

O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde

Maria Aparecida Penso

Universidade Católica de Brasília

Tânia Mara Campos de Almeida

Universidade de Brasília

Kátia Cristiana Tarouquella Brasil

Universidade Católica de Brasília

Celso Aleixo de Barros

Universidade Católica de Brasília

Patrícia Lara Brandão

Universidade Católica de Brasília

Resumo

Produto de pesquisa qualitativa, cujo objetivo é compreender os impactos nas vidas pessoais de funcionárias públicas que dispensam atenção biopsicossocial a crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência, esta reflexão adentra o seu universo conjugal-familiar. Grande parte desses profissionais é formada por mulheres, pois o papel de cuidador lhes está imputado em razão de antigas questões de gênero. Os dados coletados por meio de grupos operativos foram analisados à luz da Epistemologia Qualitativa. Os resultados indicaram forte identificação dessas profissionais com as vítimas, oriundas dos simbolismos culturais e valores em relação à construção do feminino e ao “ser mulher” na sociedade. Ressalta-se que tal fator também repercute no tipo de acolhimento das usuárias, uma vez que as profissionais, apesar de saberem que precisam ter um olhar diferenciado para exercer suas atividades de modo eficiente e buscarem estratégias de enfrentamento, concomitantemente sentem-se mobilizadas pelos relatos e pelos corpos agredidos, bem como pelo adoecimento oriundo desse ofício.

Palavras-chave: Trabalhadoras em Saúde, Violência, Estratégias de Enfrentamento e Vida Conjugal-Familiar.

Caring for victims of violence and its impact on the life of health professionals

Abstract

A product of qualitative research, whose aim was to understand the life impact of public servants who provide biopsychosocial care to children, adolescents and women affected by violence, this reflection involves professionals conjugal and family universe. Most of these professionals are women, since the role of carers is ascribed to them as a result of long-standing gender issues. The data collected by means of operative groups was analyzed in the light of Qualitative Epistemology. The results indicated that these professionals strongly identify with the victims, arising from cultural symbolisms and values in relation to the construction of femininity and what it consists of “being a woman” in society. It must be stressed that this factor also has repercussions on the type of care given to the service users, given that the

Endereço para correspondência: Maria Aparecida Penso: Rua 08, Chácara 214, Casa 17 – Vicente Pires – Taguatinga Norte. – Distrito Federal – CEP – 72.110 – 800. – tel/fax: (61) 35791071. Email: penso@ucb.br.

Artigo derivado de resultados da pesquisa “Mulheres que cuidam de mulheres em situação de violência”, desenvolvida com financiamento do CNPq, FAPDF e UCB no período de 2008 a 2010.

professionals, despite knowing that they need to adopt a differentiated stance in order to perform their activities in an efficient manner seeking coping strategies, at the same time feel mobilized by the accounts they hear and by the injured bodies, as well as by the illness arising from this occupation.

Keywords: Health Workers, Violence, Coping Strategies, Conjugal/Family life.

Este artigo discute as repercussões, no âmbito conjugal-familiar, do trabalho de profissionais da saúde que se ocupam de crianças, adolescentes e, principalmente, de mulheres em situação de violência. Além disso, apresenta estratégias de enfrentamento, por elas elaboradas, para dirimir os efeitos nocivos desse ofício sobre si mesmas e garantir o trabalho junto às vítimas. Os serviços de saúde pública são uma das principais portas de entrada para o atendimento de situações de violência, em especial aquelas ocorridas no âmbito doméstico. Essa violência envolve frequentemente lesões visíveis no corpo, das quais muitas oferecem risco à vida e, portanto, necessitam de atendimento imediato, em geral, nos prontos-socorros dos hospitais. Nesse contexto, os Programas de Atenção à Violência (PAV) no Distrito Federal (DF) propõem-se a realizar um cuidado que vá além da atenção médica e dos demais procedimentos estritamente de saúde física, certamente importantes, mas que são, em si mesmos, limitados, pois não abrangem a dimensão subjetiva dessas mulheres que se encontram fragilizadas e ameaçadas frente à violência.

Esse programa de atenção a mulheres foi concebido no bojo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde. Mas sua implantação, no que diz respeito às vítimas de violência, só efetivou-se 14 anos depois, em 1998. Isso se deveu ao fato de a área técnica da Saúde da Mulher, do referido Ministério, com a participação de organizações do movimento de mulheres e de especialistas na área, ter iniciado um processo democrático de definição de diretrizes políticas e estratégicas para orientar as ações voltadas a mulheres em situação de violência.

Nesse processo, foram definidas como prioritárias as ações de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência doméstica e sexual, a partir da indução de políticas locais, por meio de

assessoria técnica e financiamento de projetos. Também foram produzidos, entre 1998 e 2002, documentos normativos para orientação da prática em serviços de saúde e ações comunitárias, entre eles: Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes; Caderno de Atenção Básica sobre Violência Intrafamiliar (dirigida às Equipes de Saúde da Família); Cartilha sobre Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar (dirigida aos 150 mil Agentes Comunitários de Saúde); Norma Técnica com Orientações para profilaxia de DST, HIV e Hepatites Virais Pós-exposição; Recomendações para apoio Psicossocial a Vítimas de Violência. Todo esse conjunto de documentos e projetos implicou na ampliação do número de serviços de referência para atenção à mulher em situação de violência, e, em 1997, a população feminina já contava com 17 serviços de referência para assistência integral à sua saúde e, em junho de 2002, esse número já chegava a 74 (Brasil, 2009).

Nos PAV, a formação das equipes e sua manutenção têm sido um dos grandes desafios. Para Silveira (2006), a principal barreira nessa questão é o despreparo das profissionais para lidar com as usuárias do serviço, mas também o impacto subjetivo nelas provocado pelo trabalho com o cotidiano da violência.

Nessa perspectiva, o presente artigo procura identificar as profissionais atuantes nos PAV do DF e analisa as dificuldades desse trabalho e os modos de enfrentá-las, enfatizando as repercussões desse trabalho na vida conjugal-familiar. Afinal, o principal objetivo da pesquisa que originou este artigo era compreender o impacto laboral nas vidas pessoais, em especial no universo conjugal-familiar, de funcionárias públicas em saúde que dispensam atenção biopsicossocial a crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência. De modo específico, os objetivos eram: levantar as interferências desse tipo de trabalho na conjugalidade das

entrevistadas; identificar as emoções vivenciadas por elas no cotidiano profissional; investigar em quais situações elas percebem que o trabalho afeta sua família e conjugalidade; verificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por elas com relação à influência negativa dessas situações na sua vida pessoal.

Vale a pena destacar que a maioria dos profissionais das equipes de tais Programas é composta por mulheres, sendo elas médicas, psicólogas, enfermeiras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e técnicas/auxiliares de enfermagem. Tal constatação levou-nos a ressaltar a dimensão de gênero em relação ao trabalho de cuidar no contexto da cultura e dos processos de subjetivação.

Implicações subjetivas do trabalho de cuidar

O fato de que grande parte das atividades em saúde seja desempenhada por mulheres, principalmente em relação aos cuidados de enfermagem (Aquino, Menezes, & Marinho, 1994), indica que essa atividade demanda um forte conteúdo relacional. Os autores destacam que a enfermagem se configura como um trabalho que opera em uma proximidade entre o mundo público e o mundo doméstico, por intermédio de um conjunto de atividades identificadas como femininas, ainda que existam alguns poucos homens no seu cumprimento. As tarefas de cuidado, higiene, gestão do espaço hospitalar aproximam-se do universo doméstico, e, não raramente, as enfermeiras referem-se ao fato de possuírem um sentimento de "donas-de-casa" no ambiente hospitalar (Moreira, 1999).

