

# **UMA AUTOETNOGRAFIA SOBRE O PROCESSO DE SOFRIMENTO NO TRABALHO DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS<sup>1</sup>**

Mateus do Amaral Meira<sup>2</sup>  
Doutorando em Antropologia pela Universidade Federal da Paraíba e  
Psicólogo na Atenção Básica em Saúde na Cidade do Recife-PE

## **Para iniciar a conversa: meus caminhos de formação e de prática como trabalhador de saúde na AB.**

Tive uma formação escolar de classe média, sempre estudei em escolas particulares e entrei no curso de Psicologia, na Universidade Federal da Paraíba, no ano de 2003. Desde então, estive envolvido em projetos de extensão na perspectiva da Educação Popular que trabalhavam em conjunto com comunidades da periferia da cidade João Pessoa-PB. Nesses projetos, estudantes de graduação de diferentes cursos de saúde visitavam aos sábados (e às vezes em outros dias da semana também) a comunidade e, especificamente, algumas “casas” que, na verdade, eram famílias. Assim, por vários meses, um ano inteiro ou até mais de um ano, fazíamos visitas matinais às mesmas famílias daquela comunidade.

A partir desse encontro afetivo, social, cultural e comunitário criávamos vínculos com essas famílias e com a comunidade. Além das visitas semanais, realizávamos vários tipos de grupos de educação em saúde na associação comunitária com públicos diferentes: crianças, mulheres, idosos/as, etc. E também nos era incentivado que conduzíssemos as reuniões de organização do próprio projeto de extensão, em que discutíamos sobre as famílias que acompanhávamos, sobre a organização dos grupos e dos eventos.

Apesar da minha trajetória de um estudante universitário branco de classe média, foi a partir dessa experiência nesse projeto de extensão chamado Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) que comecei a me interessar pela atuação na

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia. Ano: 2024

<sup>2</sup> Envio este trabalho completo para que a coordenação do GT possa apreciá-lo e para contextualizar melhor minha explanação presencial. No entanto, solicito, por gentileza, que o trabalho completo ora apresentado não seja publicado nos Anais do evento, uma vez que não estou seguro pessoalmente da exposição implicada nessa publicação. Informo que já enviei um e-mail antecipadamente para organização do evento solicitando o mesmo, assim como, a mudança no título do resumo. Este último, com a alteração do título, pode ser colocado no Anais. Espero em outro momento reformular o presente trabalho e, eventualmente, publicá-lo em outra via. Agradeço desde já a compreensão.

Estratégia Saúde da Família, pelo trabalho comunitário, pelo cuidado em saúde, pela construção coletiva e participativa, pelo vínculo afetivo e pela dimensão política inerente ao cuidado junto à essas pessoas. Foi aí que comecei a diminuir o fosso cultural (VASCONCELOS, 1999) imposto pela sociedade classista e estruturalmente desigual entre minha história de vida e a história de vida daquelas pessoas.

Quando terminei minha graduação em Psicologia, trabalhei como gestor da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB de 2008 a 2009 e depois fiz a Residência Multiprofissional em Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFPB) em parceria com a Secretaria de Saúde de João Pessoa – PB. Ambas também foram experiências profissionais e formativas significativas, uma vez que me iniciaram no trabalho, já como profissional, na Atenção Básica.

Em 2014, após essas experiências, fui chamado pelo concurso da Prefeitura da cidade do Recife-PE para trabalhar no então Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma equipe multiprofissional que devia apoiar o trabalho da equipe de saúde da família. Quando comecei o trabalho no NASF, eu estava muito empolgado. Havia me formado para trabalhar nessa política pública, tinha orgulho do meu trabalho, era o que eu buscava: um trabalho de cuidado e de educação em saúde, que tinha uma dimensão política e social por se dar junto a pessoas economicamente vulneráveis. Eu realizava a atendimentos, discutia os casos com as equipes de saúde da família (eSF's), fazia reuniões, etc. Estava pondo em prática tudo o que havia aprendido e, ao mesmo tempo, adquirindo outros saberes e habilidades com a nova experiência. Eu ouvia de colegas mais antigos que eles também tinham orgulho quando começaram a trabalhar na Saúde da Família.

Eu sabia que havia questões difíceis de lidar, por exemplo: a necessidade e a demanda de saúde da população eram maiores que a nossa oferta de serviços; a rede secundária de saúde (os ambulatórios de especialidades) era (e ainda é) precária e insuficiente; o salário era e (ainda é) baixo, excetuando o dos médicos/as; as condições de trabalho eram ruins: a infraestrutura das Unidades de Saúde, os espaços de educação permanente para os profissionais eram escassos e longe de serem “permanentes”, eram pontuais e desconexos, o reconhecimento do nosso trabalho por parte da gestão praticamente não existia, etc.

