UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PRISCILLA BRANDÃO BACCI PEGORARO

Desgaste Psíquico Moral na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de enfrentamento para a gestão local do Município de Campinas - SP

SÃO PAULO
2015

PRISCILLA BRANDÃO BACCI PEGORARO

Desgaste Psíquico Moral na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de enfrentamento para a gestão local do Município de Campinas - SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

SÃO PAULO
2015

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

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pegoraro, Priscilla Brandão Bacci
Desgaste psíquico moral na atenção primária à saúde: uma proposta de enfrentamento para a gestão local do município de Campinas - SP / Priscilla Brandão Bacci Pegoraro. São Paulo, 2015.
141 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli
Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Atenção primária à saúde. 2. Estresse profissional. 3. Saúde ocupacional. 4. Profissionais da saúde. I. Título.

Nome: Priscilla Brandão Bacci Pegoraro
Título: Desgaste Psíquico Moral na Atenção Primária à Saúde: Uma proposta de enfrentamento para a gestão local do Município de Campinas - SP.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.
Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família, minha filha Rafaella, meu esposo Rafael, meus pais Antonio Carlos e Hilda e à minha irmã Thalita, sem vocês eu nada seria!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me permitiu realizar este sonho.

À minha filha, Rafaella, por me permitir ser mãe e por todos os momentos que não pude ser como gostaria por ter que me dedicar ao desenvolvimento deste estudo, fonte de inspiração, motivação e amor.

Ao meu esposo, Rafael, por estar ao meu lado, me acompanhando, me apoiando ao longo destes anos, presente em todos os momentos.

Aos meus pais, Antonio Carlos e Hilda, por serem o início de tudo, pela luta destemida para me fazer estudar, pelo apoio e auxílio em todos os momentos e por me ensinarem a ser como sou.

À minha irmã querida, Thalita, pelas caronas, pelas conversas, pelo apoio, pela admiração e palavras de estímulo que me ajudaram a prosseguir nesta batalha.

À minha querida e eterna orientadora, Elma Zoboli, pela parceria, compreensão, apoio, amizade, força, exemplo, consideração, seus ensinamentos foram valiosos, a convivência maravilhosa e sua sustentação fundamental para eu me manter determinada no propósito de seguir em frente.

À equipe do CS Ipaussurama grande motivadora deste estudo, por me ensinar a ser gestora e por me proporcionar uma convivência incrível.

À querida amiga e exemplo Rosana Garcia, pela sua dedicação à enfermagem, pelo seu exemplo de humildade e pelo apoio sempre firme a me ajudar.

Às minhas queridas colegas de turma do Mestrado Profissional, sempre juntas, uma incentivando e apoiando a outra para seguirmos firmes.

À amiga Grasielle por me acompanhar nesta longa jornada de nos tornarmos Mestres e por ter insistido para eu tentar.

À Elisabeth Lelo pela valiosa ajuda na qualificação e na inserção deste estudo dentro do Município de Campinas.

Às professoras, Lislaine e Patrícia pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Às queridas, Elizete e Lucia do Cuidando do Cuidador, por abrirem espaço para que eu pudesse pensar em cuidar de quem cuida também.

Às amigas e girafas Dóris, Mérian e Márcia por me ensinarem a Comunicação Não Violenta e a Mediação de Conflito.

Aos colegas e chefia do Distrito de Saúde Noroeste, que contribuíram para que eu pudesse estar hoje aqui.

À Márcia Garcia, da secretaria de pós-graduação, pelo auxílio pronto em todos os momentos sempre disponível a ajudar.

A todos que direta ou indiretamente estiveram presentes, auxiliaram de alguma forma e contribuíram para que eu pudesse realizar tudo isso.

“O segredo é não correr atrás das borboletas, é cuidar do jardim para que elas venham até você”.

Mário Quintana

Pegoraro PBB. Desgaste Psíquico Moral na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de enfrentamento para a gestão local do Município de Campinas – SP [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: O Burnout e o Sofrimento Moral são transtornos comuns entre profissionais de saúde, levando ao desgaste psíquico moral destes trabalhadores. A organização, a política e a prática de gestão de pessoas têm papel fundamental na forma como o trabalhador se relaciona com o trabalho. Assim, o desgaste psíquico moral e os transtornos por ele causados aos trabalhadores devem ser tratados, pelos gestores e avaliadores dos programas governamentais, como um problema organizacional que requer medidas coletivas e transformações no processo de trabalho, não se restringindo às ações de caráter individual como se observa comumente nas organizações. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o desgaste do trabalhador também ocorre, como mostram estudos realizados. Entretanto, ainda são poucos os estudos que propõem intervenções para resolver estes problemas da saúde do trabalhador. O presente estudo foi proposto no intuito de contribuir para preencher esta lacuna. **Objetivo Geral:** Propor uma oficina para gestores locais da Secretaria Municipal da Saúde de Campinas, em parceria com o Programa Cuidando do Cuidador, com vistas a instrumentalizar os gestores para identificarem e lidarem com situações de burnout e sofrimento moral das equipes de Atenção Primária à Saúde. **Desenvolvimento do estudo (Método):** Para a elaboração da proposta de oficina, e respectivo material de apoio, para os gestores locais sobre reconhecimento e manejo do sofrimento psíquico moral no trabalho na atenção primária, houve algumas etapas e desdobramentos: Revisão da Literatura para identificar formas de lidar coletivamente com estresse laboral; Reuniões com as profissionais do Programa Cuidando do Cuidador, que integra um conjunto de ações para qualificar a gestão e promover a saúde do Trabalhador da Saúde de Campinas; Contato com grupo de pesquisa e extensão que implementa projetos e práticas para redução do estresse e melhora da Qualidade de Vida do trabalhador no SUS; Contato com o Projeto de Comunicação Não Violenta, do Comitê de Prevenção de Violência do Município de Campinas. Subsidiaram a construção da proposta da oficina alguns referenciais teóricos e estratégias apontadas como benéficas na prevenção e minimização do impacto causado pelo adoecimento laboral: fortalecimento do trabalho em equipe; desenvolvimento de aspectos relacionados à dinâmica de trabalho; habilidades fundamentais para o gestor; fortalecimento dos cinco pilares das relações interpessoais no trabalho, Comunicação Não Violenta, Mindfulness. **Resultados (Produtos):** Oficina para gestores locais e material de apoio. Os produtos que resultaram desse estudo coadunam com as iniciativas para melhoria do clima organizacional, recomendadas como medidas positivas para prevenção e manejo do desgaste psíquico moral dos trabalhadores em saúde: estimular o trabalho em equipe coordenado e cooperativo, facilitar a convivência e a comunicação no trabalho. O material traz noções de algumas ferramentas que poderão facilitar ao gestor local o reconhecimento e como lidar com este agravo nas equipes de saúde de atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atenção Plena. Esgotamento Profissional. Saúde do Trabalhador.

Pegoraro PBB. Moral Psychological exhaustion in Primary Health Care: a proposal for coping for local management of Campinas – SP. [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Burnout and moral distress are common disorders among health professionals and are a cause of the moral psychic suffering to these workers. The organization, policy and practice of people management plays a key role in determining the way the workers face their job and tasks. The moral psychic suffering and the disorders it causes to the workers must be treated by managers and evaluators of government programs as an organizational problem that requires collective measures and changes in the work process. The measures cannot be limited to the individual realm as usual in the organizations. In Primary HealthCare (PHC) also occurs the suffering of the workers as some studies pointed. However, there are few studies that propose interventions to address these occupational health problems. This study was proposed in order to contribute to fill this gap. **General Objective:** To propose, in partnership with the Caring of Caregiver Program, a workshop for local managers of the Municipal Department of Health of Campinas, in order to prepare them to identify and address the situation of burnout and moral distress in the Primary Healthcare Teams. **Development of the study (Method):** To develop the workshop and its support material on recognition and dealing of moral and psychic distress among primary healthcare teams we carried out some steps: Literature Review for identify ways to collectively deal with work stress; Meetings with the professionals of the Caring of Caregiver Program, which integrates a set of actions to qualify the management and promote the health of the health workers of Campinas; to make contact with a research and extension group that implements projects and practices to reduce the stress and improve the quality of life among the workers of the SUS; to make contact with the Nonviolent Communication Project , of the Violence Prevention Committee in Campinas. The proposal of the workshop was based on some theoretical frameworks and some strategies identified as beneficial in preventing and minimizing the impact of burnout: strengthening teamwork; developing aspects related to work dynamics; fundamental skills for the manager; strengthening of the five pillars of interpersonal relationships at work, Nonviolent Communication, Mindfulness. **Result (Products):** Workshop for local managers and support material. The products which resulted from this study are in line with efforts to improve organizational climate and with what it is recommended as positive measures for preventing and managing moral psychic suffering of the health workers: stimulate coordinated and cooperative teamwork, facilitate interaction and communication at work. The support material brings notions of some tools that can facilitate to the local manager the recognition and how to deal with this health problem of the primary healthcare primary teams.

