sob pena de não só agravar o seu estado de saúde, mas também reverberar negativamente na equipe e/ou no agravamento daqueles que chegam aos serviços de saúde buscando o cuidado.

Portanto, é imperioso que todo/a profissional da saúde busque cuidar de si, assinalando essa ação como central para que possa desenvolver as suas atividades cotidianas com equilíbrio e saúde (Silva *et al.*, 2009). E por falar em equilíbrio, que possam ser capazes de equilibrar sua vida pessoal e aquela no trabalho, adotando o autocuidado em sua rotina, entendendo-se importante, como maneira de evitar comprometimentos na saúde mental, na produtividade e nas relações de trabalho.

Das estratégias para lidar com o momento vivido: a potência das redes de apoio e dos grupos de suporte

Como já apresentamos, aspectos comportamentais como a adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, ou ainda desenvolvimento de habilidades e condições psicológicas combativas ao estresse, e práticas sociais que gerem satisfação como o encontro com uma rede de apoio social segura, podem influir na progressão do quadro de sofrimento ou adoecimento psíquico e, conseqüentemente, para os processos orgânicos adversos à saúde, psicossomaticamente, constatados.

As redes de apoio são potentes estratégias para lidar com os desafios que a vida oferece. Tais redes se tecem para que os vínculos mais fortes sejam estabelecidos e se mantenham protegidos. Valores como solidariedade, reciprocidade e companheirismo são destacados nas redes de apoio. É a certeza desses vínculos saudáveis e impulsionadores da vida que apoiam diretamente a pessoa diante das situações estressantes da vida, sendo possível se servir de maior controle e, portanto, auxiliam diretamente no apoio ao enfrentamento dos problemas que envolvem saúde-doença-cuidado (Lacerda *et al.*, 2007).

As redes de apoio social e afetivas funcionam, portanto, como mecanismos de proteção para o indivíduo. Pode ser entendida como uma rede formada por pessoas e estruturas importantes, que constituem os vínculos afetivos e relacionais recebidos e reconhecidos pelo indivíduo (Brito; Koller, 1999). Quer dizer que laços sociais duradouros são importantes porque fornecem ajuda quando necessitamos, o que permite enfrentarmos e superarmos momentos de crise. A pessoa se desenvolve emocional e socialmente a partir da experiência de vínculos e relações, o que oportuniza o desempenho de diferentes papéis e a criação de mais recursos para sua satisfação e saúde mental.

Brito e Koller (1999) analisam três aspectos que consideram determinantes para o desenvolvimento e adaptação das pessoas diante das diversas situações da vida ao longo da existência: características próprias do indivíduo, como autoestima, orientação social positiva e autonomia; ambiente familiar permeado por liames afetivos que gerem coesão familiar; e rede de apoio social disponível para auxiliar na superação de crises que inevitavelmente acontecerão ao longo da vida. Trata-se de fatores de proteção que advogam em favor da saúde das pessoas.

Outro recurso terapêutico importante e que recebe destaque nessa Cartilha é o Grupo de Suporte. É indicado para o contexto de demanda de estresse e crise existencial importantes. Funciona da seguinte forma: pessoas que se identificam com um determinado tema ou problema se reúnem em torno da situação que lhe é comum e se apoiam, compartilhando seus sentimentos e angústias, assim como suas esperanças. Quer dizer que, para haver o grupo de suporte há de se reunirem com certa constância, pois sem encontro não há suporte. Os sentimentos positivos experimentados no grupo tornam-se centrais para a efetivação dos vínculos, pois dão conta de fazerem existir sentimentos de carinho, acolhimento, aceitação e respeito pelo/a outro/a, e, por conseguinte, desenvolvem o desejo e a ação de cuidar e estar disponível. Outrossim, emerge a capacidade de colocar-se no lugar do/a outro/a, exercitando a empatia, acolhendo comportamentos e palavras de outrem (Campos, 2000).

Promove, portanto, "...a socialização, o altruísmo, a compreensão das situações vividas, reforçar o *self* (si-mesmo) do indivíduo, elevando sua autoestima e autoconfiança. Sua base é formada pela constância, cuidado e comunicação" (Yalom; Leszcz, 2005, p. 374). O objetivo é, através da troca de informações e vivências de experiências possam construir estratégias para lidar e/ou superar os desafios que estão enfrentando. Quanto mais regulares forem os encontros, maior será o vínculo interpessoal estabelecido, o que oportuniza também a manutenção de tais vínculos com qualidade, devido às sensações de apoio e coesão experimentadas (Campos, 2000; Muniz; Taunay, 2000).

