

A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÚBLICA FRENTE ÀS SITUAÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA AOS USUÁRIOS

THE SUBJECTIVITY OF THE PROFESSIONAL PUBLIC HEALTH FRONT TO SITUATIONS OF PRIMARY CARE USERS

Haroldo Mattosinhos de Miranda¹

RESUMO

Este artigo faz uma reflexão sobre a subjetividade do profissional que atua na Atenção Básica à Saúde (ABS) em contato direto com a população adscrita. Verifica a diversidade de formas de impacto na subjetividade que essa atuação provoca, analisa as consequências desse impacto e descreve as possibilidades de cuidado com esses profissionais. Optou-se pelo método explicativo, por meio de pesquisa bibliográfica. Foram mostrados o desenvolvimento, características e consequências do estresse como resposta orgânica de inadaptação ao meio. Algumas características importantes do trabalho na ABS foram apresentadas. Expôs-se as facetas da adoecida relação contínua entre profissional e usuário na ABS e as consequências patológicas, bem como as propostas de cuidado com os profissionais, no sentido de promover a saúde e de aplacar essas consequências devastadoras. Os aspectos relacionados às características do trabalho e os da subjetividade do profissional foram discutidos e evidenciados neste artigo, e constatou-se o despreparo do profissional para lidar com o sofrimento humano, e a carência de ações sistemáticas voltadas ao cuidado do profissional frente às situações continuadas de sofrimento.

Palavras-chave: Subjetividade do Profissional; Atenção Básica; Estresse; Cuidado.

ABSTRACT

This article reflects on the subjectivity of professionals working in Primary Health Care (PHC) in direct contact with the enrolled population. Notes the diversity of forms of subjectivity that impact on this action causes, examines the consequences of this impact and describes the possibilities of care with these professionals. We chose the explanatory method, by means of bibliography research. Were shown the development, characteristics and consequences of stress in organic response to the inadequacy of to the medium. Some important features of the work were presented at the PHC. Was exposed facets of illness ongoing relationship between professionals and users in the PHC and the pathological consequences, as well as the proposed care professionals, to promote health and to appease those devastating consequences. Aspects related to the characteristics of work and the subjectivity of the work were discussed and shown in

¹ Psicólogo no município de Guarulhos, especialista em Saúde Pública, pós-graduado em gestão do SUS e em violência e saúde.

this article, and found themselves unprepared to deal with human suffering, and the lack of systematic actions directed to the care of the professional in face of suffering situations.

Keywords: Professional Subjectivity; Primary Care; Stress; Care.

INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988, vem se expandindo a contratação de profissionais das mais diversas formações e estendendo a rede de atenção por meio da ampliação da atenção primária em saúde através das Unidades Básicas de Saúde e implantação do Programa de Saúde da Família, objetivando-se maior aproximação junto à população em seu meio de vida, ampliando o acesso e cumprindo, assim, as propostas de integralidade, equidade, e respeito às necessidades da população estabelecidas nos princípios do SUS. No entanto, não se percebe ações claras que dotem esses profissionais de condições emocionais, além dos protocolos, a lidar com essa proximidade com a diversidade de problemas, obstáculos e desafios que envolvem a complexidade da vida da família especialmente nas regiões periféricas das grandes cidades. Tal fato pode levar a adoecimentos de trabalho por parte dos profissionais bem como interferir na qualidade do atendimento desde o acolhimento inicial, passando pelas visitas domiciliares e influenciando nas consultas clínicas e encaminhamentos.

Nos Cadernos Humaniza SUS Volume 2 de 2010 do Ministério da Saúde, encontramos menções aos desafios gerados pelos trabalhos da atenção primária, especialmente no Artigo 1 - Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica - em que enfatiza a importância da recriação de saberes, tecnologias e práticas, compreendendo a atenção básica de tal forma complexa, que exige novidades em termos de produções teóricas, culturais, subjetivas, técnicas e políticas.

Em grande parte dos trabalhos publicados sobre a importância da subjetividade do profissional que faz assistência ou está em contato mais direto com a comunidade usuária do SUS, percebe-se o tema como relevante, havendo detalhamento de como os pacientes demandam assistência humanizada e os acréscimos que teriam em termos de sucesso terapêutico nesse sentido. Porém, há uma carência de informações sobre quais ações políticas, técnicas e práticas poderiam ser estabelecidas com a mesma seriedade que requer a atenção à comunidade, de forma que esses profissionais possam se apropriar de ambientes internos e externos favoráveis a um desempenho saudável em que tanto os profissionais quanto a comunidade sejam beneficiados.