Mesmo nesse contexto, eu enfrentava as dificuldades da melhor maneira possível. A luta política se misturou ao trabalho: passei a participar de reuniões de sindicato, fui conselheiro no conselho municipal de saúde, ajudei a organizar coletivo de trabalhadores do NASF, participei de campanhas salarias, etc. No NASF em Recife-PE, expandi minha experiência inicial na graduação para aprender a sonhar e alimentar utopias a partir de uma práxis transformadora, desenvolvi outras habilidades de liderança na luta política enquanto refinava minha escuta e minha prática como psicólogo na vivência com os usuários e com as eSF's na Unidade de Saúde. Mesmo com todas as dificuldades, havia uma dimensão de orgulho a partir de um trabalho realizador na Unidade e de uma luta política compartilhada. Por isso, posso dizer que me realizei bastante durante os primeiros anos de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade do Recife-PE.

**Para contextualizar o assunto: a Atenção Básica em Saúde e as equipes eMulti: o processo de disputa dessa política de saúde e sua relação com o adoecimento de seus/as trabalhadores/as.**

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012).

As eMulti – antigas equipes NASF - são equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira complementar e integrada às eSF's, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2023). Na organização dessa política em Recife, a maioria das equipes são compostas por um/a psicólogo/a (40h), um/a nutricionista (40h), um/a farmacêutico/a (40h), um/a terapeuta ocupacional (20h), um/a assistente social (20h), um/a fisioterapeuta (20h) e um/a fonoaudiólogo/a (40h). Na prática, a composição das eMulti em Recife continua igual ao modelo do NASF, tendo mudado, por enquanto, apenas o nome da política em função da nova portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023).

O processo de implantação e expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil ocorre em um cenário de contradições e disputas de políticas neoliberais. A disputa hegemônica dos projetos de saúde no Brasil se expressa, por um lado, através do Projeto de Reforma Sanitária (com defesa da democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, equidade, integralidade, tendo como premissa a defesa da saúde como direitos de todos e dever do Estado) e, por outro, pelo Projeto Privatista articulado ao mercado, com a tendência de racionalização de oferta, a focalização e a privatização. Além desses, também há a vertente do “SUS Flexível”, que no contexto da contrarreforma defendem um SUS “possível”, que é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde por parte de todos/as brasileiros/as (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018, p. 10).

O impacto da privatização do SUS resulta em um modelo fragmentado de cuidado em saúde, a partir de noções de racionalização de recursos e produtividade da lógica gerencialista, com divergências quanto aos resultados de melhoria na prestação de serviços entre os modelos de Administração Direta ou de parceria público-privada (CRUZ e MARQUES, 2023).

Nesse contexto, os reflexos no trabalhador da saúde apontaram para uma rigidez excessiva da organização do processo de trabalho, a precarização de vínculos trabalhistas, o desgaste individual e de questões de saúde do trabalhador, prejuízo da possibilidade de construção do trabalho em equipe e impacto negativo nas atividades de formação e capacitação dos profissionais de saúde (CRUZ e MARQUES, 2023).

Assim, embora a privatização não tenha se dado (ainda?) em larga escala nacional na Atenção Básica, a privatização de outras políticas e serviços dentro do SUS, como da gestão, reforça/piora a saúde dos trabalhadores, pela lógica gerencialista e empresarial adotada, com a forma de gestão pautada em números, metas e que não necessariamente correspondem à melhoria da assistência para a população.

Além disso, os trabalhadores deste modelo de atenção em saúde no Brasil estão em contato diário com a vulnerabilidade econômica e social da população a quem atendem, com os conflitos sociais das comunidades e com as violências causadas por esse

contexto de desigualdade social. Tais trabalhadores/as convivem diretamente com o sofrimento do/a outro/a, com a escassez de recursos e a imensa demanda de responsabilidades, que afetam a resolutividade das ações, contribuem para o desenvolvimento de doenças ligadas ao trabalho e influenciam no processo do viver humano (DAMASCENO E MERCÊS, 2020). Pioram o quadro, ainda, a falta de suporte e articulação intrasetorial (rede de saúde) e intersetorial (assistência social, segurança, educação, etc).