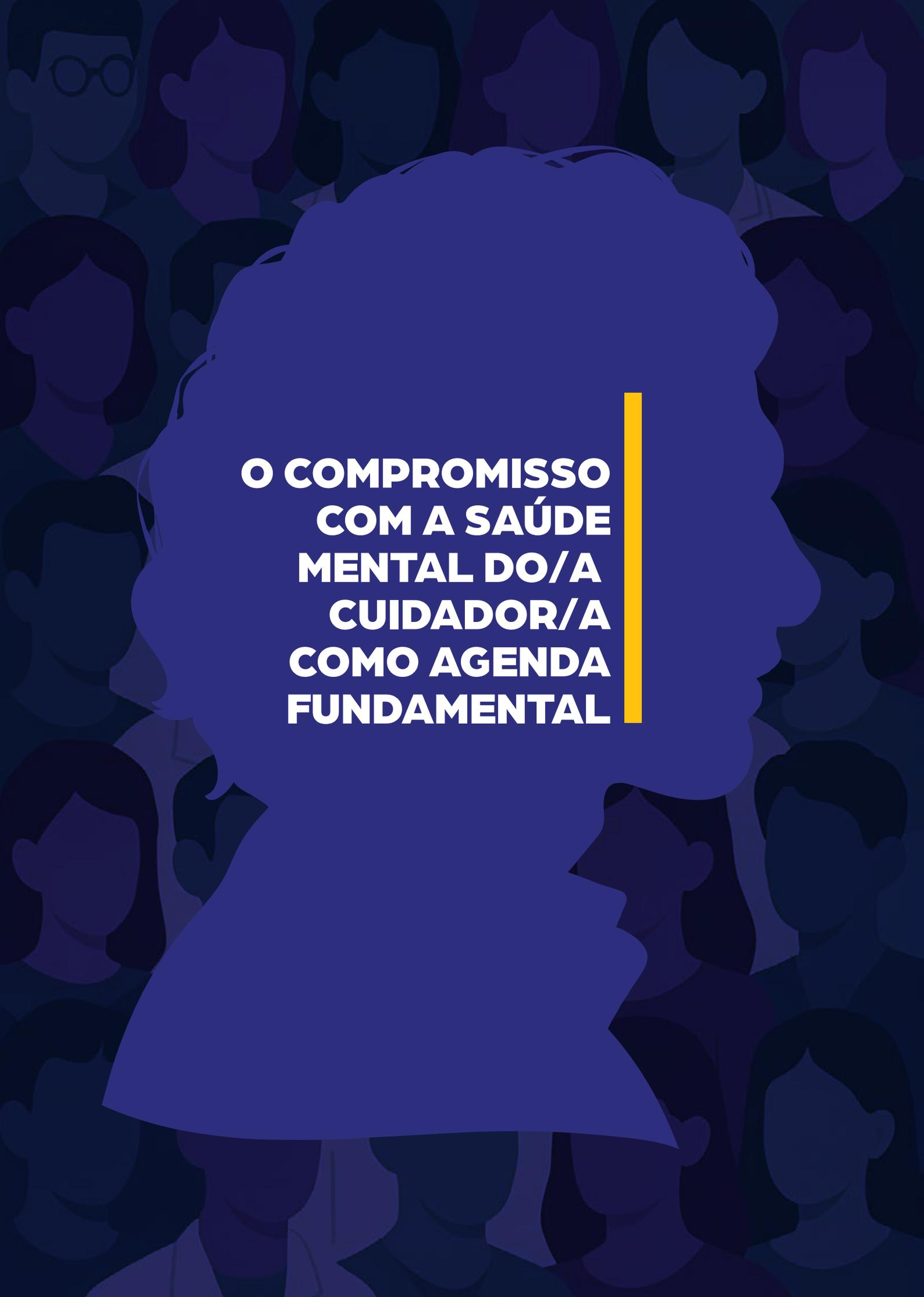
Destarte, importa que tanto o grupo de suporte quanto o grupo de apoio possam oportunizar àqueles/as que o compõem recursos importantes no suporte social nos mais variados níveis. Que se constitua um dispositivo de formação de rede de cuidado proporcionando segurança, proteção e acolhimento. Além disso, é um espaço que propicia a formação e fortalecimento de vínculos, altamente importante e necessário para o enfrentamento das situações mobilizadoras, além de conseguir ou aumentar a confiança, um meio de estimular o autocuidado e também um impulsionador de potencial criativo.