Tais profissionais estão envolvidas diariamente com o sofrimento alheio e exercem tarefas acompanhadas de alta demanda física, numa jornada intensa de trabalho com situações limites e de alto custo emocional que não podem ser compreendidas sem uma referência à subjetividade (Molinier, 2006). A divisão sexual do trabalho, segundo Kergoat (2001), tem por característica a designação prioritária dos homens à esfera produtiva, e das mulheres à esfera reprodutiva e, particularmente, relacionada ao trabalho

doméstico, no qual se realiza as tarefas do cuidado e da reprodução da vida, elemento fundante dessa divisão. A autora acrescenta ainda que não é possível compreender a divisão sexual do trabalho sem destacarmos suas implicações em relação à saúde mental e à subjetividade. Portanto, essas profissionais, ao cuidarem de suas pacientes, são convocadas no modo como estão psíquica e socialmente implicadas nesse trabalho e nas relações entre o trabalho e as questões de gênero, uma vez que se colocam na posição de serem úteis aos outros que se encontram em uma situação de desproteção e vulnerabilidade.

No entanto, essa dedicação pode ter um alto custo, pois não é raro que essas profissionais negligenciem a si mesmas, colocando-se em último plano. Esse modo de se deixar implicar subjetivamente no trabalho associa-se a um modo de intervir junto ao outro, marcado por uma posição de devotamento e abnegação que exige docilidade e paciência (Aquino et al., 1994), mas que precisam ser exercidas a custo de uma hostilidade nem sempre consciente e que contribui de modo indelével para o sofrimento e desprazer no trabalho. Afinal, trata-se do que apontaram os estudos sobre divisão sexual do trabalho, desenvolvidos na França nos anos 1970, impulsionados pelos movimentos feministas e delatores da enorme massa de trabalho efetuada gratuitamente pelas mulheres: o chamado trabalho invisível, entendidos como aqueles trabalhos relacionados à sua "natureza feminina", por exemplo, cuidar das crianças, dos idosos e dos doentes (Hirata & Kergoat, 2007).

Nesse contexto, a área da saúde constitui-se marcada pela desigualdade da divisão sexual do trabalho e expõe a exploração da força do trabalho feminino, perpetuando o modelo de profissionalização feminina que teve início no final do século XIX, em atividades ligadas ao cuidar, educar e servir, entendidos como dom ou vocação (Elias & Navarro, 2006; Aparebinense & Barreira, 2008). Segundo afirma Pitta (1999), são serviços atribuídos às mulheres enquanto da ordem de sua natureza, justificados pelo fato de demandarem sutileza, dedicação e atenção rigorosa, legitimados como automaticamente pertencentes ao mundo feminino. Portanto,

no campo da saúde e da assistência, as profissões referentes à enfermagem, assistência social, psicologia e nutrição se constituem como profissões em que há uma evidente aproximação entre o mundo público e o mundo doméstico (Barreira, 2005).

Se a totalidade da área de saúde, especialmente suas funções de atenção básica e de assistência, é um reduto de mulheres, no caso específico dos PAV, isso se torna ainda mais evidente. Nesses serviços são as profissionais mulheres que cuidam de outras mulheres com fraturas, queimaduras, facadas, espancamentos, dentre várias outras lesões corporais leves e graves, bem como emocionalmente abaladas. Essa relação entre os dois grupos não é absolutamente neutra, uma vez que cuidadoras e cuidadas são mulheres e, ambas, estão marcadas social e psicologicamente pela posição em relação ao gênero e à violência. Portanto, essa situação confere uma particularidade ao trabalho entre cuidador e paciente, devido às identificações ou projeções que podem ser suscitadas nessa relação. Entendemos que tal fator interfere no acolhimento por parte das profissionais em relação aos cuidados físicos e emocionais de suas pacientes em situação de violência, uma vez que essas profissionais entendem que seu trabalho precisa ter uma escuta e uma fala que possa fazer a diferença, mas, ao mesmo tempo, sentem que seu trabalho as mobiliza de modo intenso.

Nesse sentido, este artigo impõe uma implicação subjetiva a essas profissionais, tendo em vista o modo como se sentem mobilizadas em suas próprias histórias de violências ou de testemunhas delas. Ainda não são conhecidos os fatores de riscos e de proteção do grupo pesquisado, mas algumas indicações deixadas pela literatura nos ajudam a partir da fundamentação apresentada. Os desafios impostos por esse tipo de trabalho fazem eco, simbolicamente, aos elementos constituintes da história singular do sujeito, ao que Jayet, Dejours, Abdoucheli e Stocco (1994) denominam de Ressonância Simbólica.

Cientes do modo como se sentem subjetivamente mobilizadas no trabalho com a violência, essas profissionais sinalizam uma demanda de apoio nem sempre acolhida

pelas instituições, como supervisões sistemáticas em psicologia para discussão teórica de casos e para apoio emocional. Silveira (2006), em sua pesquisa, mostrou que as próprias profissionais reconhecem a necessidade de apoio, principalmente com relação à saúde mental. Outro estudo realizado por Elias e Navarro (2006), investigando as relações entre trabalho em ambiente hospitalar, saúde e as condições de vida de 10 profissionais da enfermagem, verificou que todas elas queixavam-se de episódios de adoecimentos físicos (dores nas pernas, tensão nos ombros, lombalgias, varizes e pressão alta e enxaqueca) e psicológicos (depressão, estresse e nervosismo, perda de memória), associados ao trabalho desempenhado, e, conseqüentemente, solicitavam algum tipo de acompanhamento psicológico.

No caso da síndrome de *burnout*, Sousa & Mendonça (2009) destacam que esta se relaciona a fontes de estresses ocupacionais continuadas, que se acumulam e atingem o sujeito do ponto de vista físico, psicológico e social. Codo (1999) sublinha que, atualmente, a síndrome de *burnout* se apresenta como uma epidemia organizacional, predominando na educação e no sistema de saúde. Contudo, ela não atinge apenas os professores e médicos, mas o conjunto de profissionais envolvidos com as instituições de ensino e de saúde.

Silveira (2006), ao analisar 25 anos de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil, constatou um frágil compromisso do poder público, que tem somente gerado serviços isolados e fragilizados, imersos em um cotidiano de atendimento que se resume em “apagar incêndios”. Esse tipo de serviço tem como resultado o alto custo emocional e o sentimento de frustração nos profissionais que lidam diariamente com essa demanda, pois os casos não são resolvidos. Ressalta-se o papel estratégico ocupado por eles, que estão à frente do atendimento nos serviços e, como a relação face a face com as mulheres, é um momento privilegiado para construir possibilidades de ruptura ou manutenção do ciclo de violência.

Ao buscarmos articular a complexidade das situações de violência contra as mulheres com as especificidades do atendimento a essa população e as questões

de gênero envolvidas no cuidado relativo a elas, nosso objetivo, na realização da pesquisa, foi identificar o impacto, na vida conjugal-familiar, do trabalho de cuidar de mulheres em situação de violência e as respectivas estratégias para o enfrentamento de seus efeitos nocivos. Afinal, ainda são desconhecidas da literatura as principais dificuldades vivenciadas por tais profissionais no seu cotidiano conjugal-familiar, em consequência do trabalho desempenhado, bem como as estratégias de enfrentamento que possuem nesse tipo de atendimento a mulheres em situação de violência. Por isso, as questões que nortearam o foco da investigação foram: O trabalho com mulheres em situação de violência tem influência na vida conjugal-familiar das profissionais? Quais são as emoções vivenciadas e sua relação com a vida conjugal-familiar? Em que momentos percebem que o trabalho desenvolvido afeta a vida conjugal-familiar? Quais as formas de enfrentamento utilizadas com relação à influência desse trabalho na sua vida conjugal-familiar?