Há estudos que apontam que a maioria (53%) das licenças médicas de afastamento dos profissionais da AB são relacionados a transtornos mentais e comportamentais (MELLO et al, 2020). Os riscos laborais que corroboram para o adoecimento são físicos, biológicos e químicos, além daqueles causados pela pressão acelerada do tempo e pela exigência crescente de produtividade ocasionado inúmeros agravos à saúde do trabalhador. Nas organizações de trabalho atuais, há um excesso de solicitações que ocorrem com prazos curtos e de forma acelerada; com definições de prazos e metas cada vez mais de forma a pressionar o trabalhador, ocasionando sobrecarga e comprometendo a qualidade da assistência e das tarefas propostas (MAIOLINO, VIEIRA E PASSOS, 2022).

Em um estudo para avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores/as da AB, a ansiedade esteve presente em 45,3% dos profissionais, sendo 25,0% com ansiedade leve, 9,9% com ansiedade moderada e 10,5% com ansiedade grave. A depressão esteve presente em 41,0% dos profissionais, sendo 28,9% com depressão leve e 12,1% com depressão moderada (JÚLIO et al, 2022). Outro estudo, realizado há 20 anos já constatava a presença de estresse em 62% dos trabalhadores da AB, sendo que destes, 83% deles estavam na fase de resistência, o que significa que a manifestação dos sintomas se apresentavam na esfera psicossocial, tais como: ansiedade, medo, isolamento social, roer unhas, oscilação do apetite, impotência sexual, entre outros (CAMELO E ANGERAMI, 2004).

Jarruche e Mucci (2021), em uma recente revisão integrativa, identificaram alto índice de síndrome de *burnout* em profissionais da saúde, inclusive profissionais da AB, assim como alto risco de desenvolver essa síndrome e incidência de outros transtornos mentais.

Numa coletânea de textos que tratam da reflexividade na pesquisa antropológica em saúde, Ferreira e Brandão (2017) trazem autores como Didier Fassin (1996) e outros da Antropologia médica crítica, como Look e Nguyen (2010), que reivindicaram a inclusão na antropologia de estudos sobre proteção social, sistemas de prevenção de epidemias e endemias, políticas internacionais de atenção primária em saúde, realçando-se a dimensão política e global do campo (FERREIRA E BRANDÃO, 2017).

Nessa perspectiva, a antropologia política da saúde estuda os processos de saúde e de doença como significante e significado imbricados à mudança social. Isso implica que a saúde não se reduz ao corpo e ao domínio médico. Ela pertence igualmente aos domínios jurídico, moral, tecnológico e intelectual. Assim, o estudo do corpo, da saúde e da doença coloca sempre em perspectiva o social e o político, revelando novos aportes. Nesse contexto, se, antes, os doentes ou os usuários dos sistemas de saúde eram o objeto da pesquisa, por outro lado, cada vez mais o universo tem incluído também os curadores e os cuidadores (FERREIRA E BRANDÃO, 2017).

## **Sobre os métodos**

### **A) Os sentidos da narrativa**

Quando penso em escrever sobre meu processo de sofrimento e adoecimento a partir do trabalho na AB eu sei que não estou só nessa vivência. Vários/as colegas e amigos/as também relatam ou compartilham seus processos pessoais relacionados ao sofrimento no trabalho. Em sua grande maioria, eram sofrimentos psíquicos, de como se sentiam mal, de como estavam cansados/as e saturados/as do trabalho, como não se sentiam valorizados/as nem respeitados/as. Mas, além de escrever a partir da convivência com eles/as, eu queria também expressar minhas ideias e escrever meus sentimentos buscando sentidos próprios para o que eu experienciava no processo de sofrimento/adoecimento. Não necessariamente eu busquei os “porquês” desses acontecimentos, mas talvez o “como” ele foi-se dando, como foi tomando conta de mim ao longo dos anos e, ao mesmo tempo, busquei articular quais relações objetivas esse sofrimento/adoecimento tem com o meu trabalho.

Sonia Maluf (1999), ao falar da obra de um cineasta e escritor chamado Wim Wenders, diz da importância da narrativa, do narrar e do contar histórias. Para ela essa é a única forma de falar da experiência humana, compartilhando a experiência e encontrando nela sentido. Para essa autora, duas dimensões da narrativa estão presentes nos dramas e dilemas vividos pela antropologia contemporânea. A primeira tem a ver com a diversidade e a universalidade da cultura: contar muitas, infinitas histórias, ou buscar em toda essa variedade “a” história, aquela que sintetizaria a experiência humana, no singular. E a outra dimensão trata de algo que está como pano de fundo de todas as histórias e experiências descritas e recontadas pela antropologia: a busca de sentido, ou seja, a necessidade de ir além da literalidade.

Ao contar um pouco da minha história, de como foi surgindo um processo de sofrimento e adoecimento psicológico a partir do trabalho, não estou propondo contar “a” história do sofrimento/adoecimento dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica, estou propondo contar apenas a “minha” versão dos fatos, uma dentre tantas outras histórias de trabalhadores/as na AB.