Keywords: Mindfulness, Primary Health Care, Professional Burnout, Occupational Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da população de Campinas – SP por sexo segundo os grupos de idade. IBGE, 2010. 38

Figura 2 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas. SP, 2015. 40

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psico Social
CEASA	Central de Abastecimento de Campinas S.A.
CNV	Comunicação Não Violenta
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CR	Centro de Referência
CS	Centro de Saúde
DeCS	Descritor em Ciências da Saúde
DGATES	Departamento de Gestão e Apoio ao Trabalho e Educação na Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PIB	Produto Interno Bruto
PS	Pronto Socorro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPST	Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador

PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Síndrome de Burnout
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 17

1. INTRODUÇÃO 22

1.1. Burnout e sofrimento moral no trabalho em saúde 22

1.2. A Atenção Básica no SUS 31

1.3. A realidade de Campinas 37

1.3.1. Contexto da situação problema 41

1.4. Programa Cuidando do Cuidador 45

2. PROBLEMA DE ESTUDO 48

2.1. Tema 48

2.2. Problema de Gestão 48

2.3. Problema de estudo 48

3. OBJETIVOS 50

3.1 Geral 50

3.2 Específicos 50

4. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO 52

4.1. Etapas 52

4.2. Revisão da Literatura 53

5. RESULTADOS 58

5.1. Referenciais da proposta 58

5.1.1. Detecção e enfrentamento do desgaste laboral 58

5.1.2. As relações interpessoais como fator de desgaste no trabalho 61

5.1.3. A Comunicação Não Violenta 70

5.1.4. Autoconhecimento e Mindfullness 78

5.2. A Oficina 81

5.2.1. Objetivos da Oficina 84

5.2.1. Encontros.....84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 98
7. REFERÊNCIAS.....106
APÊNDICES.....112
APÊNDICE A – Convite aos gestores Locais da SMS Campinas.....112
APÊNDICE B – Certificado de Participação na Oficina.....113
APÊNDICE C – Apresentação do Primeiro Encontro.....114
APÊNDICE D – CADERNO DO GESTOR.....118
ANEXOS 140
Anexo 1 – Autorização para uso do vídeo 140

APRESENTAÇÃO: encontro da mestranda com a situação problema

Sou enfermeira, formada pela Escola de Enfermagem da USP e sempre em minha formação fui levada a refletir sobre o processo de trabalho e o importante papel do enfermeiro para organização deste e a melhoria da produção em saúde. Com isso, desenvolvi olhar crítico e me motivei a colaborar com o desenvolvimento de tecnologias que contribuiriam para a melhoria do processo de trabalho e poderiam auxiliar no alcance dos princípios e diretrizes do SUS.

Depois de formada, tive oportunidade de desenvolver habilidades técnico-assistenciais e gerenciais em equipes de enfermagem de serviços distintos. Vivenciei variada gama de experiências, atuando, primeiramente, na área hospitalar: Centro Cirúrgico; Central de Materiais e Esterilização; Unidade de Recuperação Anestésica; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto. Todos estes eram setores fechados, de grande complexidade e que exigiram muito da minha responsabilidade profissional. Tentei, naqueles anos, desenvolver habilidades e competências para lidar com situações complexas de sofrimento, dor, perda, envolvimento da equipe com os pacientes, morte, realizações, felicidade, medo, conquista, avanços. Enfim, cada setor pode me ajudar a viver as múltiplas facetas da realidade de ambientes complexos.

Foi quando em 2009, à procura de uma inserção profissional estável e melhor remunerada, prestei concurso da Prefeitura Municipal de Campinas, e para minha felicidade passei e fui convocada, em 2010, para escolha de vaga na primeira turma entre as cinquenta primeiras vagas. Este momento foi bem difícil, pois esta escolha foi meio às cegas, apesar de ter nascido e morado minha vida toda no Município, não conhecia profundamente o Sistema de Saúde da cidade, e a escolha foi por um local que me chamou a atenção em virtude da estrutura externa deste: pintado de uma cor diferente das demais UBS do Município, o CS Ipaussurama parecia ser uma unidade diferenciada, em outros sentidos também.

E realmente era. Iniciei minhas atividades como enfermeira desta Unidade, ainda meio confusa, pois minhas atuações profissionais anteriores não tinham me permitido desenvolver muitas habilidades para a área da Saúde Coletiva. O aparato tecnológico leve-duro e duro do CS era bem menor do que nas unidades

hospitalares onde havia atuado. Entretanto, havia algo que, a meu ver, exigiria mais do meu empenho profissional para lidar com situações complexas: necessidade de desenvolvimento de tecnologia leve para dar conta da relação íntima com as pessoas, as famílias, envolvendo-me com seus problemas, não para resolvê-los por elas, mas para empoderá-las no enfrentamento das questões de saúde.

O CS Ipaussurama é uma Unidade Docente Assistencial que serve de campo de estágio para cerca de sete cursos de graduação da PUC Campinas, o que contribui ainda mais para a diferenciação da Unidade.

Confesso que no começo a dúvida era grande: Nossa! O que devo fazer aqui? Como posso ajudar estas pessoas? Eram algumas perguntas que me faziam buscar e, às vezes, encontrar as respostas. Nesta jornada, o que mais me animava era a devolutiva dos pacientes que ficavam muito satisfeitos de serem ouvidos. Percebia que uma escuta atenta podia mudar a relação construída e os impactos de minhas orientações poderiam ser diferentes a depender da qualidade do vínculo que firmasse com o usuário.

Mas, ainda que satisfeita com algumas conquistas, eu sofria, pois era enfermeira de uma equipe responsável por uma área com condição social precária, sem acesso a esgoto, sem condições de moradia dignas. Enfim, convivia cotidianamente com situações que me traziam a sensação de impotência. Isso me remetia à realidade já vivida nos “setores fechados”, quando vivenciava situações de perda ou morte, pois, ainda que fossem cenários bem distintos, a sensação de impotência não era menos intensa. No CS, o sofrimento gerado na minha atuação no trabalho decorria muito mais da forma como as pessoas se relacionavam na equipe e se preocupavam com as dificuldades de vida dos pacientes.

Em 2012, ao retornar da licença maternidade, fiquei sabendo que a coordenação local do CS precisava ser mudada e recebi o convite para coordenar a Unidade. Este convite me assustou e, à princípio, não o aceitei. Mas, aos poucos uma médica pediatra colega de trabalho, Dra Graça, foi me mostrando as contribuições que eu poderia dar à equipe; o Conselho Local de Saúde também veio conversar comigo, dizendo que os Conselheiros gostariam que eu assumisse a

coordenação. Da mesma forma, os trabalhadores expressaram que gostariam que eu fosse a coordenadora. Os docentes da PUC também apoiavam minha indicação para coordenação. Então, decidi enfrentar meu medo: prestei o processo seletivo e fui escolhida coordenadora da Unidade.