Diante dessa problemática surgem os seguintes questionamentos: o que pode causar, a esses profissionais, o vínculo com os usuários, a responsabilização com um cuidado longitudinal da saúde e a proximidade com as vidas e dificuldades das pessoas e suas famílias na comunidade? Que ações poderiam ser implementadas como meio de mitigar essas possíveis relações adoecedoras?

O que motivou este profissional a querer pesquisar sobre este problema foi o trabalho com o cuidado em saúde das pessoas que vivem em regiões periféricas usuárias do SUS desde 2007, como psicólogo em que fazia encontros com equipes de atenção básica sobre saúde mental. Desde essa época fui percebendo o quanto vinha à tona as

dificuldades emocionais dos profissionais em lidar no dia a dia com o sofrimento geral da população local. Em sua maioria eram Agentes Comunitários de Saúde – ACS, enfermeiros, médicos, alguns auxiliares de enfermagem e gerentes de unidade. Faziam cobranças à instituição em que fossem criados grupos terapêuticos com os funcionários. Em geral as dificuldades eram apontadas no sentido do quanto se sentiam vitimados pela falta de recursos técnicos, físicos/instalações, RH e outros como demora em se conseguir exames especiais e consultas em especialidades, para que pudessem dar conta de satisfazer a suposta necessidade da população que pressionava, maldizia e reclamava. No final de 2008, coordenei um grupo do que chamamos de “Clínica Ampliada” que consistia da presença de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, que participavam dos encontros trazendo casos complexos para discussão e que servia também como momento para se relatar seus sentimentos e dificuldades emocionais no lidar com as questões trazidas. Nesse sentido aumentou mais ainda a minha percepção da importância da subjetividade, por me deparar com o tamanho das pressões auto-impostas, dos sentimentos de impotência dos desânimos e expectativas infundadas. Em 2010 como Gerente de UBS venho consolidando essa preocupação em vista de como os profissionais mantêm esse padrão de sofrimento com as dificuldades do trabalho de cuidar.

Entendo que este estudo pode trazer uma compreensão mais ampla destes fenômenos e o aumento de possibilidades de cuidado com os profissionais, poderá propiciar mais qualidade ao cumprimento dos propósitos da atenção básica em nível nacional, reduzir os afastamentos de trabalhadores para tratamento de saúde e, enfim, dar vida à prática da Política de Humanização como um todo.

O presente artigo objetiva, então, analisar a importância da subjetividade do profissional da saúde e o cuidado com este que atua na atenção básica.

Mais especificamente irá verificar a diversidade de formas de impacto na subjetividade do profissional provocadas pela atuação na atenção básica à saúde, observar as consequências desses impactos e, por fim, descrever as possibilidades de cuidado com esses profissionais.

Em vista da característica da problemática exposta, e considerando o local de acontecimento do fenômeno, optou-se pelo método explicativo, por meio de pesquisa bibliográfica. Esta pesquisa, além dos materiais impressos, foi ampliada com a utilização da coleta de informações por via eletrônica através da internet, com os seguintes critérios: o site de busca foi <www.google.com.br>, não houve estabelecimento de período para busca, mas foi usado refinamento para idioma em português. As palavras-chave utilizadas na busca foram “subjetividade”, “profissional”, “saúde” e “estresse”.

SUBJETIVIDADE E ESTRESSE

É interessante iniciar essa reflexão tomando a perspectiva do estresse, destacando as contribuições oferecidas por Valdés (2002), professor de psiquiatria, que nos indica um processo que começa com a defrontação, de uma pessoa, com novidades ou situações no ambiente que requeiram o atendimento de exigências. A partir desse ponto há uma orientação de recursos efetuada pelo sistema nervoso no sentido de manter a atenção fixa, sentidos aguçados e manter-se alerta. Após esse processamento de estímulos, quase que instantaneamente há o desencadeamento de uma resposta emocional consonante com a leitura da situação feita pelo cérebro, dando, então, uma outorga de significados aos citados estímulos. Nessa apreciação, o estímulo vai ser

avaliado como ameaçador ou não em relação à situação e recursos que a pessoa dispõe. Se a avaliação é tranquilizadora, o organismo se adapta às exigências do ambiente. Mas se a avaliação for negativa, é por que o organismo avaliou que as exigências do meio superaram suas possibilidades de se adaptar gerando desproteção, incerteza e ameaça. Essa avaliação ainda não consciente carregada de desesperança e pessimismo é o que compõe o estresse. É um desajuste pessoal promovido pelo fracasso da adaptação do organismo ao âmbito que lhe cabe vivenciar e que requer muito cuidado.