Método

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, não amostral e baseada na Epistemologia Qualitativa de González Rey (2005), que compreende o conhecimento não como algo estático ou uma apropriação linear da realidade, mas uma verdadeira construção, uma produção humana capaz de gerar campos de inteligibilidade, possibilitando o surgimento de novas compreensões sobre a realidade e de novas representações teóricas a partir de casos específicos. Isso significa que não pressupõe um acesso limitado e direto sobre o real, mas sim uma construção permanente, que é viabilizada pelo processo dialógico em que pesquisador(es) e participante(s) estão diretamente implicados.

Participantes da pesquisa: seis mulheres (1 agente de saúde, 1 técnica de enfermagem, 2 médicas, 1 assistente social e 1 psicóloga), profissionais da Secretaria de Saúde do DF, que trabalhavam, em média, 20 horas semanais em Programas de Atenção à Violência, inseridos em hospitais ou em Centros de Saúde, atendendo crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência física e/ou psicológica. As idades

variavam entre 30 a 58 anos, e o tempo de atuação com a temática da violência foi entre 5 a 25 anos. Todas já haviam vivido relações conjugais, e, no momento da realização da pesquisa, duas estavam separadas.

Instrumentos: diário das entrevistas grupais e entrevista individual semiestruturada.

Procedimentos: primeiramente foram realizadas três entrevistas grupais, as quais contaram com a participação de seis integrantes. Nesses encontros foram abordadas temáticas sobre o trabalho desenvolvido pelas profissionais e suas implicações na vida conjugal, familiar e social, bem como as consequências percebidas por essas profissionais na saúde psíquica e física.

Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duas profissionais casadas: uma técnica de enfermagem e uma psicóloga, lembrando que esta última também participou dos grupos operativos. As entrevistas focalizaram, de modo mais profundo, a percepção das profissionais quanto à influência do seu contato cotidiano com vítimas de violência e a sua vida conjugal. Abordaram os sentimentos vivenciados pelas profissionais ao atenderem vítimas de violência e de que forma isso interfere na sua vida conjugal, bem como as estratégias utilizadas por elas para evitar ou minimizar tal interferência. Tanto as entrevistas grupais quanto as individuais foram gravadas em arquivo de áudio.

O material foi transcrito e analisado a partir do levantamento de indicadores, que, agrupados, possibilitam a construção de zonas de sentidos, que, em linhas gerais, são núcleos semânticos viabilizadores da apreensão dos focos psicossociais basilares do grupo investigado em relação às questões a ele colocadas. Os indicadores são elementos relevantes retirados das falas, dos silêncios e das expressões não verbais dos participantes, que adquirem significação por meio da interpretação do pesquisador, representando momentos hipotéticos na produção do conhecimento, que se confirmam na fase conclusiva, ou seja, na inter-relação final das zonas de sentido junto com o diálogo teórico estabelecido (González Rey, 2005). Importante ressaltar

que o levantamento dos indicadores é realizado a partir do material de todos os sujeitos, tornando possível que cada um deles esteja representado em diferentes conjuntos de indicadores, numa postura de concepção do ser humano a partir das suas ambivalências e contradições.

Resultados e Discussão

As Zonas de Sentidos construídas foram: 1 – Experiência modificadora da relação conjugal; 2 – Emoções paralisantes e adoecedoras do corpo e da alma; 3 – Efeito colagem; e 4 – Estratégias que diminuem o desgaste físico-mental e facilitam a convivência com o cônjuge.

Zona de sentido 1

Experiência modificadora da relação conjugal

Os relatos das participantes sobre a influência do trabalho com vítimas de violência na sua conjugalidade permitiram o levantamento de dois grupos de indicadores: aqueles que apontam para o fato de que esse trabalho foi gerador de atitudes mais rígidas diante do companheiro; e outro grupo de indicadores que mostram o desenvolvimento de atitudes mais compreensivas que ajudaram as participantes a lidarem melhor com conflitos conjugais.

No que diz respeito às vivências, estas podem enrijecer ou aumentar o confronto. Algumas relataram ter se tornado “feministas”, rígidas e intolerantes diante de certas atitudes do companheiro, pois o contato com a temática da violência doméstica e as experiências narradas pelas mulheres agredidas nos atendimentos despertaram uma postura mais dura no convívio diário, em elementos antes vistos como simples brincadeiras passaram a ser entendidos como expressão de violência, como exemplificado na fala seguinte: “Sei que eu já mudei e ele já percebeu. Ele pensa, conta até 10 se vai falar (...) ele vai ouvir de volta...”. “Muita coisa muda (...) de você passar a não aceitar muita coisa, piadas, brincadeiras” (Agente de Saúde). Em outra ocasião, essa mesma participante tornou a afirmar “Muita coisa muda (...) de você passar a não aceitar muita coisa, muitas

piadas, muitas brincadeiras”. Essas afirmações nos levam a pensar que há um enrijecimento na forma de lidar com o companheiro, principalmente se este possui um posicionamento mais machista: “Você tem que preservar sua vida! Eu sou casada com um homem extremamente machista, assim a gente vive um embate direto” (Assistente Social).

Essas posturas descritas podem estar relacionadas ao fato de que o trabalho executado pelas profissionais exige delas a instrumentalização por meio de leituras, participação em cursos de formação e palestras que abordam a violência doméstica, possibilitando-lhes maior conscientização sobre os aspectos que estão diretamente relacionados com o fenômeno. Isso faz com que percebam o quanto a violência, principalmente a psicológica, toma parte da sua vida conjugal, pois a violência está presente na vida da maioria das pessoas, em graus maiores ou menores: “A gente ampliou o nosso olhar, né? Porque por detrás daquela alfinetada, daquela brincadeira, tem uma coisa de maldade, um valor cultural de crueldade. Então é assim, eu pessoalmente dei um basta nisso, hoje eu não aceito” (Agente de Saúde); e “Humilhar que é uma forma de violência sutil, mas que às vezes passava despercebida” (Assistente Social).

Em resumo, ao conhecerem as experiências sofridas pelas pacientes e entrarem em contato com as temáticas sobre a violência doméstica, a relação conjugal das participantes é afetada, pois elas se mostram menos tolerantes quanto às relações desiguais de gênero, que são impostas por uma sociedade machista: “(...) fica mais atenta (...) às vezes passava despercebida (...) tenho um faro muito bom pra isso” (Agente de Saúde); “(...) se impõe mais (...)” (Médica); “(...) antes eu compreendia mais (...)” (Médica); “É a história de pilotar fogão, não foi? (...) Aí então, o meu marido fazia essas piadinhas assim. Então aí a gente quer dar aquela resposta!” (Agente de Saúde). Na última fala pode-se observar o quanto, ainda hoje, tais relações continuam permeadas pela desigualdade, confirmando o fato de que as relações assimétricas e desiguais de gênero sempre marcaram as fronteiras que

delimitam os espaços e as competências do homem e da mulher (Prá 2004).