Enquanto enfermeira eu podia mudar minha relação com o paciente e conseguia relativo sucesso em minhas atuações na assistência de enfermagem na APS, apesar das condições locais e do sistema nem sempre serem favoráveis. Entretanto, enquanto coordenadora, o momento político de Campinas interferia negativamente em meu desempenho na gestão: cassação de prefeito e vice-prefeito; denúncias de corrupção; falta de pagamento dos contratos; escassez de materiais; saída de profissionais, sem reposição. Enfim, vivíamos, na saúde, um cenário caótico que dificultava muito meu desempenho enquanto coordenadora. Minha estratégia, naquele momento, foi tentar fazer com que as relações de trabalho, a organização interna do processo de trabalho, o desempenho da equipe, enfim, tudo que estava sob minha governabilidade no ambiente interno da unidade e pudesse ser modificado, suavizado tornou-se objeto fulcral da minha atuação gerencial. Não foram momentos fáceis, mas investi esforços na potência do trabalho em equipe, no apoio mútuo, nas relações de trabalho mais harmoniosas, auxiliando, sempre que possível, nas atividades assistenciais, para dividir e aliviar a carga de trabalho das equipes no atendimento. Acredito que esta postura com a equipe contribuiu para que alcançássemos os resultados possíveis, deixando o ambiente interno mais propício ao desempenho das funções, segundo as possibilidades disponíveis. Também busquei motivar a participação da equipe em tarefas variadas e na tomada de decisão. Considero que essas ações foram cruciais para a sustentação da equipe que permanecia na Unidade naquele momento de crise. E, atualmente, com a equipe sendo recomposta posso ver que elas repercutiram positivamente no ambiente de trabalho como um todo.

Sendo assim, reconheço e acredito que o clima organizacional, a organização interna do processo de trabalho, a postura e atuação do gestor junto à equipe da UBS são fundamentais para o desenvolvimento de um ambiente de trabalho promotor de saúde para trabalhadores e usuários. Neste estudo, almejo poder

auxiliar os gestores, como eu, a desenvolver e gerenciar um ambiente de trabalho mais salutar, com relações promotoras de saúde, capazes de lidar com o conflito e com as variâncias na motivação e desempenho profissional junto ao usuário. Com isso, espero contribuir para a prevenção do adoecimento e afastamento do trabalho por motivos relacionados ao estresse, burnout e desgaste psíquico moral.

Como coordenadora do CS Ipaussurama, sinto falta de meios e instrumentos para ativar o almejado ambiente laboral salutar, por isso, ao ingressar no MP decidi estudar este problema.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Burnout e sofrimento moral no trabalho em saúde

Garantir um exercício laboral livre de riscos e que aumente a capacidade produtiva do trabalhador sempre foi um grande desafio. Atualmente, com o aumento dos afastamentos do trabalho por transtornos mentais, que impactam a sociedade, muitos estudos vêm sendo desenvolvidos nesta temática.

Trindade e Lautert (2010) apontam a necessidade de investimento para a identificação e análise da causa dos acometimentos de saúde dos trabalhadores, e indicam a necessidade de se implementarem iniciativas para a redução das taxas de adoecimento e que preservem a saúde do trabalhador.

No trabalho em saúde, o principal transtorno mental é o Burnout. Trata-se de sofrimento mental reconhecido na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com o código Z 73.0. Inclui o desgaste emocional, a despersonalização e a falta de realização profissional como decorrentes da carência de adequadas estratégias de enfrentamento do estresse gerado pela carga e desgaste do trabalho (OMS, 1997). No Brasil, desde a década de 1960, a síndrome é reconhecida pela Regulamentação da Previdência Social, no anexo II, no capítulo de agentes patogênicos causadores de doenças nos trabalhadores (Brasil, 1999). A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece que o estresse e a Síndrome de Burnout não são fenômenos isolados, representando, ambos, risco ocupacional significativo (Barona, 1991).

O Burnout, então, está intimamente ligado com a satisfação no trabalho, o comprometimento organizacional e o volume de negócios, impactando, de maneira importante, as organizações e se tornando aspecto de grande interesse dos gestores por estar diretamente associado à capacidade de produção do trabalhador e, indiretamente, com a satisfação do cliente (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). A saúde mental dos trabalhadores de saúde tem se tornado alvo de cada vez mais frequente de pesquisas, pois os transtornos de natureza psíquica têm sérias consequências para o comportamento biopsicossocial, implicações para o

desempenho do trabalho e aumentos dos custos nas organizações (Ferrari, França, Magalhães, 2012).

Segundo Schmidt et al. (2013), a Síndrome de Burnout é uma consequência importante do estresse ocupacional, que ocorre devido a falha nos mecanismos de enfrentamento. A Síndrome é considerada atualmente um grave problema de caráter psicossocial que vem afetando, progressivamente, o mundo do trabalho (Ferrari et al., 2013). Claro que a carga de trabalho, os processos de produção em saúde, o processo de trabalho com crescentes cobranças para aliar altos índices de qualidade e produção são componentes do estresse e burnout, sendo necessário revê-los dentro dos mecanismos de enfrentamento do estresse ocupacional. Ou seja, não bastam medidas individuais e isoladas.

O ambiente de trabalho pode ser fator gerador de estresse, especialmente, quando o trabalhador se depara com os conflitos resultantes do hiato entre o compromisso moral que tem com a profissão e as condições do local onde atuam (Trindade, Pires, 2013). O baixo suporte aos trabalhadores por parte dos superiores pode gerar estresse no trabalho, sendo o contexto organizacional e as relações interpessoais fundamentais para o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento do estresse laboral (Trindade, Lautert, Beck, 2009).

Burnout é um termo desenvolvido na década de 70. O psicanalista Freudenberg, em 1975, e a psicanalista Maslach, em 1976, o usaram para descrever alguns fenômenos relacionados ao estresse laboral: fadiga extrema, perda do idealismo e da paixão para o trabalho (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

No início, o termo Burnout não definia claramente um padrão sindrômico e era usado para fazer referência a termos distintos. Entretanto, com Maslach, o termo obteve relativo consenso, sendo definidas as três dimensões que o compõe: exaustão, despersonalização e baixa realização (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Assim, a Síndrome de Burnout, ou simplesmente Burnout, é uma síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho que se caracteriza pela exaustão emocional ou esgotamento intenso, seguida da despersonalização, ou cinismo, distanciamento do trabalho e, por fim, redução da

realização pessoal e profissional, com sensação de ineficácia (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Na primeira fase, considerada como a dimensão do estresse no burnout, acontecem o esgotamento profissional, a falta de energia, a baixa tolerância e a alta irritação no ambiente de trabalho. O trabalhador tem a sensação de estar além do limite, exaurido de recursos físicos e emocionais. Sente fadiga crônica e não consegue repor as energias durante o descanso entre as jornadas, por isso, torna-se difícil enfrentar os dias de trabalho. O descanso reconfortante é essencial para manter as capacidades e possibilidades laborais das pessoas (Maslach, Leiter, 2005; Schmidt et al., 2013).

A segunda fase da Síndrome de Burnout, envolve a dimensão do contexto interpessoal; associa-se à atitude pouco humana; refere-se a uma resposta negativa, insensível ou excessivamente isolada a vários aspectos do trabalho. Em saúde, observa-se distanciamento emocional, associado à frieza e indiferença com as necessidades dos outros. O profissional perde a capacidade de empatia (Maslach, Leiter, 2005; Schmidt et al., 2013) no cuidado aos usuários e famílias.

A terceira, e última, fase, representa a dimensão de autoavaliação do burnout, com os sentimentos de decepção e frustração; redução da autoestima; depressão; sensação de incompetência e falta de realização. Com isso, há prejuízos para a produtividade (Maslach, Leiter, 2005; Schmidt et al., 2013) e, ainda mais, para a qualidade da atenção, no caso da saúde.

Benevides-Pereira aponta o Burnout como um tipo de resposta à intensificação do estresse profissional, com consequências negativas para o indivíduo e os âmbitos profissional, familiar e social (Benevides-Pereira, 2002). Para Schwartzmann (2004) é um transtorno adaptativo crônico associado às demandas e exigências do trabalho. De início insidioso, o burnout apresenta múltiplos sintomas, com destaque para o cansaço emocional. Para Telles e Pimenta (2009), o Burnout é o estresse decorrente, de forma crônica, do trabalho em que, geralmente, o trabalhador perde o sentido do trabalho, com grave comprometimento dos resultados.

Os sintomas do Burnout são inúmeros, por isso, destacam-se alguns tendo em vista evidenciar os fortes impactos da Síndrome para o trabalhador, usuário e gestão.