É frequente, segundo Valdés (2002), as pessoas valorizarem os eventos promotores de fortes tensões, atribuindo, a estes, os motivos de adoecimentos e preocupações. No entanto, a soma das pequenas contrariedades diárias tem um papel perturbador e um significativo valor estressante. O autor elenca uma grande variedade desses fatores estressantes dos quais destacamos alguns relacionados ao trabalho como: render menos do que gostaria no trabalho; preocupação com um trabalho pendente; pressa para alcançar prazos; interrupções; fazer algo por obrigação; incapacidade para acabar um trabalho; desorganização; críticas ou agressões verbais; não ouvir da outra pessoa o que lhe agradaria; ser mal interpretado; e até ser interrompido enquanto pensa. Com pouco esforço dá para imaginar diversas outras situações semelhantes, a exemplo da falta de recursos que por vezes acompanha o trabalho na saúde. Valdés destaca que a maioria das pessoas que apresentam sintomas psicossomáticos e alterações emocionais costumemente é vítima das situações citadas consideradas como tensões crônicas e inaptações contínuas. Assim, dentre as manifestações psicopatológicas mais frequentes, o autor destaca a ansiedade, que mantém o indivíduo em estado de alerta, apreensão e hipervigilante, estados esses que se assemelham ao medo; destaca também as alterações afetivas, que se expressam através de estados depressivos; e inclui, por fim, as crises de angústia, que podem se manifestar com temores fóbicos e com um apreensivo estado de ânimo relacionado à própria saúde, podendo, de forma significativa, afetar a qualidade de vida do indivíduo.

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Trazendo o olhar para os aspectos da Atenção Básica à Saúde (ABS) se faz importante o enfoque em características que apontem para um relacionamento de proximidade com a população e os problemas decorrentes disso.

Para que a ABS cumpra, na prática, sua finalidade, Campos et al. (2008) indicam algumas funções que a atenção básica deve cumprir como: o acolhimento do paciente no momento que demandam; identificação e avaliação da vulnerabilidade da comunidade, das famílias e dos indivíduos; atuação nos moldes de uma clínica ampliada, considerando que na ABS há especificidades que se diferem das dos ambulatórios de especialidades e dos centros hospitalares, apresentando uma forte complexidade haja vista as variáveis que se apresentam em função de se requerer intervenções relacionadas aos riscos tanto em nível biológico e orgânico quanto sociais e subjetivos. Para tanto, é necessário haver um investimento na proximidade com as famílias e redes sociais dos pacientes e construção de duradouros vínculos com estes, podendo ampliar, assim, a relação de confiança entre profissionais e pacientes.

Cabe mencionar algumas diretrizes das que esses autores destacam para que a ABS possa resolver problemas de saúde. Uma delas é a responsabilidade sanitária que abrange um determinado território, com a respectiva construção de vínculos entre

usuários e equipes de saúde da família; a outra é a ampliação do cuidado utilizando-se da abordagem do sujeito e da família considerando o contexto que estão inseridos.

Clareando mais ainda essa visão do envolvimento do trabalho profissional na saúde como está sendo exposto, esses mesmos autores citam a valorização de quatro das características da ABS e comentam da seguinte forma:

a acessibilidade (daí a possibilidade em se constituir em importante porta de entrada do sistema); a continuidade ou longitudinalidade (característica que modula fortemente as possibilidades da prática clínica); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita) e a coordenação (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando partilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema). (CAMPOS et al., 2008, p.142)

Além das situações citadas anteriormente, é importante mencionar que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão inseridas em um contexto econômico e social em que se percebe a manifestação de violência urbana como parte do cotidiano de trabalho dos profissionais a exemplo de mortes ou ferimentos graves por armas, brigas, violências domésticas, pressão sobre os profissionais exercidas por pessoas envolvidas com o tráfico de drogas, e ainda os pacientes que chegam às unidades sob o efeito adoeedor da insegurança e do medo que as situações de violência provocam em todos (BRASIL, 2010).