Um segundo grupo de indicadores aponta para o fato de que as vivências de atendimento a vítimas de violência tornam as profissionais mais tolerantes, quanto aos aspectos e fatores conflituosos presentes na sua relação conjugal. “A gente se desarmou bastante (...) com as questões a gente vai vendo, vamos dizer que a gente ganha ferramentas nesses anos de lidar com a violência (...) passou por um processo, aí a gente se sensibiliza mais ainda. Aí a gente desarma e o conversar fica mais fácil (...)” (Médica); “Eu acho que a gente aprendeu mais sim, por isso falei da maturidade. Que você invés de ir às vias de fato, muda uma compreensão que a gente tem “(...) tira aquela armadura de defesa” (Médica).

Portanto, a interferência foi ressaltada por muitas participantes como sendo positiva, pois agora conseguem lidar melhor com o companheiro e as limitações de cada um. “Você começa a evitar certas coisas. Se policia mais e você aprende com a história da outra. Então, é uma forma positiva” (Técnica de Enfermagem). Para outra participante, esse trabalho auxiliou sua vida conjugal, pois ela começou a perceber a importância de cada um ter o seu espaço: “eu acho que auxiliou no sentido de (...) ter uma maior individualização (...) não controlar mais situações dele. Ele ter o espaço dele. Isso para mim, para minha vida foi positivo (...)” (Psicóloga). Essas colocações evidenciam o quanto o lidar com esse tipo de demanda também pode subsidiar as participantes a ver que seu companheiro tem limitações, medos, angústias e que, também, precisa ter sua individualidade garantida.

Diante dos indicadores apontados acima, observamos que, para algumas profissionais, as vivências no trabalho com violência as levou a adotar atitudes rígidas e intolerantes com os comportamentos machistas do companheiro; enquanto outras se tornaram mais compreensivas e lidaram melhor com os conflitos da relação conjugal. É importante ressaltar que as experiências vivenciadas pelas profissionais e a repercussão destas em sua vida pessoal estão ligadas diretamente à subjetividade de cada uma, apresentando respostas distintas à temática. Assim, não podemos negligenciar a singularidade, a subjetividade e a história

de vida dessas profissionais. Como não era objetivo da pesquisa por nós desenvolvida, não trabalhamos com a história de vida de cada uma, o que poderia nos dar indícios das diferenças de atitudes.

Esses indicadores apontam para a influência do tipo de trabalho desempenhado na vida pessoal do sujeito e, ao mesmo tempo, para a sua subjetividade, definindo a forma como enfrenta o cotidiano do seu trabalho, numa relação circular e complexa. Ribeiro e Costa (2007), ao estudar a subjetividade do profissional que trabalha com vítimas de abuso sexual no contexto jurídico, apontam para a importância de se considerar a relação afetiva, que é construída com os pacientes em um processo de implicação mútua. As autoras enfatizam, ainda, que o profissional e sua subjetividade são elementos importantes na relação de trabalho, principalmente em contexto de ajuda. Sendo assim, é relevante destacar que as experiências no cuidar de vítimas de violência acabam por se refletir na vida conjugal das profissionais.

Não podemos deixar de ressaltar que essas mulheres cuidam, no seu trabalho, de corpos atingidos pela violência; em inglês a palavra para esse cuidado é *care*, que vem de um verbo que significar se ocupar, cuidar. O *care* é entendido, segundo Moliner (2004), como uma atitude ou uma disposição de cuidado com o outro. Contudo, a própria autora assinala que esses termos são reducionistas e não contemplam a complexidade desse trabalho, uma vez que o conceito de *care* engloba um conjunto de atividades físicas e mentais complexas, ligadas à gravidez, criação e educação das crianças, além do trabalho com os doentes, ou seja, trabalhos exercidos privilegiadamente por mulheres e que consiste em se colocar a serviço das necessidades dos outros. É interessante notar que esse modo de se colocar a serviço do outro aproxima e até confunde a esfera familiar com a laboral.

Um estudo realizado por Meneghel et al. (2000), com mulheres que atuavam em Casa-abrigo, constatou que o trabalho desempenhado pela equipe desencadeou mudanças com relação à percepção da violência, pois, ao lidar diariamente com essa temática, a equipe de funcionárias se via identificada com as mulheres-vítimas.

Nesse processo, elas eram levadas a repensar suas vidas e os conceitos sobre violência. Tal aspecto também pode ser notado nos resultados aqui apresentados, em que as profissionais, a partir da vivência diária com mulheres que sofreram ou sofrem violência, passam a identificar possíveis sinais de violência em situações com seu cônjuge, que antes lhes passavam despercebidas. Mas também é necessário ressaltar que essas participantes procuram compreender os aspectos relacionados à violência doméstica como forma de aliviar o sofrimento e também de lidar melhor com as suas influências na vida social e conjugal.

Zona de sentido 2

Emoções paralisantes e adoecedoras do corpo e da alma

Os indicadores apontaram para uma variedade de emoções que são vivenciadas pelas profissionais, fazendo com que suas ações sejam carregadas de conteúdos. Estes, por sua vez, podem extrapolar os limites do ambiente de trabalho e afetar as suas vidas pessoais.

As participantes enfatizaram o quanto o trabalho que desenvolvem as tornou mais sensíveis e como os atendimentos realizados as mobilizaram, despertando uma variedade de sentimentos na sua relação com as crianças, as adolescentes e as mulheres em situação de violência: “(...) é muito difícil, porque a violência nos mobiliza (...)” (Médica). Aqui é muito importante a discussão sobre a importância das emoções no trabalho e na vida pessoal dessas profissionais, pois compreendemos que seus comportamentos, no contexto em que trabalham, são definidos em grande parte pelas emoções vivenciadas.

Como afirma Maturana (2001, p. 130) “(...) se queremos compreender qualquer atividade humana, devemos atentar para a emoção que define o domínio de ações no qual aquela atividade acontece (...)”. Isso significa que não há ação sem que haja uma emoção que a defina anteriormente e que, se não há uma emoção que funde ou defina uma ação e possibilite uma interação, o sujeito não implica o outro em sua convivência, não estabelecendo uma relação (Ribeiro & Costa, 2007). Ou seja, as

emoções são disposições para a ação. Nessa perspectiva, entendemos que os sentimentos de desmotivação, impotência, raiva, irritação, culpa, pena, medo, angústia e solidão, descritos pelas profissionais, indicam uma atuação intensa e carregada de preocupação com o outro, mas também muitas contradições sobre os próprios sentimentos com relação às mulheres usuárias do seu serviço. Por isso, percebemos, segundo Molinier (2004), que a tarefa de cuidar nada tem de natural e estático, podendo suscitar outros sentimentos ao lidar com a dependência e fragilidade do outro, como o ódio: “Quando a gente pega uma pessoa vivendo uma violência em que ela está muito submissa, me dá uma irritação tão grande, me dá uma raiva tão grande (...) se pudesse sabe, balançar e sacolejar e falar: Você não está vendo? Faz diferente (...) mas eu sei que essa reação minha não vai ajudar o outro” (participante entrevista - Psicóloga)

Ribeiro e Costa (2007) apontam, ainda, para o fato de as emoções fundamentarem o domínio da ação profissional daqueles que lidam com famílias de dinâmicas abusivas. “Para Maturana (2001, p. 459): “Se estou na emoção de aceitação do outro, o que lhe acontece tem importância e presença em mim”. Dessa forma, a atuação dessas profissionais é permeada por uma preocupação ética, justificada pela emoção e não pela razão. Não há como serem neutras ao desempenhar o cuidado, pois há grande envolvimento e comprometimento com o outro que sofre: “(...) às vezes se sente impotente. Você quer fazer mais, mas não consegue por vários fatores. Então tem esse sentimento de impotência” (Técnica de Enfermagem). A mesma participante enfatiza: “(...) a gente não é de pedra, né? Não é neutra. A gente sofre junto com elas. A gente sente. Há casos até que se você não controlar muito você até chora com a paciente”.