Os sintomas **físicos** incluem: fadiga constante e progressiva; distúrbios do sono; dores musculares ou osteomusculares; cefaleias ou enxaquecas; perturbações gastrointestinais; imunodeficiência; transtornos cardiovasculares; distúrbios do sistema respiratório; disfunções sexuais; alterações menstruais. Os sintomas **psíquicos** são: falta de atenção e concentração; alterações de memória; lentidão do pensamento; sentimentos de alienação, solidão e insuficiência; impaciência, baixa autoestima; labilidade emocional; dificuldade de autoaceitação; astenia; desânimo; disforia; depressão; desconfiança; paranoia. Os sinais **comportamentais** são: negligência ou excesso de escrúpulos; irritabilidade; incremento da agressividade; incapacidade para relaxar; dificuldade na aceitação de mudanças; perda de iniciativa; aumento do consumo de substâncias químicas como álcool, cigarro, tranquilizantes; comportamento de alto risco à própria integridade física, chegando ao suicídio. Há também comportamentos **defensivos:** tendência ao isolamento; sentimento de onipotência; perda do interesse pelo trabalho e lazer; absenteísmo; ironia; cinismo (Benevides-Pereira, 2002). Esses diversos sintomas trazem prejuízo ao trabalho que o profissional realiza, resultando em quedas acentuadas da qualidade da assistência prestada (Ferrari et al., 2013).

Na saúde, segundo Ferrari et al. (2013), os pesquisadores ainda não chegaram a uma definição de consenso para o Burnout, entretanto, concordam que a síndrome: tem relação com o trabalho; atinge principalmente os profissionais que cuidam ou prestam assistência à outras pessoas; traz consequências exaustivas para o profissional, podendo alterar seu comportamento.

O profissional de saúde, por vezes, modera o envolvimento emocional com os usuários para se proteger da excitação intensa, entretanto, esta forma de proteção pode gerar desequilíbrio com o excessivo desprendimento que compromete o vínculo e leva a pouca preocupação com as pessoas de quem cuidam. Isso faz com que as equipes tendam a responder de maneira negativa, insensível e desumanizada às demandas e necessidades de saúde dos usuários (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

O número excessivo de habitantes adscritos às equipes, os altos índices de *feedback* negativo quanto à assistência prestada e a escassez de recursos afetam diretamente os trabalhadores da saúde, o que gera o distanciamento não verbal no relacionamento deste com o usuário dos serviços. Esse comportamento distante estende-se para a relação com os colegas de trabalho e familiares dos usuários (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Na Atenção Primária à Saúde (APS)[1], a nova situação de trabalho com aumento das doenças crônicas e das demandas por cuidado pode contribuir para a exaustão ou despersonalização, causando a sensação de ineficácia para os profissionais. Esta parece associar-se à falta de recursos relevantes, exaustão; despersonalização, sobrecarga de trabalho e ao conflito social (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Estudo realizado com 375 trabalhadores de enfermagem em instituição hospitalar do Rio Grande do Sul mostrou associação positiva entre sofrimento moral e burnout, ainda que leve. Isto fica mais evidente nas situações em que a enfermeira tem de atuar como advogada do paciente. O estudo gaúcho encontrou, também, uma associação negativa entre realização profissional e sofrimento moral, ou seja, na medida em que aumenta a realização profissional diminui a percepção de sofrimento moral (Dalmolin et al., 2014).

Quando a enfermeira assume o papel de advogada, defensora do paciente, as potenciais fontes de sofrimento moral e Síndrome de Burnout (SB) são: conflitos entre obrigações éticas, legais; percepção, ou sensação, de impotência; relações desiguais de poder; equipe de enfermagem reduzida; tratamento médico inadequado

[1] No presente texto, as expressões Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) serão tratadas como equivalentes, uma vez que a questão central gira em torno dos trabalhadores atuantes neste nível do sistema de saúde, ou seja, na porta de entrada preferencial do usuário na rede. Não se desconhece as divergências semânticas que podem envolver as expressões e não se despreza esta questão, mas ela não foi tomada porque o foco, no presente estudo, era marcar o nível local das ações de saúde, no território onde as famílias vivem (Zoboli, 2009).

para o usuário; agressividade na comunicação (Sundin-Huard, Fahy, 1999 apud Dalmolin et al., 2014).

Há uma via de mão dupla entre trabalho em equipe e burnout, sendo que o primeiro sofre influência negativa do segundo, com aumento dos conflitos, mais dificuldades na relação entre os profissionais e destes com os usuários (Trindade, Lautert, 2010; Pimentel, 2005).

Estas potenciais fontes aparecem em estudos sobre conflitos éticos na Atenção Básica (AB), onde os problemas éticos vividos são, em geral, preocupações cotidianas que envolvem a atenção à saúde. Estudo desenvolvido no PSF no município de São Paulo (capital) aponta como problemas éticos: falta de companheirismo e colaboração entre as equipes; desrespeito entre os integrantes da equipe; dificuldade para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional; excesso de famílias adscritas por equipe; dificuldades no acesso a exames complementares (Zoboli, 2003).

Com isso, é possível aproximar o burnout e o sofrimento moral, no âmbito da AB.

O sofrimento moral na saúde ainda não está suficientemente estudado, nacional e internacionalmente, ainda mais na APS. Os poucos estudos publicados revelam altos índices de sofrimento moral na equipe de enfermagem, com intensa angustia moral.

Apesar de ainda ser pouco percebido como um desgaste do trabalho, o sofrimento moral traz impactos evidentes à assistência prestada, pois é fator gerador de insatisfação, alta rotatividade, “aposentadoria precoce” e afastamentos prolongados (Veer et al., 2013).

Nas situações de sofrimento moral, os profissionais identificam a ação eticamente apropriada e que deveria ser realizada, mas sentem-se impedidos de agir segundo seu dever por medo, circunstâncias da situação, o que leva ao desequilíbrio psicológico (Jameton, 1984 apud Dalmolin et al., 2014). Os fatores impeditivos da ação moralmente correta podem ser: obstáculos, contexto e políticas

institucionais; relutância da supervisão; falta de tempo; inibição em decorrência da hegemonia do poder médico; inadequação da estrutura; considerações legais; organização do trabalho; excesso de normas, rotinas e manuais; pressão para alcançar e manter níveis ótimos de produção e qualidade; prestação de contas; número insuficiente de pessoal; falta de oportunidade de consultar colegas; estilo de liderança (Corley et al., 2001; Veer et al., 2013).

Alguns destes fatores estão presentes na Atenção Básica, sendo descritos como problemas éticos pelos profissionais: falta de transparência da direção da ESF na resolução de problemas com os profissionais; despreparo dos profissionais para trabalhar na ESF; excesso de famílias adscritas; falta de apoio estrutural para resolver problemas éticos; descompromisso dos profissionais que atuam na ESF (Zoboli, 2003).

Por isso, o sofrimento moral também pode ser definido como: “sintomas de estresse negativo que ocorre em situações que envolvam dimensões éticas e onde o profissional sente que não é capaz de preservar todos os valores e interesses envolvidos” (Kalvemark et al., 2004). Sendo assim, as organizações podem ajudar a reduzir o sofrimento moral ao propiciarem condições e recursos para que os profissionais lidem, de maneira responsável, autônoma e prudente, com os problemas éticos que enfrentam no trabalho (Veer et al., 2013).

Estudo realizado na Holanda, com enfermeiros de cuidados paliativos, asilos, cuidados domiciliares e unidades de cuidado agudo em hospitais, identificou características individuais e do trabalho relacionadas ao sofrimento moral. Segundo o estudo, a equipe de enfermagem hospitalar está mais propensa a experienciar a angústia moral. Esta tendência não está associada a características individuais, mas a características do trabalho. Por isso, as condições de trabalho devem ser tratadas com seriedade pelos gerentes nas instituições, pois a forma como a equipe é apoiada pode aumentar ou diminuir os níveis de sofrimento moral (Veer et al., 2013).