O PROFISSIONAL E SEU TRABALHO

Nos trabalhos dos profissionais da saúde há um permanente lidar com o sofrimento humano, e os profissionais que não estão devidamente preparados para lidar com isso podem enlouquecer (OLIVEIRA et al., 2008). Além desse problema, outros são observados entre esses profissionais como o uso de substâncias psicoativas, os adoecimentos e suicídio, sendo, esses fatos, cada vez mais frequentes. Esses autores citam, ainda, que a manifestação do sofrimento pode acontecer, em nível mental por meio de depressões e até psicoses, e em nível orgânico, as clássicas doenças psicossomáticas como: taquicardias, infartos no miocárdio, gastrites, reto colites ulcerativas, hipertensão arterial e tonturas, dentre outras.

Para Oliveira et al. (2008) há um crescente adoecimento nos trabalhos executados na atenção básica à saúde nas Equipes de Saúde da Família, tendo como resultado uma série de consequências como: pedidos de demissão, transferências e mudanças do local de trabalho; afastamentos por licenças médicas; criatividade prejudicada; desmotivação para o trabalho; aposentadoria precoce; improdutividade; e relação profissional de saúde-paciente fria, distante e desinteressada. Esse quadro, além de espelhar o prejuízo profissional, mostra também um enorme prejuízo na resolutividade do SUS. Os autores lembram que na Atenção Básica há um interjogo relacional em que clinicamente deve ser levado em conta por ser importante tanto no processo de adoecimento quanto no de tratamento. Citam, ainda, que acolhimento adequado e bom tratamento não se consegue só com recursos materiais e instalações, mas sim com o ser humano e sua competência no cuidado com aquele que está em sofrimento.

Quando focamos no encontro entre um profissional da saúde e uma pessoa doente, a primeira imagem que vem em mente, é a do médico e o paciente, e essa relação, para Balint (1988), pode ser muito desagradável e trazer incômodos e por vezes

se estabelecer forte estado de tensão, chegando a dificultar ou até impedir a própria terapêutica. Esse autor relata, ainda, que o desenvolvimento das grandes cidades faz com que um acentuado número de pessoas se desconecte de seus familiares perdendo suas raízes e conseqüentemente os vínculos íntimos que permitia, de alguma forma dar continência às suas próprias dificuldades. Assim, as pessoas reduzidas a seus recursos, quando aumenta o estado de perturbação, usa como válvula de escape a consulta médica para queixar.

Esse sofrimento que chega junto com as queixas orgânicas se estende da questão médica para toda a categoria como enfermeiros e outros profissionais, afirma Benetton (2002). Relata que por si só o trabalho em saúde é muito desgastante, principalmente quando a ele é associado acúmulo de tarefas e atrasos constantes gerando angústias ao dia a dia. Segundo esse autor, o contato direto com a clientela coloca esses profissionais como vulneráveis a certas morbidades psicológicas importantes que podem ser, inclusive, incapacitantes. Cita o alcoolismo e a drogadição como possíveis falsas saídas à situação, mas o estado mórbido mais comum que se instala no exercício da profissão é o que chama de intoxicação psíquica. Explica que como esse profissional tem um desgaste muito além do comum, quando se expõe a circunstâncias continuamente estressantes e sem muitas possibilidades de melhora, analogamente a um cuidador de um enfermo crônico, vão gerando desconforto e uma forte pressão interna.

Ampliando a compreensão da extensão dessas circunstâncias de estresse continuado, é importante destacar as características do trabalho do profissional da saúde Agente Comunitário de Saúde – ACS. Como explicam Telles e Pimenta (2009), são profissionais que moram na mesma comunidade que exercem seus trabalhos, estando dessa forma convivendo 24 horas com as dificuldades psicossociais, saúde e outras dessa população. Segundo os autores, lidam constantemente numa relação com o usuário repleta de ambigüidades e conflitos levando-os a sentimentos de ansiedade e, em alguns casos incapacidades para o exercício adequado da profissão. Há muito desgaste físico e emocional neste ambiente, e relatam que ao vivenciarem o estresse desse trabalho de forma crônica, podem desencadear processos de adoecimentos como distúrbios psicossomáticos, transtornos mentais e comportamentais e a Síndrome de Burnout que, dentre outras características, mostra um não investimento de energia nas tarefas, uma destituição do sentido de trabalho perdendo a importância os resultados.