Partindo do pressuposto de que é impossível sair ileso do trabalho com o fenômeno da violência, a vivência de todas essas emoções parece levar a sérias e profundas consequências na saúde das profissionais. Haja vista a pesquisa de Elias e Navarro (2006) a qual mostra o hospital enquanto um espaço de desgaste físico e psíquico, em que queixas dos trabalhadores

sobre dores no corpo, tensão, insônia, cansaço, estresse e perda de memória são recorrentes nesse ambiente. Uma participante da nossa investigação corrobora essa afirmação ao destacar que sente muitas dores e que concorda com a frase: “O que a boca cala, o corpo sente” (Agente de Saúde). Ela enfatiza que as dores são provenientes da ausência de escuta e troca sobre os atendimentos e por falta de outras estratégias que diminuam o impacto desse trabalho no seu próprio corpo. Outra participante relatou que esse trabalho chegou a afetar sua memória. Esses eventos estão relacionados ao cansaço que a demanda voltada às pessoas que sofreram ou sofrem violência requer. Mais uma participante relatou que, às vezes, a paciente aparece com problemas tão difíceis e complexos que a deixa sem forças, sendo necessário sair do consultório, dar uma volta para não prejudicar os atendimentos que ocorrem sequencialmente (Assistente Social). Esses depoimentos evidenciam o quanto a emoção está presente nesse contexto e o quanto as profissionais estão vulneráveis aos seus efeitos maléficos, tendo em vista que não há, por parte dos serviços de saúde, uma proposta de cuidado com a saúde biopsicossocial dessas profissionais.

Todo esse panorama nos leva a refletir sobre como está sendo implantada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde. Entre as diretrizes propostas vale destacar também a promoção de ações de incentivo e valorização do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação e capacitação permanente em saúde, que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS, bem como a promoção de atividades de valorização e cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (Brasil, 2009). Na prática, essas iniciativas deveriam traduzir-se em supervisões sistemáticas da atuação desses profissionais, criando espaços de interlocução, nos quais, além do avanço

teórico e técnico, esses trabalhadores pudessem usufruir dos benefícios oriundos do que Dejours (1987) denomina *espaço da palavra*, onde os profissionais pudessem fazer a interlocução tão necessária a esta atividade que tem como premissa a lida diária com situações tão inusitadas quanto ansiógenas.

Além disso, as profissionais dizem que não são oferecidas condições de trabalho mais efetivas, que, além de resultados mais visíveis, proporcionem o suporte necessário às mulheres que estão em situação de violência. “Sempre o sentimento que vinha mesmo era de impotência, incapaz, de estar fazendo errado, não é por aí. Porque tinha uma forma de funcionar no (local em que trabalha) né? Que não é a forma que se lida com violência. Então isso me incomodava muito, né?” (Psicóloga). Aqui percebemos que a proposta do Humaniza SUS, voltada à implantação de ações de valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde em cada estado (usuários, trabalhadores e gestores) e à qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento, não está sendo observada. No caso que ora abordamos no DF, vê-se que não estão sendo proporcionados espaços de escuta que permitam a expressão e a elaboração das emoções provocadas pelo contato com tais temáticas.

Em resumo, o que as profissionais apontam nos seus depoimentos é que não há uma intervenção estruturada nesse contexto de trabalho que amenize as emoções suscitadas pelo tipo de atendimento executado. Ou seja, não existem ações de cuidado e atenção para aquelas pessoas que ouvem e participam do sofrimento daquelas que são vitimadas pela violência. A esse respeito, Lunarti, Filho, Silveira, Soares & Lipinski (2004) ressaltam que as instituições de saúde vêm adotando modos de ser e fazer que comprometem o cuidado destinado aos pacientes e prejudicam a saúde física e mental dos profissionais, esquecendo-se que, para cuidar do outro, é preciso cuidar de si. Conforme enunciam Meneghel et al. (2000), trabalhar com esse tema aflora sentimentos intensos, como raiva, dores nas feridas e as próprias violências internas de cada pessoa. Por conseguinte, o espaço de troca e de escuta se torna uma ferramenta

imprescindível.

Na ausência da implantação de ações que amenizem o sofrimento dessas profissionais e a elaboração dos conteúdos que ouvem, elas carregam para sua vida conjugal e familiar o cansaço e a impotência vivenciados na lida diária com a dor alheia. Ao chegarem em casa “brigam por coisas bobas” (Agente de Saúde). Outras querem compartilhar com o cônjuge as situações que atenderam, mesmo a contragosto do companheiro: “Antigamente, uma coisa interessante, eu atendia e eu queria conversar e via que fazia mal a ele algumas coisas, entendeu?” (Psicóloga). Mas percebem que não poderão compartilhar situações do seu trabalho com o companheiro: “Hoje eu não converso com ele sobre caso nenhum que eu atendo. Que para ele é pesado. (...) eu não faço isso, eu não chego, eu posso falar ‘Nossa hoje eu atendi um caso muito ruim’, mas eu não falo o que é, como foi, o quê que foi. Eu vi que não era legal para ele. Ele ficava ruim. Aí eu não podia ajudar ele” (Psicóloga).

Assim, resta às profissionais guardarem consigo e, em alguns momentos, contarem com recursos internos pessoais ou algumas estratégias coletivas esporádicas para enfrentar essas fortes emoções de seus ofícios. Ao se depararem com elas e não terem meios efetivos e institucionais para canalizá-las, reelaborando-as e transformando a si e as situações externas, tais emoções acabam lhes sendo paralisantes, manifestando-se em sintomas físicos e psíquicos, tais como as lombalgias, cefaleias, tendinites, cansaço, distúrbios do sono e do apetite, da libido, entre outros. Todos esses sintomas foram relatados pelas participantes.

Zona de sentido 3

Efeito colagem

Outro grupo de indicadores aponta para o efeito “colagem”, vivenciado pelas participantes: “Tem dias que é muito difícil. Que você atende e leva pra casa. Vai dormir pensando nisso” (Assistente Social). “A gente acaba transferindo pros filhos, pro marido” (Agente de Saúde). Fica evidente que essas profissionais, ao se implicarem com o trabalho, estendem os sentimentos suscitados nos atendimentos, carregando

para suas vidas pessoais as agruras do ofício. Se lembrarmos que, além de profissionais, essas mulheres desempenham outros papéis sociais – mães e esposas –, torna-se importante discutir o impacto desse trabalho em suas relações familiares e conjugais, o que motivou nossa pesquisa. Uma das participantes fala: “(...) tem paciente que a gente fica muito ligada, mais do que em outros (...) tem caso de eu sonhar com aquele atendimento. E eu atendo em dupla, às vezes a gente chega ao trabalho e eu sonhei e a minha companheira também sonhou” (Psicóloga). “Às vezes tem um atendimento que você vem com aquilo ali, colado com aquele atendimento pra casa, né! E às vezes alguém fala alguma coisa e você acha que aquilo vem à tona né! Eu vejo assim, tem uns dias lá, no meu trabalho... Na sexta-feira, que faço o acolhimento no conselho tutelar, e nesses dias eu comecei a notar que eu vinha para casa, eu digo assim, intoxicada, impregnada daquilo ali, né!” (Psicóloga).