Mas é verdade também que, ao contar um pouco da minha história, busco sentidos para essa experiência não apenas pessoal. Busco compartilhar com iguais. Penso na realidade de tanto/as trabalhadores/as da saúde na AB (e até de outros trabalhadores/as do SUS) que escolheram por várias razões entrar neste trabalho e em algum momento da sua trajetória de formação e de prática adoeceram ou chegaram perto de adoecer. E aqui estão incluídos também os/as gestores/as. Mas, falo, especialmente, com aqueles que estão trabalhando na “ponta” do serviço por mais tempo: 10 anos? 15 anos? 20 anos? Nesse sentido, busquei o máximo de generalização possível dessa experiência sem, no entanto, deturpar os fatos ou forçar a realidade. Trago o concreto do que vivi e os sentidos de como foi para mim ao mesmo tempo que busco encontrar ressonâncias na experiência de tantos/as outros/as.

Concordo com Sonia Maluf (2021) quando nos diz que esse tipo de narrativa ou de situação narrativa são tomadas como maneiras, caminhos, veículos da experiência e do sentido – mesmo que se trate de um sentido precário, ou porque temporário ou porque nunca inteiramente ao alcance da compreensão. Segundo essa autora, nem a experiência nem o sentido (ou os sentidos) são redutíveis à narrativa, ao discurso, ou ao texto em seu significado mais largo.

Espero, sinceramente, contar essa história como quem conversa com um/a amigo/a na calçada de casa, enquanto esperam o sol se despedir de mais um dia.

Ainda que haja dores e tensões

Ainda que o corpo se inquiete

Também há conversas e corações

Também há pontes, forças e uniões.

“O pulso ainda pulsa”

E a vida ainda pode ser saboreada

Como numa conversa de calçada.

## **B) A autoetnografia**

Para Dulce Ferraz (2022), a autoetnografia é um método de pesquisa originário da antropologia que favorece um olhar sobre a experiência do adoecimento na sua integralidade, articulando os desafios enfrentados pelas pessoas que experienciam algum adoecimento/sofrimento com os debates científicos. Como qualquer etnografia, a autoetnografia se baseia na observação e na descrição densa das experiências – que, neste caso, são aquelas do próprio pesquisador, que olha para elas analiticamente, usando as ferramentas metodológicas e teóricas de que dispõe para produzir narrativas densas e evocativas. Assim, ao mesmo tempo em que permite um grau importante de subjetividade, a autoetnografia obriga o narrador a se colocar de forma contextual, como sujeito partícipe de um processo mais amplo, partilhado socialmente com outras pessoas que vivem experiências semelhantes.

Ao desafiarem as normas e fronteiras representacionais e experimentar com as formas, estruturas e conteúdo, trabalhos autoetnográficos investem na expressão das emoções como uma forma de abordagem cultural e apresentam como autores/as pessoas encarnadas. Dessa forma, eles/as ampliam o que se pode dizer sobre determinados assuntos, pessoas e instituições, e até mesmo sobre a disciplina antropológica (Gama, 2020).

Elaborada a partir da combinação de métodos de pesquisa qualitativa, a autoetnografia ganhou espaço como uma forma legítima de produção de conhecimento científico a partir das críticas do feminismo à ciência, da antropologia interpretativa, dos estudos pós-modernos e decoloniais. Situada na intersecção entre ciência e arte, a autoetnografia parte do pressuposto que pesquisas podem ser rigorosas, teóricas e analíticas e, ao mesmo tempo, experimentais, emocionais, terapêuticas, criativas, evocativas e esteticamente atraentes (GAMA, 2022).

Trabalhos autoetnográficos são especialmente interessantes em situações de vulnerabilidade, pois neles são analisados, além de dados, relatos e pesquisas sobre o tema e conhecimentos apreendidos através do próprio corpo. A autoetnografia, assim, apresenta um potencial emancipatório pessoal, profissional e político para quem escreve, mas também para quem se reconhece na experiência relatada (GAMA, 2022).

O fato de analisar o que experimenta, é importante dizer, não faz do pesquisador uma pessoa autocentrada, isolada do contexto em que vive. Pelo contrário, a faz partir de suas próprias experiências e inquietações – que são sempre relacionais e contextuais - para buscar explicações para o que não compreende, num movimento centrífugo, e não centrípeto (GAMA, 2022).