No trabalho em saúde, os estudos existentes mostram que este fenômeno é recorrente nas equipes de enfermagem, especialmente pelas demandas sociais intensas e as constantes mudanças no sistema de saúde. Disso decorre a alta

rotatividade de pessoal, o que pode gerar trocas repetidas nos integrantes da equipe, comprometendo a construção do trabalho coletivo (Veer et al., 2013).

Na APS, os enfermeiros, como os de outras áreas de atuação, relatam estresse decorrente do constrangimento perpetrado por forças externas e que os impedem de atuar segundo o que consideram ser moralmente correto ou de denunciar ações imorais feitas por outros profissionais ou colegas. Ademais, a relativa autonomia profissional da qual gozam os enfermeiros na APS, pode ser um fator gerador de sofrimento moral, na medida em que estes são os primeiros trabalhadores com quem os usuários têm contato no serviço, elevando o nível de responsabilidade pessoal pelo cuidado. Isso pode ser mais intenso, na ESF onde a carga clínica de trabalho do enfermeiro é maior (Laabs, 2007).

A carga de trabalho nas UBS gera desgastes: físico; posturais; cognitivo em virtude da atenção necessária na realização dos procedimentos; psíquico pela responsabilidade percebida ao lidar com vidas humanas, pelos conflitos com usuários, colegas de trabalho, chefia e convivência com riscos. Somam-se a isso as precárias condições de trabalho, o pouco espaço para discussão dos problemas; as inadequações entre o efetivo de profissionais e a demanda por atendimento (Silva, 2011).

Há, atualmente, extrema preocupação com a humanização da assistência, entretanto, para que isso ocorra é urgente humanizar as condições de trabalho, a organização e a estrutura dos sistemas de saúde, investindo na qualificação, no apoio, na autonomia dos profissionais, na capacidade resolutiva dos serviços, na adequação de recursos humanos, físicos e materiais às necessidades de saúde e demandas por cuidado, nos territórios.

Sofrimento moral é diferente de sofrimento emocional, físico ainda que envolva sentimentos de frustração, raiva e sintomas como cansaço e prostração. Por exemplo: um profissional pode estar estressado (sofrimento físico e emocional) por haver trabalhado um longo e pesado turno, entretanto, só ficará moralmente angustiado se perceber que isto trouxe prejuízo à qualidade da assistência que prestou (Veer et al., 2013; Epistein, Delgado, 2010).

A tensão moral é inerente às profissões da saúde, mas se esta tornar-se sofrimento moral causará prejuízos na qualidade do atendimento e na motivação do trabalhador (Veer et al., 2013). A impaciência, a irritabilidade, a dificuldade de concentração e a sensação de ineficácia decorrente do sofrimento moral não ficam restritas à vida laboral, afetando, também, a vida privada do trabalhador, pois ainda que não haja mais a situação geradora de sofrimento moral, persiste a ferida moral causada por ter agido contra os valores pessoais (McClendon, Buckner, 2007; Epistein, Delgado, 2010).

Mendes (2012, p. 98) afirma que a "filosofia da Estratégia de Saúde da Família (ESF) exige uma forte profissionalização das equipes de trabalho", assim, os profissionais deveriam ter dedicação exclusiva. Mas, como pondera o autor, essa opção acabaria por impor aos trabalhadores uma opção de vida, mais do que somente uma colocação laboral. Se isto em si já seria fator de sofrimento, ao somarem-se as condições de trabalho precárias, a contratação temporária, o baixo salário só se potencializaria o sofrimento moral e o burnout. Como a dedicação exclusiva pode ser benéfica à Estratégia, é preciso ter políticas e práticas de gestão de pessoas e da rede de saúde propícias para isso.

É consenso que se deve investir em estratégias de enfrentamento e prevenção das situações geradoras de sofrimento moral. Existem três dimensões essenciais no enfrentamento do sofrimento moral: educacional, comunicativa e organizacional. A dimensão educativa envolve formação e educação permanente, em variadas formas. Na dimensão comunicativa, recomendam-se os investimentos nas melhorias da comunicação multiprofissional, comunicação estruturada, fóruns, grupos de discussão e simulação de situações conflituosas, como estratégias potencialmente positivas. No âmbito organizacional, as estratégias envolvem a inserção dos profissionais no planejamento de políticas organizacionais, participação na tomada de decisão, incorporação de medidas de segurança, dimensionamento adequado de pessoal para alívio da sobrecarga de trabalho, aumento do tempo disponível para investimento em medidas de educação em saúde, medidas de prevenção de agravos. Além disso, é importante a promoção de ambientes sustentáveis com apoio da administração, lideranças e chefias, aproximando líderes

e liderados (Carnevale, 2013). Em resumo, as estratégias para enfrentamento das situações de sofrimento moral e burnout podem se voltar para o âmbito individual ou do coletivo, sendo o último de maior interesse para o presente estudo, uma vez que ele envolve a gestão local.

1.2. A Atenção Básica no SUS

"O SUS (Sistema Único de Saúde) é um sistema de Saúde em constante construção", como afirma Dobashi, em Mendes (2012, prefácio). Sendo assim, são necessárias constantes mudanças e adaptações na organização do Sistema e conseguir isso em todas as instâncias é um desafio, mas essencial para garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Atenção Básica (AB) caracteriza-se por:

> "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (Brasil, 2012, p. 19).

O MS também define que as ações da AB devem ser desenvolvidas:

> "Por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe dirigidas à população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações" (Brasil, 2012, p. 19).

O MS, ainda na definição de AB, direciona o uso de tecnologias complexas e variadas para ampliar a capacidade de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território das UBS, observando-se critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (Brasil, 2012). Assim, não é difícil perceber que a carga de trabalho para as equipes de saúde da família pode ser especialmente excessiva em termos numéricos, pela exigência de atendimento universal à demanda, e em termos psíquico e moral, pela complexidade das

situações encontradas no território e os poucos meios e instrumentos para dar conta das necessidades e demandas.

A AB, pelas normativas do MS, deve ser o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde. Este âmbito do SUS é considerado porta de entrada do Sistema, além de ser o ordenador e coordenador do cuidado, centralizando a comunicação com os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com a responsabilidade de garantir acesso aos diferentes níveis de assistência. A AB precisa de recursos para a alta capacidade resolutiva que se preconiza: em torno de 80 a 85% dos problemas mais relevantes e frequentes no território (Brasil, 2012).

Os princípios que orientam a AB são: universalidade, acessibilidade vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Na prática da atenção, o sujeito precisa ser visto em sua singularidade e inserção sociocultural, a fim de se conseguir a atenção integral (Brasil, 2012). Por isso, parece possível inferir que a carga sentida pela responsabilidade de tornar realidade os princípios e diretrizes do SUS e da AB na prática cotidiana das Unidades Básicas de Saúde (UBS) já pode ser fonte de sofrimento moral e burnout, agravando os demais fatores de desgaste citados.

A garantia de acesso universal e contínuo dos cidadãos aos serviços de saúde, acolhendo-os com corresponsabilização e vinculação no atendimento de suas necessidades de saúde pressupõe que a UBS deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, de modo universal e sem diferenciações excludentes (Brasil, 2012). Isso pode ser fator de estresse e sofrimento moral para os profissionais, por sentirem-se obrigados a dar respostas aos problemas de saúde dos usuários e porque isso nem sempre é possível devido às limitações da equipe, da UBS, da RAS (Redes de Atenção à Saúde).

A Coordenação do Cuidado pressupõe que a AB promova a integração das ações programáticas e da demanda espontânea, responsabilizando-se pela gestão do cuidado integral que deve ser prestado ao usuário, envolvendo ações feitas na UBS e, também, no conjunto da RAS. Para isso, a AB tem de articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento,

reabilitação, manejo das diversas tecnologias de cuidado e gestão, ampliando a autonomia do usuário e da coletividade, por meio do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe (Brasil, 2012).

Vínculo é a construção de relações afetivas e de confiança estabelecida entre usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, gerando a corresponsabilização pelo cuidado, que é construído ao longo do tempo. Isso carrega em si um grande potencial terapêutico (Brasil, 2012) e, também, de desgaste para o trabalhador.