Podemos pensar, então, que há uma extensão desse trabalho, tão intenso emocionalmente e longo em termos de jornada diária, para a vida pessoal e uma grande interferência dele no contexto familiar, podendo mesmo interferir nas relações conjugais. Uma das participantes relata que esse contato com a violência sofrida pelas pacientes a deixa mais sensível a certas falas do companheiro: “(...) eu me lembro que teve uma festa na família e ele fez um comentário (...) não me lembro bem (...) um comentário que eu achei machista e fechei a cara. Mas aquilo veio com uma força tão grande na hora (...) depois ele veio falar: mas por que você ficou assim? Nessa hora eu acho que fiz (...) uma colagem (...) aí que eu comecei a falar espera aí, deixa eu recortar aqui (...) ele tava brincando, eu tava na brincadeira e não consegui ver a brincadeira (...)” (Psicóloga). Mas as participantes também relatam a capacidade de refletir sobre os acontecimentos da vida pessoal, sendo capazes de separar o trabalho da sua vida pessoal: “(...) aí eu procuro só rever isso e reflito, então eu consigo me desculpar e desculpar o outro. Aí fica bom pra mim” (Médica).

É relevante observar, conforme aponta Alves (2002), que os sistemas simbólicos que permeiam as relações humanas atuais

mantêm ainda os mesmos signos de diferenciação nos quais as instituições se fundamentaram no passado. Hoje, os instrumentos de conhecimento e de comunicação desempenham o papel de coordenação do domínio e da delimitação do poder. Sendo assim, na violência, bem como nas relações de gênero que permeiam esse fenômeno, estão presentes falas, comportamentos e gestos carregados de desigualdade entre homem e mulher e de imposições de poder em hierarquias.

Essas profissionais veem em suas relações conjugais aspectos presentes nas relações de suas pacientes com seus cônjuges, namorados ou companheiros, pois os sistemas simbólicos estão na mesma sociedade em que todas elas, profissionais e usuárias, estão inseridas, facilitando o deslize metonímico e metafórico de vivências, projeções e fantasias de um lado para o outro. “Agora isso não quer dizer que às vezes a gente não tem um atendimento que você vem com aquilo ali. Colado com aquele atendimento, né? E às vezes alguém fala alguma coisa e você acha que aquilo vem à tona né? (...) nesses dias eu comecei a notar que eu vinha para casa, eu digo assim, intoxicada, impregnada daquilo ali (...). Então eu ia para a cozinha, ia fazer o almoço e eu sentia. E aquilo voltava à cena (...)” (Psicóloga).

Desse modo, notamos que o envolvimento das servidoras com o trabalho é bastante intenso e que as barreiras entre esse universo e aquele doméstico são tênues. Em geral, a mulher tanto acaba por levar suas preocupações familiares (atenção com filhos doentes, ausência de empregada doméstica, compras a serem feitas, tarefas escolares dos filhos, entre outros) para o ambiente de trabalho, como acaba por ser acompanhada pelas tensões e dificuldades do mundo laboral ao entrar em casa (por exemplo, desavenças com colegas, frustrações com resultados mal sucedidos e desgastes em competições profissionais). É sabido correntemente que muitos empregadores preferem contratar homens devido à visão negativa dessa permeabilidade entre as fronteiras dos mundos pelos quais as mulheres transitam. Alguns autores, inclusive, apontam para a maior ou menor expressão dessa característica, de articular constantemente os papéis e as responsabilidades familiares e os profissionais, de acordo com uma complexa

combinação de condições pessoais e familiares, a saber: o estado conjugal e a presença de filhos, associados à idade e à escolaridade da trabalhadora, assim como ao perfil do grupo familiar próximo e extenso, como o ciclo de vida e a estrutura familiar. Todos esses fatores, em interação, irão limitar o grau de disponibilidade da mulher para o trabalho, conforme aponta Bruschini (1998).

Zona de Sentido 4

Estratégias que diminuem o desgaste físico-mental e facilitam a convivência com o cônjuge

Essa zona de sentido foi construída a partir de indicadores que apontam para estratégias de enfrentamento, utilizadas pelas participantes para amenizar o desgaste físico e mental causado pelo trabalho voltado à temática tão complexa. Os indicadores foram organizados em dois grupos: estratégias coletivas e estratégias individuais, tanto dentro quanto fora do contexto de trabalho. Estratégias de enfrentamento são ações empreendidas pelos trabalhadores, conscientes ou inconscientes, “que levam à modificação, transformação e, em geral, à eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer” (Jayet et al., 1994 p. 128).

No que diz respeito ao trabalho na área de saúde, Magalhães (2006) afirma que, para compreender a complexidade das situações de risco, vivenciadas por profissionais que atuam em hospitais, se faz necessário observar as estratégias utilizadas por elas com relação às atividades desgastantes que desempenham. Sendo assim, faz-se necessário investigar os comportamentos, as ações ou as respostas apresentadas e que podem identificar os aspectos sadios preservados e que geram resultados adequados, fazendo com que o profissional permaneça em suas atividades e preserve sua saúde mental.

Quanto às estratégias coletivas, os indicadores apontam arranjos que têm como objetivo diminuir o impacto de cuidar de vítimas de violência doméstica, como enuncia uma das participantes: “Uma das estratégias é que quando a gente atende junto, trocar idéia (...)” e “Então eu acho assim, que a dupla é uma coisa que ajuda muito nesse trabalho” (Psicóloga). Atender

em dupla foi um aspecto relatado pelas profissionais entrevistadas como sendo uma estratégia eficiente para diminuir o desgaste dos atendimentos, pois há um espaço de troca e escuta. Uma das participantes referiu-se ao atendimento em dupla como uma forma de catarse: “Atender em dupla, é uma maneira de se proteger das situações desgastantes diante da violência cometida contra a mulher. É uma catarse que auxilia para trabalhar a agitação depois de cada atendimento” (Psicóloga).

A realização de atendimentos psicológicos e psicossociais com uma dupla de terapeutas já é uma prática muito utilizada em terapias de grupo e também em terapias de família e casal. Segundo Nichols & Schwartz (1998), um dos primeiros terapeutas a defender a utilização da coterapia no tratamento das famílias foi Whitaker, com o argumento de que se o terapeuta estiver sozinho ele corre o risco de se envolver demais com a família ou, então, não perceber tudo que está acontecendo. Acreditamos que esse argumento também pode ser utilizado quando são atendidas vítimas de violência.

Também foi destacado, como estratégia, a proximidade entre as profissionais e a possibilidade de trocarem experiências. Nesta pesquisa, o encontro nas reuniões mensais com as profissionais que trabalham com a violência evidenciou um suporte mútuo realizado de diversas formas entre essas trabalhadoras, como pode ser identificado nas falas a seguir: “Nós que trabalhamos mais próximas umas das outras, quando a gente precisa, a gente liga. Empresta o ouvido uma pra outra” (Assistente Social). “Aqui. A nossa reunião aqui são coisas assim que são instrumentos” (Médica). Isso significa que há um vínculo entre as profissionais e, mesmo diante dos limites encontrados no trabalho, que elas se apoiam para ajudar umas às outras. Na verdade, na literatura, há várias indicações de que, desde a infância, a menina é envolvida no simbolismo da feminilidade, a qual se desenrola em ritos e brincadeiras muito mais afeitos ao mundo doméstico, à solidariedade entre elas, ao apaziguamento dos conflitos e sem a dramatização da competitividade, o controle da sexualidade, a passividade e o revezamento da posição de liderança que há na simbólica da masculinidade (Silva, 1985; Carvalho, 1990;

Chodorow, 1974).