Trata-se de estratégias que, perfeitamente, podem ser desenvolvidas dentro do ambiente de trabalho, nas instituições e empresas. Se cotidianamente os/as trabalhadores da saúde se sentirem seguros/as e amparados/as em seus processos, queixas e sintomas que não foram superados podem ser acolhidos e menos contratranferidos para os/as outros/as, sejam pacientes/clientes, equipe de trabalho, familiares etc. Esses suportes podem contribuir para a prevenção da auomedicação, por exemplo, para o desenvolvimento inter e intrapessoal e, por conseguinte, para um melhor clima no local e qualidade no trabalho. Dentre as estratégias, merece destaque, a disponibilidade de profissionais psi para atender e acompanhá-los/as. Para isso, há de se convocar o comprometimento das instituições, empresas, gestores no desenvolvimento de ações preventivas e de acolhimento dedicado aos/à profissionais de saúde.



IMPORTANTE!

Reprimir uma queixa é a forma mais rápida de bloquear, na pessoa, o acesso a qualquer elaboração.



**O COMPROMISSO
COM A SAÚDE
MENTAL DO/A
CUIDADOR/A
COMO AGENDA
FUNDAMENTAL**

“o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que se projeta e faz, eis a característica singular do ser humano” (Boff, 2002, p. 35).

Na realidade em que vivemos, pautada no capitalismo e nas outras estruturas de dessubjetivação, o sofrimento é tratado como um obstáculo à produtividade, não é um processo humano legitimado. Algumas formas de sofrimento são classificadas como disfuncionais, como se o sentir fosse um desvio que precisa de cura, ou ser silenciado com medicalização. Sentimentos como a tristeza são considerados como negativos e que precisam ser combatidos, justamente para que a pessoa se afaste de si e acione o seu máximo grau de produtividade sem perda de tempo. Não é coincidência, vemos hoje circulando na mídia e nas redes sociais o estímulo a hiperprodutividade. Essa pressão pelo sacrifício (sacro ofício, como um trabalho sagrado que beneficia um coletivo para além de si mesmo) atropela as pessoas e suas subjetividades de maneira que muitas delas dizem se sentirem lentas, insuficientes e improdutivas. Isso nada mais é do que o resultado da imposição de uma realidade de um sistema que não respeita a humanidade e seus ritmos variados, assim como os seus humanos diversos.

Esse cenário se converte num grave problema, pois leva a pessoa à busca desenfreada por diagnósticos e medicamentos que resolvam o mais rápido possível o que é considerado, então, um problema, ignorando estruturas sociais e econômicas que tornam inalcançáveis suas exigências. Ora, para uma pessoa não branca e não heteronormatividade alcançar certos espaços ou patamares há inúmeras barreiras das mais diversas ordens, social, econômica, política, religiosa, pessoal, diferente daquelas brancas e que atendem a cis heteronormatividade.

Nesse sentido, ao invés de internalizar a culpa e ceder aos assédios do sistema que se ocupa de explorar as pessoas e suas humanidades, torna-se imprescindível questionar o que está posto e resistir a desumanização, entendendo que sentir tristeza, raiva, indignação, ter lentidão, fazer/necessitar uma pausa ou sentir cansaço no trabalho são condições legítimas de pessoas. Portanto, lutar contra essa violência contra as nossas subjetividades é também entender e internalizar que temos sim o direito de sentir, e sentir qualquer sentimento, mesmo que seja considerado indesejado desagradável. Isso, notadamente, se converte num ato de coragem e contra hegemônico ante à uma realidade que teima em patologizar, medicalizar e dessubjetivar para dominar.

Portanto, os fatores socioculturais e econômicos nas práticas de cuidado em saúde assumem um lugar de importância. Os

prejuízos oriundos de um Estado distante das questões públicas são assinalados em nível coletivo, institucional e pessoal. Profissionais adoecidos/as geram impactos diretos no serviço, mas, principalmente, em suas próprias vidas.