No campo da Saúde Coletiva, a autoetnografia tem se apresentado como uma estratégia para ampliar as possibilidades de justiça social, de democratização e de pluralismos nas/das práticas de pesquisa. Orientada pela episteme pós-colonial, que explora abordagens descolonizadoras que provocam e criam condições para a transformação do próprio olhar acadêmico e do conhecimento que privilegia certas representações do “outro”, a autoetnografia problematiza principalmente como as histórias subalternizadas e marginalizadas se relacionam com os sistemas considerados hegemônicos (RAIMUNDI et al, 2020). Nesse sentido, essa abordagem metodológica traz benefícios para a formação de profissionais de saúde críticos e reflexivos, por promover competências apropriadas ao cuidado centrado na pessoa (FURTADO et al, 2022).

### **Continuando a conversa inicial: um momento especial no processo de adoecimento**

Voltando à minha experiência... O trabalho já estava me afetando havia alguns anos e nos meses anteriores a angústia aumentava, eu já vinha inclusive fazendo

acompanhamento com psiquiatra e tomando medicação, além de fazer terapia. E, mesmo assim, eu seguia trabalhando. Mas, a partir de um momento especial no acompanhamento de uma pessoa, as minhas emoções se afloraram e os sentidos e caminhos do meu adoecimento mudaram. Por isso, vou apresentar um pouco desse acompanhamento aqui.

Regina (nome fictício) é uma mulher de cerca de 50 anos. Estava muito ansiosa devido a alguns acontecimentos familiares. Ela estava em uso de medicamento para ansiedade prescrita pelo médico da Unidade de Saúde da Família (USF) em que eu trabalho. Resolvi com ela dar um suporte psicológico por algum tempo, fazendo atendimentos semanais na USF.

Após alguns encontros com Regina, ela já estava bem melhor. Em cerca de dois meses de atendimento e de medicação, ela já se sentia bem confiante na sua melhora e estava agradecida pelo apoio que eu havia dado a ela. Num dos encontros, ela perguntou sobre mim, se eu tinha filhos, ou o que fazia além de atender como psicólogo. Não lembro exatamente o que disse, mas lembro que fiquei bem à vontade para falar. Falei que tinha uma filha (na época, Luísa devia ter uns 6 anos) e devo ter ficado no papel de pai coruja, elogiando Luísa, falando de seus feitos. É bom poder expressar coisas pessoais de forma leve com quem a gente cuida... Nem sempre dá, mas, quando acontece, é ótimo. E lembro que, em algum momento, falei que Luísa estava numa fase de gostar de unicórnios, ou talvez Regina tenha perguntado sobre algum personagem que Luísa gostava, não lembro bem, mas o assunto dos unicórnios surgiu.

Sei que, num dado momento, eu e Regina chegamos à conclusão de que ela já estava bem e que não precisava mais do meu suporte psicológico. Então, marcamos para semana seguinte o último encontro daquele processo. E eu me coloquei disponível para caso ela precisasse de mais encontros depois desse, ou se precisasse em outro momento.

Ao final da última consulta, ela agradeceu todo o apoio e carinho e me entregou um tapete todo feito com estampas de unicórnio, dizendo que era para eu dar para Luísa. Eu fiquei surpreso e agradecido com o gesto, e nos despedimos com ternura.

No entanto, depois que ela saiu do consultório, me certifiquei de que não havia mais ninguém no corredor em frente à sala, fechei a porta e comecei a chorar sozinho! ...Consigno ver aquela cena até hoje. Sentado na cadeira do consultório, um cotovelo encostado na mesinha e outro no meu joelho, meu corpo debruçado e as mãos no rosto. Chorava como se fossem dois “eus”. Um que sabia que não tinha outra coisa a fazer

naquele momento a não ser chorar, e outro “eu” que se espantava com aquele choro, que buscava entender o que se passava, que observava surpreso e até tentava se consolar.

Eu sabia que este presente significava algo positivo não somente para mim, mas para nós, profissionais da saúde: a construção de um bom vínculo afetivo, a melhora da pessoa de quem cuidamos, o reconhecimento do nosso trabalho, a expressão de carinho por parte do usuário, esses são aspectos certamente dos mais gratificantes do nosso trabalho. Nesse contexto, receber presentes de quem cuidamos faz parte do universo dos profissionais de saúde e é entendido como algo muito positivo, ao mesmo tempo que também pode ser problematizado como algo constrangedor, já que aquele cuidado ofertado é o “trabalho” do profissional de saúde, é o “direito” do usuário, e não uma benfeitoria do profissional, remetendo, assim, ao assistencialismo, à dependência. Isso pode fazer algum sentido para algumas pessoas, mas há uma simbologia afetiva nessa relação de cuidado que não pode ser desconsiderada e que deve abrir espaço para amorosamente podermos acolher o presente como uma espécie de “troca”, como um gesto de gratidão e de carinho por parte dos usuários em relação ao cuidado ofertado.