Quanto às estratégias individuais, os indicadores revelam que as profissionais utilizam várias formas para amenizar as consequências sofridas em razão do trabalho com vítimas de violência: fazer exercício físico; caminhar; fazer ginástica; não assistir a programas televisivos que enfatizam a violência; procurar se desligar, valorizando o final de semana como um tempo para relaxar, fazer psicoterapia; se envolver com as demandas da casa, dos filhos e do marido; sair para se divertir; cozinhar; assistir a filmes leves e românticos. Estas são estratégias individuais, ditas eficientes, para diminuir os efeitos dos atendimentos e também formas para “desintoxicar”.

Contudo, a estratégia de distanciamento das situações, relativas às vivências do trabalho, revela um mecanismo mal adaptado uma vez que se nega o contato com a realidade presente a fim de se distanciar das experiências passadas do trabalho. A tentativa de afastamento da realidade penosa do trabalho termina por produzir um afastamento de outras instâncias da vida. Isso significa que essas profissionais, em virtude das dificuldades vividas no seu trabalho e do sofrimento que enfrentam, utilizam recursos nem sempre adequados para lidar com o seu dia a dia, como pode ser identificado na fala a seguir: “No fim de semana eu não quero mexer com isso (...) já mexo com isso no meu dia a dia” (Assistente Social), “No fim de semana eu gosto de me desligar disso, não assisto Jornal Nacional mais” (Psicóloga) e “No meu caso eu também não assisto TV” (Médica); “(...) ver filmes leves, de amor, que não contenham conteúdo de violência” (Psicóloga). Por outro lado, algumas defesas parecem mais bem adaptadas, como aparecem em alguns relatos: “Eu faço na minha caminhada. Aí, eu volto pra casa com uma alegria inédita. Posso pensar isso no âmbito familiar e como cidadã da minha sociedade” (Médica) Alguns mecanismos de enfrentamento podem ser desenvolvidos, como cozinhar, fazer exercícios, entre outros.

Diante de tais indicadores, observamos que os vários tipos de enfrentamentos utilizados pelas profissionais resultam da necessidade de negar ou se afastar da realidade do trabalho, quando esses enfrentamentos são individuais. Porém,

quando as estratégias de enfrentamento são construídas coletivamente, estas se caracterizam pela modificação ou transformação da realidade que as faz sofrer.

É importante destacar que o desgaste gerado pelo trabalho desempenhado por essas profissionais necessita de um tempo considerável do final de semana para ser superado. Isso significa que elas gastam parte de suas vidas pessoais procurando elaborar as questões advindas do seu trabalho. Uma das participantes ressaltou que “(...) meu fim de semana é um tempo de desintoxicar. Às vezes, só no sábado, no final do sábado eu vou conseguir” (Psicóloga).

No entanto, é necessário reforçar a nossa percepção sobre o esforço dessas profissionais a fim de se compreender os fatos ao invés de negá-los. Isso pode ser um fato que colabora para que as emoções suscitadas pelas especificidades do trabalho, uma vez percebidas e elaboradas, sejam promotoras de ações, facilitando o cuidado com o outro e também com elas mesmas. Como afirma Elkaim (1996), os sentimentos suscitados no profissional têm uma utilidade e uma função para o sistema do qual ele faz parte, já que o melhor recurso que o terapeuta tem para se colocar frente à situação que lhe é apresentada é si mesmo.

Confirmando a perspectiva de complexidade do ser humano, uma das participantes disse que não precisava usar nenhuma estratégia específica para lidar com o seu trabalho, contudo essa afirmação nada mais era do que a negação da própria negação: “É, eu me desligo mesmo (...) procuro guardar só coisas boas (...) é assim, eu faço aquilo que posso pela situação, pela paciente e aprendi que aquilo que não dá para fazer não dá. E saio daqui e já penso em outras coisas. Já tenho filhos, casa e outras coisas. Automaticamente desliga” (Técnica de Enfermagem). Essa participante afirmou conseguir fazer uma cisão entre o trabalho e seus outros papéis familiares e sociais, contrariando a premissa de que as emoções vivenciadas são mobilizadoras de ações, ou seja, são definidoras dos domínios de nossos comportamentos em um determinado contexto (Maturana, 2001 e 2002).

Sem desconsiderar a singularidade de cada sujeito e a necessidade de uma postura científica que afirme esse fato (Demo,

2001), é importante questionar se essa participante realmente não se abala com o que ouve e vê no cotidiano do seu trabalho ou se não está sendo capaz de entrar em contato com os sentimentos provocados pelo trabalho que desenvolve, racionalizando suas tomadas de posição e seus conteúdos verbais. É relevante destacar que esse trabalho pode vir a desencadear um processo de exaustão, que pode ser definido como aquilo que deixou de funcionar por escassez energética, expresso por um sentimento de fracasso, esgotamento e desesperança, causados por um excessivo desgaste de energia e recursos que acomete, geralmente, os profissionais que atuam em contato direto com pessoas em sofrimento ou em situações limítrofes, levando-as à perda de sentido com relação ao trabalho (Murofuse, Tiemi, Abranches & Napoleão, 2005).

Conclusão

Os resultados da pesquisa por nós desenvolvida evidenciaram ser o trabalho, com vítimas de violência, fortemente impactante para as profissionais que assumem essa atividade e que esse impacto atinge sua vida doméstica, bem como sua saúde. Um dos aspectos que buscamos discutir foi a relação entre o trabalho com a violência e a vida conjugal-familiar de profissionais da saúde. Identificamos que, pelo fato de lidarem diariamente com esse fenômeno, as profissionais se tornam mais sensíveis e atentas às atitudes do companheiro interpretadas agora como violentas, diferentemente de antes do trabalho por elas realizado. As informações constantes na transcrição das entrevistas e dos grupos operativos não são suficientes para avaliarmos se esses companheiros eram ou não violentos. Mesmo porque a violência, como fenômeno complexo, pode se apresentar de diferentes formas, muitas delas invisíveis, especificamente quando são não físicas (Miller, 1999). No entanto, se essas mulheres nos relatam que interpretam hoje ações pregressas dos seus companheiros como violentas, temos que considerar a sua vivência como válida. Além disso, não podemos desconsiderar as questões de gênero aqui envolvidas, visto que são profissionais mulheres cuidando de mulheres em situação de violência. Isso faz

com que haja um processo de identificação ou projeção com a problemática e, portanto, um deslocamento para o seu contexto pessoal, social e relacional, refletido numa mudança de atitude com relação ao companheiro, após terem iniciado serviços relacionados à temática da violência.

É relevante destacar que as participantes, além de se envolverem emocionalmente com as pacientes, se identificam com estas e a suas feridas. Isso confirma a percepção de que o contexto do trabalho, configurado enquanto espaço de escuta das agruras das mulheres, suscita lembranças e sentimentos nas profissionais que as tornam implicadas profissional e pessoalmente com a problemática da violência. Tal aspecto foi nomeado de “efeito colagem” e demonstra o quanto há uma forte influência desse trabalho nas suas vidas pessoais, pois as vivências acabam ultrapassando o espaço profissional e produzem mudanças na forma como lidam com a realidade familiar e também com seus companheiros. Tal fato acontece porque, ao proporcionar um espaço de escuta à paciente, a profissional revive ou rememora sua trajetória enquanto mulher sob opressão numa sociedade patriarcal e, conseqüentemente, se vê mobilizada, “enganchada”, emocionalmente com o que lhe é apresentado.