A continuidade do cuidado, ou a longitudinalidade, inclui o vínculo contínuo e permanente gerado pela prolongada relação clínica entre trabalhador da saúde e usuário. Pressupõe, também, o acompanhamento das intervenções de saúde que o usuário recebe nos diversos pontos de atenção da RAS (Brasil, 2012).

A integralidade decorre da sistematização do conjunto de práticas direcionadas ao enfrentamento dos problemas de saúde da população territorial, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidados diretos na assistência à saúde (Teixeira, 2011).

A responsabilização refere-se à responsabilidade dos profissionais pela saúde da população que lhe está adscrita e, também, a responsabilização do usuário por sua saúde, de maneira autônoma e com o apoio do profissional (Brasil, 2012). Por isso, pode se falar em corresponsabilização pela saúde.

A Humanização, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) (2004) é a mudança na cultura da atenção aos usuários e na gestão do processo de trabalho. Tomando o usuário como protagonista do sistema de saúde, essa mudança há de considerar a saúde como valor de uso e ter como padrão da atenção o vínculo, a garantia dos direitos dos usuários e das famílias. Também deve se garantir as melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde, com a participação efetiva e ativa desses na cogestão dos processos de trabalho e produção em saúde (Brasil, 2004). Assim, a humanização do SUS requer a compreensão de que o trabalho em saúde deve fortalecer a vida, acolhendo, garantindo o acesso para a atenção e o cuidado integrais e equitativos, por meio dos

dispositivos sistematizados ao longo dos mais de 10 anos de implementação da PNH (Brasil, 2014).

A equidade implica a oferta da assistência à saúde direcionada a necessidade da população. Ou seja, assistência não deve ter desigualdade de acesso pela universalidade, entretanto, será desigual no cuidado prestado já que este se dirige à satisfação da necessidade de saúde de cada indivíduo (Teixeira, 2011).

A participação social visa o enfrentamento conjunto dos determinantes e condicionantes de saúde e a melhoria da capacidade de organização dos serviços de saúde, centrando-se na necessidade do usuário e no exercício do controle social. Assim, estimula a participação dos usuários, a fim de que ampliem sua autonomia, a capacidade de cuidado própria saúde, das pessoas e da coletividade, incluindo o ambiente e as condições do território (Brasil, 2012).

Considerando as características, os princípios, as diretrizes e os atributos da AB, é possível avaliar a importância desse nível da rede para a organização do sistema de saúde. A AB tem papel estratégico na ordenação, reordenação e articulação do cuidado, com vistas a garantir acesso e capacidade resolutiva na atenção aos problemas de saúde mais frequentes no território, por meio dos fluxos e contra fluxos com demais níveis do Sistema e a comunicação com outros pontos de atenção da RAS. No entanto, ainda persiste a desvalorização das ações da AB, pelos profissionais e usuários, porque estas usam recursos de menor densidade tecnológica dura. A prática da AB deveria ser extremamente valorizada, pois envolve a alta complexidade das tecnologias leves requeridas para dar conta da integralidade, equidade, universalidade e humanização. Essa desvalorização da AB pelos profissionais da saúde pode ser um fator de desgaste e gerador de burnout.

A ESF foi proposta, em 1994, como uma forma de reorganização da AB, sendo, inicialmente, denominada Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, a ESF é, para o MS, a estratégia prioritária para a organização da AB, com a reorientação das práticas e ações de saúde, aproximando-as do domicílio dos usuários e tomando a família como unidade de cuidado, com atenção integral e contínua, a fim de garantir acesso e promover a qualidade de vida (Brasil, 2012).

A ESF é tida pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como a estratégia para expansão, qualificação e consolidação da AB, com responsabilidade de: favorecer a orientação do processo de trabalho para potencializá-lo com vistas a efetivar, ao máximo, no território os princípios, as diretrizes e os fundamentos da AB; melhorar a relação custo-efetividade da assistência; ampliar a resolutividade da AB; conseguir maior impacto na melhoria das condições de vida e nos determinantes de saúde da população (Brasil, 2012).

Em 2004 a ESF contava com 21.300 equipes no território nacional, distribuídas em 4,6 mil municípios, o que perfazia a cobertura de 69,1 milhões de pessoas. Em 2011, já eram 32.079 equipes, em 5.284 municípios, atingindo 110 milhões de pessoas (MS, 2011).

Equipe da ESF (eSF), na sua configuração básica, conta com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. Entretanto, esta composição pode variar de acordo com as necessidades de saúde da população e os arranjos municipais. Assim, pode incorporar outros trabalhadores como cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal (Brasil, 2012).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012), a eSF deveria dispor de ACS em número suficiente para a cobertura de 100% da população do território adscrito. A Política também estabelece que não deve haver mais de 750 pessoas sob a responsabilidade de cada ACS e que cada eSF deve ter no máximo 12 ACS. Cada eSF deve ser responsável por cerca de 4000 pessoas levando-se em consideração o grau de vulnerabilidade da população atendida, por isso, o recomendável é manter este número em torno de 3000 (Brasil, 2012).

A cobertura da população brasileiras pelas eSF não se dá de maneira igual em todo território nacional. No Amazonas, há predomínio de municípios com baixa cobertura, por volta de 74%, e 80,4% com classificação insatisfatória de implantação (Oliveira, Gonçalves, Pires, 2011). Em pesquisa realizada em 41 municípios das regiões Nordeste e Sul, observa-se que a cobertura cresceu mais no Nordeste do

que no Sul. Encontrou-se, também, a precarização do trabalho, menos da metade dos 4749 trabalhadores incluídos no estudo eram admitidos por meio de concurso público. O mais preocupante é que esta precarização é maior na ESF do que nas UBS tradicionais (Facchini et al., 2006).

Na região Sudeste, está Campinas que é o cenário do presente estudo. Essa cidade tem cerca de 1 milhão de habitantes e aproximadamente 180 equipes, o que equivale a 6.000 habitantes por eSF. Ou seja, no mínimo, é preciso dobrar o número de equipes existentes para se manter os padrões de cobertura recomendados pelo MS (IBGE, 2010).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode complementar os serviços ofertados pela eSF. Para ampliar a aproximação da eSF com a comunidade, há o Programa Saúde na Escola (PSE), como recomenda a Política para a AB (PNAB, 2012). Os serviços de outros níveis que apoiam a ESF são: Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Pronto Atendimento (PA); Pronto Socorro (PS); hospitais e Centros de Referência (CR).

A ESF inova ao reforçar o cuidado como trabalho coletivo multidisciplinar e em equipe, tornando urgente a necessidade de desenvolveras habilidades dos profissionais para trabalhar em equipe de maneira colaborativa e com foco nas necessidades de saúde dos usuários (Mendes, 2012; Brasil, 2012).

Por isso, o MS prevê que na ESF:

> “A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (Brasil, 2012, p. 22).

Entretanto, esse trabalho coletivo, multidisciplinar, em equipe é desafiador para os profissionais devido à formação com foco na especialização, que tiveram. A

formação generalista requerida para a atuação na ESF não é prioridade nas graduações e pós-graduações em saúde (Mendes, 2012). Assim, esse despreparo e a falta de habilidades para o trabalho coletivo em equipe exigido para a forma de produção preconizada para a ESF pode se tornar fonte de sofrimento moral e burnout para os profissionais das eSF.

Os trabalhadores da ESF usualmente lidam com duras realidades como a "miséria, violência, más condições sanitárias, ambientais, de moradia, sociais entre outras que exige adaptação, conhecimento e competência para implementação do cuidado" (Trindade, Lautert, Beck, 2009). A dureza da realidade pode ser fator gerador de sofrimento para os trabalhadores que se veem impotentes para modificarem os determinantes e condicionantes de saúde da população adscrita e por cuja saúde são responsáveis.

Estudo realizado por Trindade e Pires (2013) evidenciou que a carga de trabalho está intimamente ligada ao modelo assistencial adotado. Por outro lado, a afinidade do profissional com o modelo de atenção adotado onde este atua é um fator protetor.

O sofrimento ou estresse laboral iniciam-se com o descompasso entre a pessoa e o ambiente de trabalho onde esta atua, especialmente no que se refere à carga de trabalho, recompensas, justiça e valores (Maslach, Leiter, 1997).