PROPOSTAS DE CUIDADO

Conforme Valdés (2002) nos indica, o estresse é resultado de inaptações na interação do indivíduo com o meio ambiente, e deve ser visto como objeto a ser tratado, não só por gerar doenças psicossomáticas, mas como forma de reduzir o sofrimento durante o exercício profissional. Assim, esse autor propõe intervenções em três níveis dessa interação: pode-se operar no ambiente, aprimorando-o para uma melhor adaptação; também pode haver uma intervenção junto ao indivíduo para que este possa desenvolver melhores condições de se adaptar; e, por fim, pode-se intervir nas relações entre os dois níveis anteriores.

Cabe destacar aqui o que esse mesmo autor descreve sobre o **apoio social** como sendo um fator que protege o indivíduo do estresse. É uma variável psicossocial que pode minimizar ou até neutralizar a leitura de ameaça do ambiente através da existência de um espaço em que possa haver a percepção de “receber afeto positivo e ajuda material, além da possibilidade de expressar livremente as próprias idéias ou

sentimentos, para que o indivíduo entenda que não está só diante do problema” (VALDÉS, 2002, p. 52), e destaca que é mais importante a **percepção do apoio social** do que o apoio propriamente dito.

Nessa mesma linha de raciocínio, Balint (1988), psicanalista húngaro radicado na Inglaterra, realizava grupos com os médicos de família com os quais trabalhava para aprenderem a lidar com os sentimentos que são inerentes ao relacionamento clínico com vínculos duradouros. Destaca a importância de encontros de discussão de casos entre médicos e psiquiatras trazendo como pauta trabalhar emocionalmente o que as situações da relação médico-paciente provocavam nesses profissionais.

Semelhante olhar apresenta Oliveira et al. (2008). Para estes, as demandas psicossocioculturais do mundo atual estão cada vez mais refletindo os crescentes e perversos efeitos da subjetivação e individuação exigindo altas performances de um lado e mostrando fracos laços afetivos de outro, gerando medos e aumentando as angústias, e, conseqüentemente clamando por formações profissionais com novas tecnologias que suportem essas demandas. Propõem, destarte, a criação de encontros nos quais haja um “processo de permanente cuidado, apoio matricial interdisciplinar e garantia de espaços que possibilitem o próprio cuidado e o cuidado das emoções e sentimentos presentes nas inter-relações profissionais” (OLIVEIRA et al., 2008, p. 65). Defendem a possibilidade de trabalhar a dimensão subjetiva dos profissionais nesses espaços por meio do manejo de casos clínicos, em grupo fechado que facilite a criação de vínculo e sigilo e possa circular uma livre discussão entre os participantes.

Seguindo essa visão, a manutenção de reuniões regulares com profissionais da saúde para se discutir, num enfoque inter-relacional, a qualidade do trabalho, é o proposto pelo psiquiatra e analista Benetton (2002). Menciona a importância desse espaço reservado para os profissionais da saúde, pois necessitam de um ambiente protegido para que a autocrítica de suas atuações se desenvolva, e haja o aprimoramento do autoconhecimento de suas expectativas, seus valores, influências e atitudes, e, com isso, promovendo um redimensionamento da problemática com redução das possibilidades de enfermidades.

Na pesquisa sobre o trabalho dos ACS no PSF, Telles e Pimenta (2009) sugerem também que é necessária a criação de espaços onde esses ACS possam ser ouvidos em suas dificuldades e possam ser fortalecidos através de uma rede social de suporte incluindo intervenções psicológicas.

Alinhado ao que vem sendo proposto, encontramos na Política Nacional de Humanização (PNH) a concepção de que circular a palavra por meio da criação de espaços para debates coletivos de aprimoramento da capacidade de análise e compreensão do trabalho é uma forma de promover saúde nos locais de atuação dos profissionais. O próprio trabalho pode tornar-se um espaço de promoção de saúde envolvendo protagonismo e autonomia entendendo que

A problematização e intercâmbio de saberes e experiências a partir do próprio trabalho emergem como fontes de percepção e interpretação da vida no trabalho, vislumbrando os momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo, e também analisando os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento (BRASIL, 2006, p.12).

A PNH aposta na investigação sobre a relação entre saúde e trabalho por meio da construção de espaços de diálogo, de debates e de confrontação entre os diferentes saberes. Considera que no encontro e no diálogo com o outro o ser humano constitui a si e ao mundo, e, destarte, poderá encontrar formas de transformação de uma realidade nociva (BRASIL, 2011).