Mauss (2003), em seu livro ensaio sobre a dádiva, propõe a troca de presentes como “uma das rochas humanas sobre as quais estão erigidas nossas sociedades”. As trocas de presentes forjam alianças de parentesco, políticas, religiosas, econômicas, diplomáticas e legais. E o presente tem uma força simbólica estruturante para as sociedades chamadas erroneamente de primitivas.

Pois bem, não fui capaz de aceitar esse presente. Recebi, mas é como se não tivesse aceitado em mim. Eu havia oferecido a escuta, o suporte, a empatia e ela havia recebido o cuidado, mas não fui capaz de receber (comigo mesmo) a retribuição simbólica de Regina expressa com carinho e gratidão através desse presente. Era como se eu me sentisse insuficiente para receber aquilo, indigno. Era como se eu não me sentisse mais pertencente a uma comunidade de cuidadores, “cura-dores”, terapeutas cujas trocas simbólicas e afetivas podem fluir muito além do valor estritamente econômico ou profissional.

Eu já vinha angustiada e sofrendo com o trabalho havia um bom tempo, mas aquele foi um momento decisivo para eu constatar como eu já estava adoecida. Eu não conseguia aceitar que eu havia feito a diferença na vida daquela pessoa, que naquela fase da vida dela eu havia sido importante. Eu não aceitava o meu lugar de terapeuta no

processo de adoecimento, cura e cuidado de Regina. No fundo, eu acredito que eu me questionava se eu era capaz de fazer aquele trabalho. Eu me sentia impotente e duvidava da minha capacidade de desenvolver aquele cuidado.

A vivência dessa angústia individualizava o problema em mim. A cobrança me fazia sentir e entender que não era o trabalho que estava me adoecendo, mas EU que não era mais capaz de desempenhá-lo. No momento da angústia e desse choro, o que eu sentia era culpa e vergonha pelo meu adoecimento. Eu mesmo e mais ninguém e mais nada havia “causado tudo aquilo”.

Eu pensava: o que mais vou fazer da vida se praticamente só sei fazer isso? Onde vou trabalhar agora? O que eu posso fazer se preciso desse emprego para sobreviver? Tantos anos de formação para terminar assim? Um trabalho que eu gostava tanto e que tinha orgulho de me envolver? E a minha estabilidade em função do concurso? Eu me via sem saída. Exausto. Culpado. Deprimido. Ansioso. Derrotado. Envergonhado.

Após esse momento, em outra fase desse processo, somente em passar de carro perto da área onde era a Unidade de Saúde que eu trabalhava, eu já sentia tremores no corpo, náusea, angústia e ansiedade. Meu sono também já não era reparador.

Depois desse acontecimento, fiquei mais atento a mim e procurei ajuda. Voltei ao psiquiatra que estava me atendendo e que já me recebia muito bem, relatei minha história, especialmente voltada ao trabalho, o que estava se passando comigo e a quanto tempo mais ou menos, quais eram meus sintomas, etc. É evidente que não relatei tudo isso de forma sequencial e formal. Chorei a cada palavra que buscava dizer. E, por algumas vezes, parei de falar por não conseguir. Dentre tantas coisas, sentia também vergonha de passar por aquilo, havia um peso moral em não conseguir mais trabalhar.

Jutel (2021) nos diz que o diagnóstico é particularmente relevante para a experiência da enfermidade, dado o domínio da medicina como paradigma explicativo da disfunção física e emocional, bem como o papel que o diagnóstico desempenha nas próprias instituições, nas explicações da medicina. Por isso, o pesquisador crítico do processo saúde e doença deve considerar como o diagnóstico molda a experiência da enfermidade. Jutel (2021) diz, ainda, que o paciente pondera quando um diagnóstico é necessário, e eu concordo com ela. No meu caso, o diagnóstico chegou não como uma tábua de salvação ou exatamente como um alívio. Sendo profissional de saúde, e mais especificamente de saúde mental, além de ter conversado com outros/as colegas e

amigos/as que passavam por processos semelhantes, eu já tinha uma ideia do que se passava comigo enquanto diagnóstico. O diagnóstico veio então como uma confirmação, mas, principalmente, como a garantia do direito de parar de trabalhar. Eu estava com episódio depressivo e ansiedade generalizada associados a síndrome de *burnout* (ou esgotamento). Entrei de licença médica por 3 meses, que depois foram renovadas por mais 2 meses.