A carga de trabalho, que se liga à exaustão, pode ser percebida como excessiva quando a pessoa considera que está no trabalho errado. Isso se dá nos casos nos quais as pessoas não têm habilidade, vocação, pendor para o tipo de trabalho que desempenham (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

O eixo da gestão do trabalho da PNH aponta que é preciso valorizar os trabalhadores, com foco na motivação, autodesenvolvimento, crescimento profissional. A Política responsabiliza os gestores no compromisso de enfrentamento do burnout que o trabalho em saúde pode causar (Brasil, 2004).

1.3. A realidade de Campinas

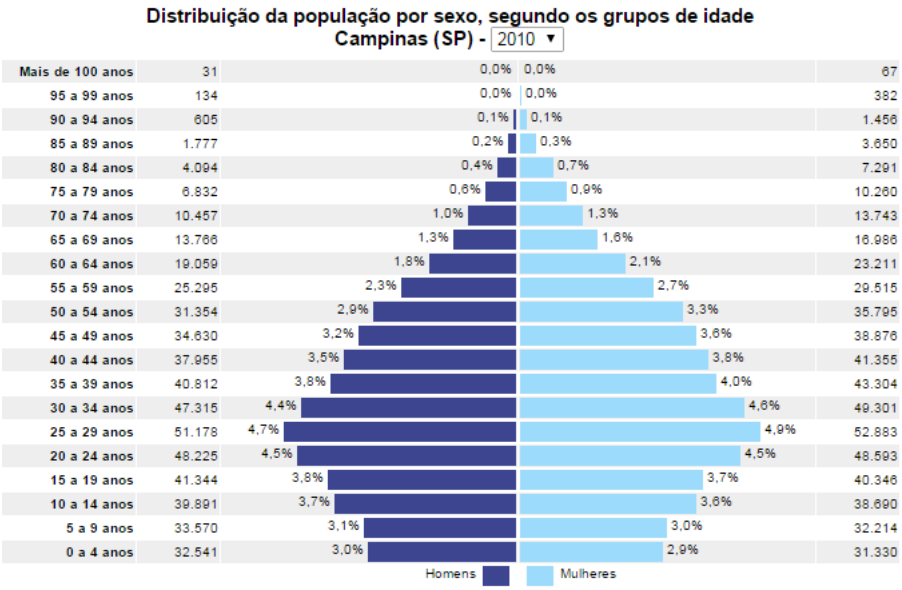
O Município de Campinas está, aproximadamente, 100 km distante, a noroeste, da capital do Estado de São Paulo. É sede de uma importante região

metropolitana, que possui significativo desenvolvimento industrial, o que gera elevada arrecadação municipal, sendo o 3º colocado no ranking do PIB das cidades não capitais e ocupa o 10º lugar no ranking do PIB Nacional do Brasil (IBGE, 2010). Sedia um importante Aeroporto Internacional, Viracopos, recentemente privatizado e que passa por reformas para ampliar a capacidade de atendimento de passageiros nacionais, internacionais, de escoamento de cargas e da produção regional.

Campinas possui uma importante universidade pública, a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e uma universidade privada de bastante destaque no cenário Nacional, a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp). Isso atraiu para o Município outras universidades privadas, o que possibilitou o desenvolvimento técnico científico da Região.

O Município foi fundado em 14 de julho de 1774 e, segundo o CENSO do IBGE, a população em 2010 era de 1.080.036 habitantes. A pirâmide etária do Município mostra a predominância da população adulta jovem (figura 1). A área municipal é cerca de 801 km² (Campinas, 2015; IBGE, 2010).

Figura 1 - Distribuição da população de Campinas – SP por sexo segundo os grupos de idade.



Fonte: IBGE, 2010.

Com relação à organização da saúde, Campinas pertence à Diretoria Regional de Saúde VII (DRS VII) da Secretaria de Estado da Saúde, que conta com 19 municípios e população estimada de 2,33 milhões de habitantes (6,31% da

população do Estado). Campinas é um dos principais municípios da Região, em termos de organização e disponibilidade de serviços em saúde. Entretanto, a Região, como aponta o Estado, está entre as de menor cobertura de serviços de saúde, por isso, esta será beneficiada nos próximos anos com verba Estadual do RENOVA SUS para investimento em construção, reforma de serviços de saúde e capacitação dos profissionais para linhas de cuidado (Campinas, 2015).

No âmbito Municipal, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2015), devido à complexidade de Campinas, a cidade foi dividida em cinco Distritos de Saúde (DS): Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste. Cada distrito abrange cerca de 200.000 habitantes e faz a gestão local da saúde, do planejamento à operacionalização. As Vigilâncias em Saúde também foram divididas de forma idêntica aos Distritos.

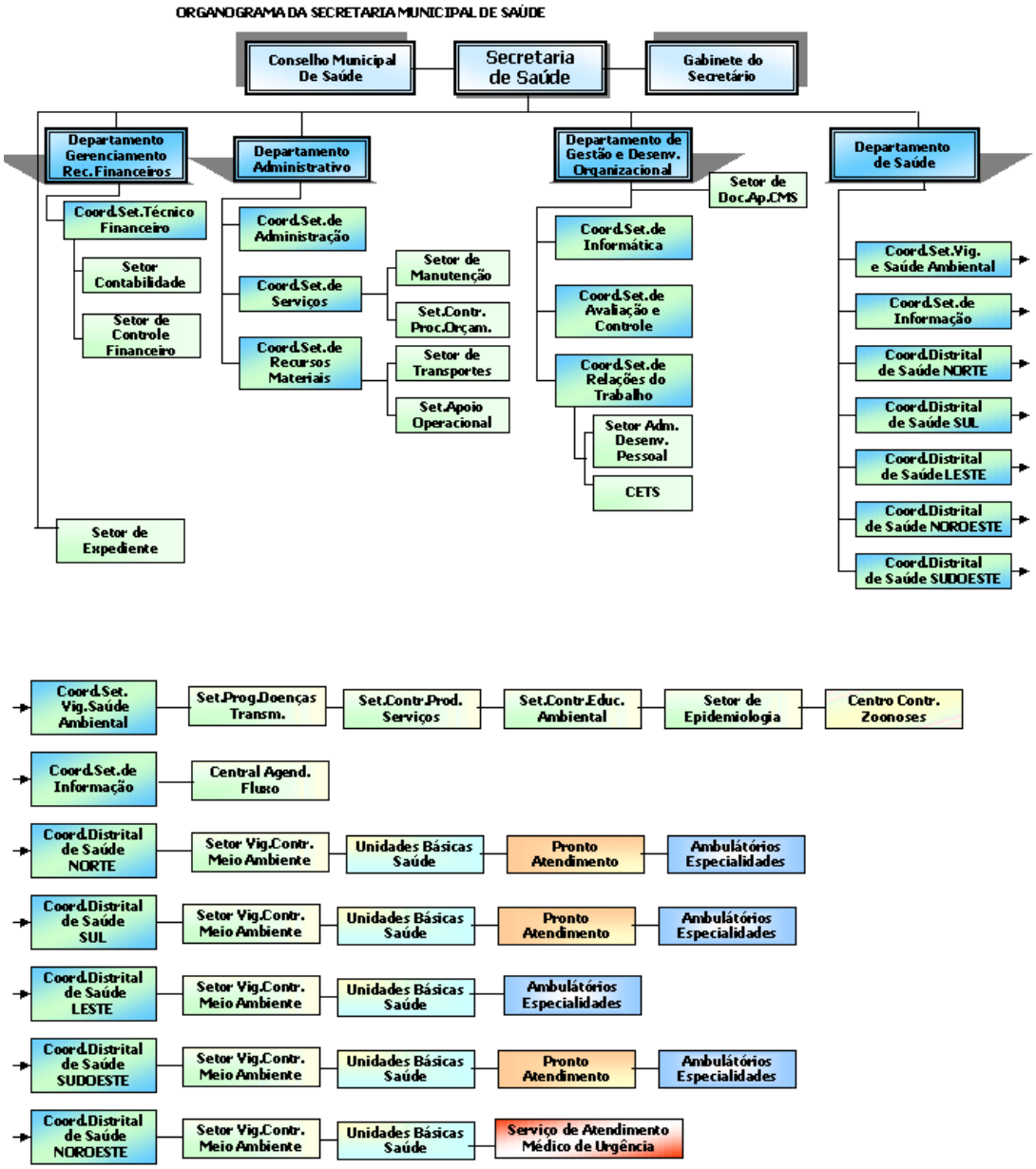
Campinas conta com 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominadas também Centros de Saúde (CS). Cada Unidade, segundo a SMS, tem uma população adstrita de aproximadamente 20.000 habitantes. Há, no município, mais de 20 unidades próprias de referência, com atendimento especializado. Duas dessas são policlínicas, as quais atendem cerca de 30 especialidades médicas, conjuntamente com os ambulatórios do Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti” e do Complexo Hospitalar Ouro Verde (Ambulatório “Dr. Edivaldo Orsi”). Há outros Centros de Referência: CAPS Adulto, Infantil, Álcool e outras Drogas; Ambulatório do CEASA; centros especializados em Reabilitação Física, Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (Campinas, 2015).