DISCUSSÃO

O presente estudo traz os fatores estressantes promovidos pelas contrariedades do cotidiano relatados por Valdés (2002) que sugerem que sejam relacionados com as características do trabalho na ABS apresentadas tanto por Campos et al. (2008) quanto no Caderno Humaniza SUS (BRASIL, 2010), como pode ser visto nos pontos relacionados a seguir:

- **Acessibilidade** – Considerando a ABS como porta de entrada do SUS há a possibilidade de se relacionar o grande volume dessa população ao estresse gerado pelo rendimento aquém do desejado, além da pressão exercida pelas metas e prazos vinculados a essa população;
- **Continuidade** ou **longitudinalidade** – Acompanhar o sofrimento dos usuários ao longo do tempo pode implicar em fatores de estresse relacionados à constante sensação de incapacidade de acabar o trabalho;
- **Integralidade** – O profissional se responsabilizar por todos os problemas de saúde, incluindo o contexto de violência da população adscrita pode gerar fatores relacionados a preocupações persistentes com trabalhos pendentes, rendendo abaixo do que gostaria e numa correria implacável atrás dos prazos e metas respectivas;
- **Coordenação** – Sendo esperada do trabalhador a responsabilidade profissional pelo sujeito mesmo quando o cuidado foi compartilhado com outros serviços do sistema pode levá-lo a se deparar com o estresse provocado por lidar com as diversas variáveis de posturas e linhas de conduta ampliando possibilidades de desorganização e incidências de críticas e divergências.

Foi possível, ainda, observar que há certa convergência nas propostas de cuidado trazidas por todos os autores citados. São propostas que valorizam os encontros em grupo em espaços que permitam a expressividade, o autoconhecimento, o apoio mútuo, discussões de casos, trocas de saberes e experiências, o compartilhar de dificuldades e sentimentos e, enfim, propostas que objetivam o cuidado com a dimensão subjetiva do profissional. Faz-se importante mencionar que essa convergência, de alguma forma, contempla o que Valdés (2002) propôs em termos de intervenção nos três níveis da interação com o meio, ou seja, o cuidado direto com o profissional; a intervenção na relação deste com o meio e a possibilidade de ação no próprio ambiente como consequência desses encontros promotores de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível entender, diante do exposto, que os profissionais que exercem suas atividades na atenção básica à saúde acabam sofrendo, como consequência das características desse trabalho, a ação perversa dos fatores promotores de situação de estresse que minam, ao longo do tempo, as bases do equilíbrio emocional e orgânico. Além disso, pode ser percebido que há um despreparo do profissional para lidar com o sofrimento humano, gerando inadequações contínuas e tensões crônicas e, como consequência, aumentam o consumo de substâncias psicoativas e o acometimento de doenças psicossomáticas.

No entanto, as formas de abrandar as consequências dessas relações adoecedoras sinalizam como ações factíveis no próprio contexto de trabalho, necessitando que sejam viabilizados espaços que floresçam o poder dos encontros e a potência da grupalidade.

Muito embora o Ministério da Saúde mantenha uma Política de Humanização com propostas de atividades voltadas ao bem estar do profissional da saúde, não se percebem ações sistemáticas com esse fim.

Ainda há muito por se pesquisar, tanto sobre as consequências da improdutividade, baixa qualidade dos serviços de saúde e ausências dos trabalhadores que adoecem pelo exercício profissional na ABS, quanto em nível de estratégias e processos de gestão que contemplem o investimento adequado no ser humano que está ali, com sua competência, frente às situações continuadas de sofrimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALINT, Michel. *O médico Seu paciente e a Doença*. Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BENETTON, Luiz Geraldo. *Temas de Psicologia em Saúde: A Relação Profissional-Paciente*. São Paulo: Imprensa da Fé, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS: volume 2 atenção básica*. Brasília: Editora MS, 2010.

_____. *Cartilha Humaniza SUS - Programa de formação em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Editora MS, 2011.

_____. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família. In: *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

OLIVEIRA, Ana Maria Franklin et al. Espirais D'Ascese: as contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a potencialização do Método da Roda. In: *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

TELLES, Stela Heloisa; PIMENTA, Ana Maria Carvalho. *Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento*, São Paulo, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/11.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2011.

VALDÉS, Manoel. *O Estresse*. São Paulo: Editora Angra, 2002.