Por algum tempo, resisti em me afastar do trabalho. Mesmo sabendo que eu já poderia e deveria pedir o afastamento pela indicação do próprio Psiquiatra, eu receava deixar meus/minhas colegas de equipe e pensava: “como eles vão ficar sem o meu apoio? Sem minha presença na equipe?”. Tinha medo também que outras pessoas usassem meu afastamento/adoecimento para me julgarem, me chamarem de “louco”, ou desmerecerem a qualidade do meu trabalho, algo do tipo: “Olha lá, o psicólogo é doido!” (Risos meus). Havia muitas questões morais relacionadas ao meu trabalho que no momento do sofrimento e da ansiedade se revelaram e tomavam uma proporção maior do que eu podia aguentar.

Ao mesmo tempo, eu também conseguia fazer uma análise crítica da situação. Consegui “racionalizar”, dizer para mim mesmo que era preciso me cuidar e me priorizar naquele momento. Embora hoje eu possa escrever isso com mais tranquilidade (talvez até algum sorriso nostálgico), naquele momento esses pensamentos me atormentaram. Ao mesmo tempo, embora hoje eu tenha mais força e talvez maturidade para lidar com essas questões morais, nada garante que eu não possa voltar a me sentir assim ou mesmo que eu seja julgado como tal.

Posso dizer, tomando para mim as ideias de Mol (2018), que meu processo de adoecimento é múltiplo, assim como meu corpo, no sentido em que ambos estão abertos à uma multiplicidade de possibilidades de sentidos e de análises. Esse processo de adoecimento foi se fazendo (e ainda está) a partir de uma prática cotidiana que integra o contexto geral da AB na cidade do Recife e no Brasil, de relações de trabalho, de ideias e ideais, conversas com colegas e amigos/as, na relação com usuários/as do SUS, com a gestão desse sistema, ou seja, esse processo de saúde/doença se constrói numa prática.

Para Mol (2018) tanto a doença como o corpo tomam forma, são performados numa prática. Nessa performance, o presente em si está e permanece instável. Há o aqui e o agora, em que fazendo acontece, mas não é explicado necessariamente pelo o que

aconteceu antes. Existem padrões e rotinas, mas sempre há a possibilidade de surpresas. Nesse sentido, não me vejo assujeitado a estruturas nem totalmente condicionado a sistemas ou formas, me vejo negociando agências e possíveis transformações a todo tempo, no devir de que nos fala Biehl (2020). Quando escrevo, falo, penso e ajo, me vejo inacabado, me refazendo constantemente como sujeito, como parte da história, como corpo...

Assim como vejo, de certa forma, a construção do SUS e da Atenção Básica. Não dá para negar a força da estrutura e do capital que disputa o SUS, mas também não dá para resignar-se e negar o poder dos movimentos sociais e a possibilidade da transformação histórica. A disputa segue posta em/para todos os projetos de SUS. Estamos em tempos de retomada da democracia e a possibilidade de diminuição da desigualdade social, econômica, de gênero, de raça está em jogo, agora em outro patamar. Sigo acreditando na mudança social através da luta política e da esperança (Freire, 2017).

É necessário a construção de políticas permanentes (municipais, estaduais e nacionais) de cuidado a esses/as trabalhadores/as. Algumas práticas pontuais já existem, inclusive partindo dos próprios trabalhadores/as da AB (Quirino et al, 2020). A construção de uma política nacional de promoção da saúde dos trabalhadores do SUS que articule as estratégias pontuais, organize a política e financie pode ser um caminho. Não falamos aqui de um “cuidando do cuidador” para os gestores “dizerem que existe”, mas de uma compreensão de cuidado que pense junto a formação permanente, a organização do trabalho na AB, a ampliação de concursos públicos para saúde, salários melhores e a construção de carreiras profissionais mais respeitadas.

### **Conclusões Temporárias**

Escrevi esse ensaio autoetnográfico por mim e por inúmeros profissionais da AB no SUS que tem adoecido emocionalmente por causas relacionadas ao trabalho. Esse ensaio não é só expressão de um desejo (quase necessidade) de organizar minhas emoções, mas também, é falando “com” outros/as trabalhadores/as da AB no SUS para de alguma forma propor caminhos de elucidação que lhes ajudem a perceber, refletir como seu trabalho tem afetado sua saúde mental e, a partir daí, agir para encontrar caminhos, estratégias de resistência e superação próprias desse processo.