Diante disso, a emergência do cuidado se instala. A instituição de saúde, local onde o/a profissional desenvolve o seu trabalho precisa se implicar na questão de sua saúde mental, especialmente quando se trata de encontro com a demanda de violência. Estratégias como diminuir a alta demanda de trabalho, atentar para o número insuficiente de funcionários, falta de financiamento para funcionamento dos serviços, a quantidade de casos atendidos, e, principalmente, a gravidade dos casos precisam ser consideradas com atenção. Outrossim, não se deve esquecer da necessidade de supervisão adequada, treinamento e capacitação para os casos que atendem e suas complexidades.

Além disso, o autocuidado também precisa de atenção e deve ser trazido para dentro da instituição e não somente nos ambientes externos como, comumente, ocorre com, por exemplo, as práticas de exercícios, psicoterapia, dentre outros. Significa convocar a instituição para proporcionar condições para que o/a profissional de saúde possa agir por si ou consiga regular aspectos que interferem no seu próprio desenvolvimento (Silva *et al.*, 2009). É a instituição atuar como fator protetivo, ofertando suporte institucional, para que os/as profissionais encontrem no ambiente de trabalho, o apoio de colegas e outros pares em relação às adversidades vivenciadas naquele contexto além do acompanhamento em saúde mental.

Devido à importância do estado de saúde emocional dos/as profissionais de saúde para a conjuntura do serviço de saúde pública em geral, muito se tem buscado conhecer sobre temas como estresse ocupacional, o sofrimento psíquico e a saúde mental, principalmente, por pesquisadores/as das áreas de Psicologia, Enfermagem e Medicina. É importante que esses resultados sejam devolvidos para a sociedade para que possam contribuir com a ampliação do conhecimento e para a implementação de políticas públicas relativas.

Dessa forma, essa Cartilha é um aceno à reflexão de como o cuidado com a saúde mental de profissionais de saúde diante da demanda de violência no contexto de trabalho é prejudicado por uma lógica de robotização do trabalho do cuidado, aquele voltado somente para o outro, que atropela a si mesmo/a. Apontamos, ainda, a necessidade de ampliar e fortalecer debates acerca do tema e problematizar as políticas de acolhimento e apoio institucionais. Ao atuar de forma democrática, coletiva e organizada, torna-se possível reinventar práticas concretas de educação e trabalho na perspectiva

da formação cidadã e da humanização de processos.

Humanizar os/as profissionais de saúde de fato é uma urgência, que ultrapassa os escritos dispostos na Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2010), trazendo para a prática e para a rotina diária, sendo incluído nas agendas como fundamental nas instituições. É a urgência de permitir ao/à profissional que cuida do sofrimento do outro sofrer. Afinal de contas, existe um indivíduo por trás do jaleco que precisa de suporte e acolhimento para si e suas demandas, além de alguém que precisa dormir, comer, ter momentos de lazer, estar com a família, sair com os amigos, namorar, e, o mais importante: ser feliz e autorrealizado/a.

Pratique o autocuidado e inspire outros/as profissionais de saúde

ALMEIDA, A. H. do. V. de; SILVA, M. L. C. A. da; MUSSE, J. de O; MARQUES, J. A. M. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arq Odontol.** v. 48, n. 2, p. 102-115. 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR.** 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023. Disponível em <https://www.msmanuals.com/pt/profissional>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BALLINT. **Balint em poucas palavras**, 2023. Disponível em <https://www.balint.org.br/#:~:text=Grupo%20Balint%20%C3%A9%20um%20grupo,profissionais%2C%20pacientes%20e%20suas%20fam%C3%ADlias>.

BARBOSA, A. M; LACERDA, D. A. L.; VIANA, F. D. A. Análise da Capacidade Para o Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde em João Pessoa-PB. **R bras ci Saúde**, v. 23, n. 1, p. 81-88. 2019.

BARROS FILHO, A. A. De barbeiro a cirurgião do rei: a fantástica história de Ambroise Paré. **Boletim da FCM.** v. 2, n. 10. 2007.

BLAIR, T. D; RAMONES, V. A. Understanding vicarious traumatization. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.** v. 34, n. 11, p. 24-30. 1996 Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8923347/>

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra.** Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B.S.G.; CAIS, C.F.S; MACEDO, M.M.K. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, v. 37, n. 3, p. 213-20. 2006. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewfile/1442/1130>

BOTTEGA, Carla Garcia; MERLO, Alvaro Crespo. Linha de cuidado em saúde mental do trabalhador: discussão para o SUS. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 77-102, dez. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300006&lng=pt&nrm=iso.