No entanto, também se constatou que as emoções presentes nas atuações das participantes são fatores propulsores da ação, do tipo de cuidado oferecido ao outro e motivador da permanência nessa ordem de demanda. Outro fator que pode ser apontado como relevante para a continuidade da atuação nesse contexto laboral, em melhores condições psíquicas e físicas, é a mudança na forma de compreender e perceber a violência, que as faz tão comprometidas com o trabalho. Destaca-se que há uma vinculação entre as profissionais, um suporte oriundo da união entre elas, tanto que são diversas as estratégias de enfrentamento e também os fatores de proteção apresentados pelas participantes. Pode-se observar que tais profissionais formam uma equipe comprometida com o bem-estar comum e que se tornaram mesmo cúmplices umas das outras, por meio das defesas e dos encaminhamentos dos casos feitos de modo coletivo. Contudo, as defesas individuais

revelam que o sofrimento causado por essa atividade profissional não tem encontrado soluções psicológicas satisfatórias, indicando a possibilidade iminente de adoecimento.

É inegável que esse trabalho influencia a vida das participantes e que as variadas emoções são desencadeadoras de um grande desgaste físico e mental, transferindo esse desgaste para o contexto familiar e conjugal. Logo, não se pode negar a necessidade de uma rede de apoio fortalecida e articulada eficazmente para prevenir a violência doméstica, de modo que suas profissionais também recebam apoio e não tenham que adoecer ao cumprirem com suas funções. Nesse sentido, é fundamental que elas recebam um suporte biopsicossocial, que as fortaleça, dando-lhes condições de realizar um trabalho eficiente, sem que lhes haja malefícios e prejuízos ao próprio desempenho laboral.

Finalmente, pudemos perceber que há um devotamento com relação ao trabalho desenvolvido por essas profissionais, e, conforme Elias e Navarro (2006), essa atitude é parte integrante de um modelo construído e determinado historicamente na perspectiva de gênero (Moliner, 2004), que faz com que as trabalhadoras em saúde criem estratégias e arranjos para evitar ou diminuir o sofrimento e as ambigüidades emocionais do ofício de cuidar do outro. Por isso, terminamos este artigo com a afirmação de que se deve, também, voltar o olhar, a ação de intervenção e a reflexão teórica para aqueles(as) que são atingidos(as) de forma indireta pela violência em suas vidas pessoais e profissionais, até mesmo para se atingir a maior efetividade e eficácia nos atendimentos a pessoas em situação de violência.

Referências

- Alves, S. Q. C. (2002). *A Mulher no Contexto Trabalho/Família: Jornada dupla ou desafio?* Trabalho Graduação Psicologia, Universidade Potiguar, Natal. Disponível em: <[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/cab3f008df2e175e03256d110062efc4/09c058516e8470a003256fa90077639c/\\$FILE/NT000A4466.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/cab3f008df2e175e03256d110062efc4/09c058516e8470a003256fa90077639c/$FILE/NT000A4466.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2008.

- Aparebinese, P. C. G. S., & Barreira, I. A. (2008). *Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social: profissões femininas pioneiras na área de saúde. Revista da Escola de Enfermagem USP, 42(3)*, 474-482.
- Aquino, E. M. L., Menezes, G. M. S., & Marinho, L. F. B. (1994). Mulher, Saúde e Trabalho No Brasil: Desafios Para Um Novo Agir. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, 11(2), 281-290.
- Barreira, I. A. (2005). *Reconfiguração da prática de enfermagem brasileira em meados do século 20. Texto & contexto da enfermagem, 14(4)*, 380-487.
- Brasil. Ministério Da Saúde (2009). *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>> Acesso em: 04 abr. 2009
- Bruschini, C. (1998). *Trabalho Feminino No Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? Meeting of the LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION – ECO 19 – Illinois – USA*. September, 24-26.
- Carvalho, J. J. (1990). O jogo das bolinhas, uma simbólica da masculinidade. *Anuário Antropológico, 87*, 191-222.
- Chodorow, N. (1974). Family structure and female personality. In M. Rosaldo e L. Lamphere (Orgs.). *Woman, Culture and Society* (pp. 43-66). Stanford: Stanford University Press.
- Codo, W. (1999). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Dejours, C. (1987). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré Editorial.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa*. São Paulo: Papirus.
- Elias, M. A., & Navarro. V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14(4)*, 517-525.
- Elkaïm, M. (1996). Nos limites do enfoque sistêmico em psicoterapia. In D. F. Schnitman (Org.) *Novos Paradigmas, cultura e subjetividade* (pp. 204-210). Porto Alegre: Artes Médicas.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneiras Thomson Learning.
- Hirata, H., & Kergoat, D. (2007). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa, 37(132)*, 595-609.
- Jayet, C., Dejours, C., Abdoucheli, E. & Stocco, M. I. (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Kergoat, D. (2001). Le rapport social de sexe – De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. *Actuel Marx: Les rapports sociaux de sexe, 30*, 135 -148.
- Lunarti, V. L., Filho, W. D. L., Silveira, R. S., Soares, M. V. & Lipinski, M. O (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12(6)*, p. 933-939.
- Magalhães, A. B. A. (2006). *Síndrome de burnout no contexto hospitalar pediátrico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Maturana, H. (2002). *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: UFMG.
- Maturana, H. R. (2001). *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: UFMG.
- Meneghel, S. N., Camargo, M. F., Mattiello, L. R., Silva, D. A., Santos, R. C. R., Bruel Dagord, T. C., Reck, A. L.; Zanetti, A., Sottili, L. & Teixeira, M. A. (2000). Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública, 16(3)*, 747-757.
- Miller, M. S. (1999) *Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres*. São Paulo: Editora Summus.

- Molinier, P. (2004). O ódio e o amor, caixa preta do feminismo? Uma crítica da ética do devotamento. *Psicologia em Revista*, 10(16), 227-242.
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Moreira, M. C. N. (1999). Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(1), 55-65.
- Murofuse, N. T., Tiemi, A. B., Abranches, T. S., & Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre o estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Terapia familiar – conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Pitta, A. M. F. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Prá, J. R. (2004). Gênero, cidadania e participação da esfera pública. In M. J. S. Carvalho & C. M. F. Rocha. (Orgs.). *Produzindo Gênero*. Porto Alegre: Sulina.
- Ribeiro, R., & Costa, L. F. (2007). As emoções do profissional psicossocial frente à situação de abuso sexual infantil. *Estilos da Clínica – USP*, 12, 130-147.
- Silva, A. I. O. (1985). A pedagogia do feminino. *Cadernos de Pesquisa*, 54, 26-36.
- Silveira, L. P. (2006). Serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência. In G. S. Diniz, L. P. Silveira, & L. A. Mirim (Orgs.). *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites*. São Paulo: Coletivo Feminista, Sexualidade e Saúde.
- Sousa, I. F., & Mendonca, H. (2009). Burnout em professores universitários: impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(4), 122-131.

*Enviado em Junho de 2009
Revisado em Dezembro de 2009
Aceite final em Janeiro de 2010
Publicado em Dezembro de 2010*