Da mesma forma, ao trazer essa narrativa e ao evidenciar a ideia de desmonte da Atenção Básica no SUS, não pretendo desencorajar os neófitos (jovens, adultos, recém-formados ou até mesmo aposentados/as) a trabalharem na AB, ou mesmo no SUS. Mas pretendo fazer uma denúncia, a partir do meu próprio corpo, que explicita o quão precário tem sido o trabalho na AB, especialmente se exercido por um período mais longo. É importante expor isso para cobrar políticas de saúde que valorizem o trabalho, a formação e, especialmente a continuação de trabalhadores na rede de saúde, no trabalho chamado “da ponta”.

Obviamente, o texto também não nega, a despeito de todas as dificuldades (essas e outras), a imensa contribuição que a AB tem para saúde e para vida de milhões de brasileiros/as e sua respeitosa e importante construção histórica como Política Pública no Brasil. Deixo explícito ainda que uma comparação entre o sofrimento dos usuários/as do SUS e o sofrimento dos trabalhadores/as da AB, argumentando que o sofrimento dos primeiros é muito maior do que o dos trabalhadores/as de saúde, poderia ser e seria, a depender do contexto, um argumento raso, oportunista, panfletário e dualista pois, poderia não só desqualificar todas as questões colocadas no texto e no debate mais amplo, como também justificar o não investimento no cuidado e na permanência de trabalhadores/as da/na AB e a desresponsabilização de gestores e governos sobre essa questão. Cuidar do trabalhador/a do SUS é cuidar do SUS, é cuidar também da saúde dos/as usuários/as do SUS.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argum, Vitória*, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.
- BIEHL, João. Do incerto ao inacabado. Uma aproximação com a criação etnográfica. *Mana*, 26(3): 1-33, 2020.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 12 (1), Fev 2004.
- FERRAZ, D. 180 graus. Minhas reviravoltas com o câncer de mama. Rio de Janeiro: NAU, 2022.
- FERREIRA, J.; BRANDÃO, E.R. Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde: desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2021.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 64ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017
- GAMA, F. A potência da autoetnografia para a área da saúde. In: Ferraz, Dulce. 180 graus. Minhas reviravoltas com o câncer de mama. Rio de Janeiro: NAU, 2022.
- GAMA, F. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. [online], vol. II, 2020, acesso em 17 setembro 2023. URL : <http://journals.openedition.org/aa/5872;DOI:AnuárioAntropológico> <https://doi.org/10.4000/aa.5872>.
- JARRUCHE, L.T.; MUCCI, S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. *Rev. Bioética*, vol.29, no.1, Brasília, Jan./Mar. 2021.
- JULIO, R. de S., LOURENÇÃO, L. G., OLIVEIRA, S. M. de, FARIAS, D. H. R., & GAZETTA, C. E. (2022). Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 30, e2997. Recuperado de <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2997>
- JUTEL, A. Reflexões sobre o diagnóstico e a experiência da enfermidade. In: BARSAGLINI, Remi; PORTUGAL, Sílvia; MELO, Lucas (orgs.). *Experiência, saúde, cronicidade: um olhar socioantropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Imprensa da Universidade de Coimbra, 2021, p.85-100.
- MALUF, S. W. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. *Horizontes Antropológicos*, 5(12), dezembro 2021.
- MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, Cosac Naify, 2003, 536p.
- RAIMONDI, GA; MOREIRA, C.; BRILHANTE, A.V.; BARROS, N. F. A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(12).

ROCHA, GSA; SILVA, DMR; ANDRADE, MS; ANDRADE, BBF; MEDEIROS, SEG; AQUINO, JM. Suffering and defense mechanisms: an analysis of the work of Primary Health Care nurses. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 3):e20200419. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0419>

MAIOLINO, R., VIEIRA, G. C., PASSOS, J. P., Fatores de adoecimento em trabalhadores de saúde da atenção primária. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, 2022.

OLIVEIRA, A.C.; MARQUES, M. C. Terceirização da saúde pública e o desmonte da atenção primária do município de São Paulo: resultados preliminares de uma revisão integrativa. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, [S. l.], v. 15, n. spec, p. e014, 2023. DOI: 10.14295/jmphc.v15.1338. Disponível em: <https://jmp hc.com.br/jmphc/article/view/1338>. Acesso em: 13 jan. 2024.

QUIRINO, T. R. L.; ROCHA, L. P.; CRUZ, M. S. S; MIRANDA, B. L.; ARAÚJO, J. G. C.; LOPES, R. N; GONÇALVES, S. X. (2020). Estratégias de cuidado à saúde mental do trabalhador durante a pandemia da COVID-19: uma experiência na atenção primária à Saúde. *Estudos Universitários*, 37(1/2), 172–191. <https://doi.org/10.51359/2675-7354.2020.247692>

VASCONCELOS, E.M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo; HUCITEC/MS, 332 p., 1999.