BOULOS, Marcos. Infecções e emoções. **Revista de Medicina**, São Paulo, Brasil, v. 93, n. 2, p. 56–62, 2014. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/97320>.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004 Disponível em http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_198_2004.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf

BRASIL. **Sinan Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)** Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017. 2023 Disponível em <https://portalsinan.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN – Dados Epidemiológicos Sinan**. 2023. Última atualização em Sexta, 02 de Junho de 2023, 15h52, Disponível em <https://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-SINAN>

BRASIL. **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)**, Ministério da Saúde. 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cerest#:~:t=ext=Centro%20de%20Refer%C3%Aancia%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20%E2%80%93%20Cerest%20%C3%A9%20um%20especializado%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador>.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, Alysson Massote (org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CAMPOS, E. P. Grupos de suporte. In: MELO FILHO, J. (Org.). **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 117-130

CANELLO, P. Relação médico-cliente. In: MELO FILHO, J et al. (Org.) **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre : Artmed, 2010. p. 522-545

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (Coord.). **Atlas da Violência 2024**. Brasília: Ipea; FBSP, 2024.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar. 1985. p. 25-62.

COCCO, M.; SILVA, E. B. da; JAHN, A. do C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12. n. 3, p. 491-7, 2010.

CODO, W; LANE, T. M. **Psicologia Social: o homem em movimento**. (13ª Ed.) Brasiliense: São Paulo, 2001.

COGO, A.; SCHIMIDT, B.; SILVA, B. M. da.; NOAL, D.; SERPELONI, F.; SILVA, J.; SCAVACINI, K.; SILVA, K. R. da; MAGRIN, N. P.; SILVA FILHO, O. C. da. (orgs). **Prevenção ao Suicídio**. Série Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres. Ministério da Saúde. 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/view>

COSTA, C. H. G. da; GRIZA, R. L. A.; SALDANHA, J. M. R.; TOMAZZINI, A. C.; ZANINI, E. de O. A influência social, econômica e ambiental no processo saúde-doença envolvendo suicídio entre estudantes de medicina e médicos. **Fag Journal of Health**. v. 2, n. 1, p. 135-141, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i1.167>

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ROCHA, Patrícia Rodrigues da. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 11, n. 1, p. 41-48, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v11n1/pt_07.pdf>.

DEJOURS, C. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap, FGV. 1999.

DENKINGER, J. K.; WINDTHORST, P.; ROMETSCH-OGIUN EI Sount, C., BLUME, M.; SEDIK, H.; KIZILHAN, J. I.; GIBBONS, N.; PHAM, P.; HILLEBRECHT, J., ATEIA, N.; NIKENDEI, C.; ZIPFEL, S.; JUNNE, F. Prevalence and Determinants of Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the “Islamic State”. **Frontiers in Psychiatry**, v. 9, n. 234. 2018. Disponível em <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00234>

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Brasil. **Indicadores socioeconômicos selecionados Séries históricas de 1995 a 2023**. 2024. Disponível em <https://www.dieese.org.br/sinteseindicadores/2024/inindicadoresSocioeconomicos.pdf>

DJAVAN. **Esquinas**. Djavan. Álbum: Lilás. 1984. Disponível em <https://www.lettras.mus.br/djavan/45521/>

EGRY, E. Y.; APOSTÓLICO, M. R.; MORAES, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 83-92. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/>

GARDNER, E.R. & HALL, R.C. The professional stress syndrome. **Psychosomatics**, 22:672-680, 1981.

GUEDES, Carla Ribeiro. Saúde mental de estudantes universitários: o grupo de suporte como dispositivo para uma rede de cuidado. In: FRANCO, T. B. (org.). **A saúde coletiva e suas multiplicidades**. Niterói : Eduff , 2024. p. 372-382.

HUGGARD, P., LAW, J., & NEWCOMBE, D. A systematic review exploring the presence of Vicarious Trauma, Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress in Alcohol and Other Drug Clinicians. **Australasian Journal of Disaster & Trauma Studies**, v. 21, n. 2, p. 65-72. 2017

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2007

LIMA, J. A. ; OLIVEIRA, V. M. S. ; ALBERTO, M. F. P. . Vivências Subjetivas e Qualificação: os profissionais das políticas públicas de saúde frente à demanda de violência sexual contra crianças e adolescentes. In: PESSOA, M. C. B.; MÁXIMO, T. A. C. de O.; RUFINO, V. M. (Org.). **Diálogos em psicologia do trabalho: pesquisa e intervenção**. 1ed. João Pessoa: Editora UFPB, 2021, p. 158-174.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. Trauma ou traumatismo psíquico. In: **Vocabulário da psicanálise**. 4.ed.. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.678-84

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 79-85. 2007.

MCCANN, I. L.; PEARLMAN, L. A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. **Journal of Traumatic Stress**, v. 3, n. 1, p. 131-149, 1990. Disponível em <http://doi.org/10.1007/BF00975140>

MCCUE, J. D. The effects of stress on physicians and their medical practice. **N Engl J Med**. v. 306, n. 8, p. 458-63, 1982.

MELEIRO, A. M. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 135-140. 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

MELEIRO, A. M. A. da S. Consequências do trabalho na saúde mental do médico: qual a realidade? In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. de (orgs). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015.p. 105-128.

MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Cols). **Psicossomática hoje**. (2ª Ed.). Porto Alegre : Artmed, 2010.

MERHY, E. E. O Cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Franco T. B.; Merhy E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172-182.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L, GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T. B, (org). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MILAN, L. R; ARRUDA, P. C. V. Assistência psicológica ao estudante de Medicina: 21 anos de experiência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000100027>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA [MDHC]. **Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos - 1º Semestre de 2023**, 2024a. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/primeiro-semester-de-2023>.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA [MDHC]. **Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos - 2º Semestre de 2023**, 2024b. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/segundo-semester-de-2023>

MUNIZ, J. R.;TAUNAY, M. Grupos de enfermagem no hospital geral. In: MELLO FILHO, J. Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MUZZOLON, Sandra Regina; MUZZOLON, Mariana; LIMA, Mônica Nunes. 130 anos de evidências: risco de suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista de Medicina**, São Paulo, Brasil, v. 100, n. 6, p. 528–535, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/174956..> Acesso em: 8 dez. 2024.

OLIVEIRA, R. G. de et al. Organização da Atenção. In: OLIVEIRA, R. G. de et al. **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009. p. 97-123

OLIVEIRA, R. J.; CUNHA, T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, dez. 2014.

OLIVEIRA, Sibeles. **Os médicos estão doentes, o que leva alguém que teria de salvar a vida dos outros acabar com a própria**. Reportagem TAB Uol, publicado em 23/04/2018 Disponível em <https://tab.uol.com.br/edicao/medicos-suicidio/#cover>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais [online]**. Genebra: OMS; 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Menu of cost-effective interventions for mental health**. Genebra: OMS, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Viver a vida.** Guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países, Brasília, D.F.; 2024. Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/61445/9789275724248_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PEDROSA, Maria Aparecida de Luna. Reflexões sobre Michael Balint: comunicando uma experiência de grupos. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Cols). **Psicossomática hoje.** (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 214-222.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F.(Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 110-114.

PINHEIRO, L. S.; MEDEIROS, T. C. S.; VALENÇA, C. N.; DANTAS, D. K. F.; SANTOS, M. A. P. Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. bras. med. trab**, v. 17, n. 2, p. 180-187, 2019.

ROBERTS, S. E, JEREMIN, B, LLOYD, K. High-risk occupations for suicide. **Psychol Med.** v. 43, n. 6, p. 1231-40, 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712002024>

RODRIGUES, A. L.; FRANÇA, A. C. L. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. . In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Cols). **Psicossomática hoje.** (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 111-134.

ROSA, A.J.; BONFANTI, A.L.; CARVALHO, C.S. **O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho.** Saúde e sociedade, São Paulo, v.21, n.1, p. 141-152, 2012.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.

SENÇO, N. M. de; VENEZIAN, J. A.; ABDUCH, M.; CORDEIRO, Q.; GOUVÊA, E. S. A saúde mental dos profissionais de saúde. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. de **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015. p. 141-154

SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 5, p. 919-924. 2011.

SILVA, T., GUERRA, G. M.; PESSINI, L. Caracterização do autocuidado do profissional de enfermagem e reflexões à luz da bioética. **Revista Bioethikos**, v. 8, n. 1, p. 61-74, 2014.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; SILVA, S. E. D.; POLARO, S. H. I.; RADUNZ, V.; SANTOS, E. K. A.; SANTANA, M. E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Literacy: solids facts**. Geneva: WHO, 2013.

YALOM, I. D.; LESZCZ, M. **The theory and practice of group psychotherapy**. Nova York: Basic Books, 2005. p.

ZIMERMAN, D. E. A formação Psicológica do Médico. In: MELO FILHO, J et al. (Org.) **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.80-86.

Anexos - Saber, reconhecer e agir!

Indicação de leituras

Cartilhas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/CICLOS_VIDA/CRIANCA_ADOLESCENTE/linha_de_cuidado_para_a_atencao_integral_a_sau_de_de_crianças,_adolescentes_e_suas_famílias_em_situacao_de_violências:_orientacao_para_gestores_e_profissionais_de_saude.pdf

Manual de Atendimento a Vítimas de Violência na saúde pública DF https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Autocuidado em Saúde e a Literacia para a Saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas : guia para profissionais da saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autocuidado_saude_lite_racia_condicoes_cronicas.pdf

Brasil. Cartilha - Prevenção de Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde, (2024) <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/view>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Viver a vida. Guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países, 2024 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/61445/9789275724248_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Telefones úteis:

Disque 100 - Para qualquer grupo vulnerável
Ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher
Disque 188 - Centro de Valorização da Vida (CVV)
Disque 190 - Polícia Militar

Disque 191 - Polícia Rodoviária Federal

PROVITA - Programa de Proteção a Vítimas e Testemunhas Ameaçadas

Rede de referência*

Casa da Mulher Brasileira: atende mulheres vitimadas pela violência

Centro de Promoção da Igualdade Racial (CRPIR)

Centro de Valorização da Vida (CVV) - Disque 188

Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência (CMPD)

Coordenações de Políticas de Diversidade Sexual (CPDS)

Centro de Referência e Apoio aos Imigrantes (CRAI)

Delegacia de Polícia de Repressão aos Crimes Raciais e de Delitos de Intolerância (DECRADI)

Defensoria Pública (DP)

Delegacias

Delegacias Especializadas de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA)

Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM)

Delegacia Especializada de Proteção à Pessoa Idosa (DPPI)

Delegacias Especializadas de Proteção à Pessoa com Deficiência (DEAPD)

Hospitais de Referência

Instituto Médico Legal (IML)

Ministério Público (MP)

Ouvidoria da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos

Varas da Infância e Juventude (VIFJV ou VIJ)

Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher

Vara de Família e Sucessões

**As redes que estão sem contato possuem números específicos em cada cidade. Verifique qual é o telefone na sua.*



Dra. Joana Azevêdo Lima

Pós-doutoranda em Psicologia da Saúde na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob apoio da Fapesq (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB/Brasil, com estágio sanduíche na Universidad Complutense de

Madrid/UCM/Espanha, e Mestre em Psicologia Social pela UFPB. MBA em Gestão de Projetos pelo IBMEC/BA. Títulos de especialista (CFP) em Psicologia Social e Psicologia em Saúde. Pós-Graduação em Psicoterapia Analítica pelo Instituto Junguiano da Bahia/IJBA/BA. Graduação em Psicologia (com ênfase em bacharelado, formação de psicóloga e licenciatura) pela Universidade Salvador - Unifacs. Formação em Somatic Experiencing - SE®- pela Associação Brasileira do Trauma (ABT). Pesquisadora do LongeViver - Grupo de Pesquisa sobre Envelhecimento Humanos e Psicologia Social da Saúde (UEPB) e do NUPEDIA - Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre o Desenvolvimento da Infância e Adolescência (UFPB). Desenvolve estudos sobre violência, especialmente, contra mulheres, crianças e adolescentes, com enfoque nas áreas da saúde, social e comunitária e jurídica.

Dra. Josevânia da Silva



Supervisora do Pós-doutorado da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Gerontologia. Docente Associada do Departamento de Psicologia. Coordenadora do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade

Estadual da Paraíba. Coordenadora do Laboratório LongeViver (Laboratório de Pesquisas em Envelhecimento Humano e Psicologia Social da saúde). Sócio-fundadora da Associação Brasileira de Psicogerontologia e membro do conselho consultivo. Avaliadora de periódicos da Área de Psicologia. É membro do Grupo de Trabalho Pesquisa em Psicogerontologia. Desenvolve investigações em temáticas relativas ao envelhecimento e desenvolvimento humano, saúde mental e processos de vulnerabilidades em saúde.