Quanto aos serviços de Urgência e Emergência, Campinas conta com: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Pronto Socorro do Hospital Mário Gatti; Pronto Socorro do Complexo Hospitalar Ouro Verde; serviços conveniados como Pronto Socorro do Hospital das Clínicas e CAISM da Unicamp; Pronto Atendimentos próprios (PA Centro, PA Campo Grande “Sérgio Arouca”, PA São José, PA Anchieta). Integram ainda o Sistema de Saúde do Município de Campinas: Laboratório de Patologia Clínica; Serviço de Atendimento Domiciliar (Sul, Leste-Norte, Noroeste e Sudoeste); Botica da Família; Casa das Oficinas; Centros de Convivência (Tear das Artes, Portal das Artes e Cooperativa Toninha); Centro de

Educação dos Trabalhadores em Saúde (CETS); Farmácia Popular (Centro e Guanabara); Disque Saúde (160); serviços conveniados como APAE Campinas, Instituto Penido Burnier (Campinas, 2015).

Segue Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (Campinas, 2015):

Figura 2. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.



Fonte: Campinas. SP, 2015. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saúde/

A área da Saúde do Município de Campinas ainda conta com alguns projetos e programas: Programa Municipal de DST/AIDS de Campinas; Política Municipal de Saúde do Idoso (Mais Idade, Mais Saúde); Terapia Comunitária; Programa Quebrando o Silêncio (violência doméstica contra crianças e adolescentes); Projeto Iluminar (para o cuidado às vítimas de Violência Sexual); Programa Municipal de Tabagismo; Programa de Reabilitação; Programa de Oxigenoterapia Domiciliar; VigiFEX (projeto de vigilância de Doença Febril Exantemática); Programa Cuidando do Cuidador. O último, de maior interesse para o presente estudo, visa o apoio e suporte aos profissionais de saúde que necessitam de cuidado e oferece o Programa de Reinserção ao Trabalho, que orienta o retorno dos trabalhadores após afastamentos prolongados por motivos de licença saúde (Campinas, 2015).

1.3.1. Contexto da situação problema

A motivação do estudo surge no Centro de Saúde (CS) Jardim Ipaussurama, onde a mestranda tem a função de Gerente, atuando na Coordenação da Unidade de Saúde há três anos. Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que, a exemplo do que ocorre em todo o município de Campinas, opera dentro de um modelo misto, conhecido antigamente como Paidéia, modelo este que foi proposto em 2002 pelo Prof. Dr. Gastão Wagner quando ele respondia pela Secretaria de Saúde do município. Desde a implementação o modelo passou por diversas alterações. Atualmente o modelo adotado pelo município é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com equipes ampliadas contando também com Ginecologista e Obstetra, Clínico e Pediatra.

O Centro de Saúde Jardim Ipaussurama é uma Unidade Docente Assistencial, que serve de Campo de Estágio para diversos cursos de Graduação da PUCCamp, com o envolvimento de docentes e acadêmicos no cotidiano da UBS. O CS fica próximo do Campus 3 desta Universidade; possui em sua área de abrangência: um Shopping Center; 05 escolas, municipais e estaduais; um Hospital Escola Celso Pierro – PUCCamp; fazendas; hortas; chácaras; dois Centros de Referência de Assistência Social; um Cemitério; um Parque; vários pontos de comércio.

Atualmente, o Centro de Saúde Ipaussurama, atende na lógica da Estratégia de Saúde da Família, contando com duas equipes na modalidade ampliada. As equipes, como usualmente ocorre na ESF, são denominadas pelos nomes de duas cores: azul e amarela. Cada equipe conta com 01 enfermeiro, 04 a 05 auxiliares de enfermagem, 01 pediatra, 01 ginecologista, 01 clínico ou generalista ou médico de família e comunidade e 03 ou 04 agentes comunitários de saúde. Há também a equipe de odontologia composta por 01 Cirugião Dentista e 01 Auxiliar de Saúde Bucal. Alguns profissionais, matricialmente que atendem às duas equipes: 01 técnico de saúde bucal, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional e 01 psiquiatra. A farmácia do CS faz a dispensação de mais de 300 itens com atendimento de cerca de 3.000 receitas/mês, contando com um farmacêutico e dois técnicos de farmácia. Recentemente as equipes receberam um incremento de ACS facilitando a lógica de redivisão de território e ampliação para a terceira equipe a Lilás.

O CS de Ipaussurama atende a uma população, estimada pelo CENSO IBGE 2010, de 10.363 pessoas, com correção para 2015. Entretanto, na prática há cerca de 16.000 prontuários individuais ativos, com um incremento de cerca de 1000 famílias nos últimos três anos. Houve a chegada de pessoas através de empreendimentos imobiliários além de povoação em áreas antes desabitadas sendo assim, observa-se subestimação dos dados populacionais. Considerando-se os dados populacionais oficiais e a determinação do MS que cada eSF deve atender cerca de 3000 pessoas, a unidade deveria contar com, no mínimo, 03 equipes. Ou seja, mesmo com os dados oficiais possivelmente subestimados, há déficit de 01 equipe, que atualmente está sendo montada, esperando apenas a chegada de alguns profissionais para ativação da mesma. Cada agente comunitário deveria atender cerca de 250 famílias, ou seja, no máximo 750 pessoas, a unidade deveria ter, no mínimo, 13 ACS e, contou por muito tempo com apenas 07 e atualmente tem 10. Sendo assim, pode haver sobrecarga de trabalho dos ACS que, desenvolvem dentre suas atribuições, visitas domiciliares, ações de controle da dengue, cadastro populacional. Essa sobrecarga, por vezes, gerava estresse e conflitos, pois havia discordância na equipe quanto às prioridades.

A equipe de médicos sofreu alterações nos últimos anos e devido ao aumento das famílias na área de abrangência, os retornos ficaram cada vez mais espaçados, o que reprimiu a demanda e gerou tensão na relação entre pacientes e profissionais, com alta taxa de *turnover*. O município aderiu ao Programa Mais Médicos e a unidade recebeu dois profissionais cubanos. Mais recentemente, uma médica pediatra e um médico de Saúde da Família e Comunidade foram admitidos por concurso. Os médicos manifestavam insatisfação com o trabalho, pois o espaçamento dos retornos dificultava o acompanhamento dos casos por vezes apresentavam complicações evitáveis.

A equipe de enfermeiros sofreu diminuição. Antes, cada equipe contava com dois enfermeiros, mas, no momento, a UBS têm, no total, apenas dois enfermeiros, sendo que atualmente utiliza-se horas extras desta categoria para manter o atendimento à população. Esses profissionais acumulam: atendimento à demanda espontânea, realização das atividades programáticas, trabalhos em grupo, tarefas administrativas, variadas reuniões e treinamentos, ações de controle da dengue. Quando da epidemia de dengue, que ocorreu em 2015 no município, muitas atividades programáticas foram suspensas ou adiadas.

A equipe de auxiliares de enfermagem que havia sofrido redução de cerca de 40% de seu efetivo, por demissão ou aposentadoria, começou a ser reposta em Julho de 2015. A redução de pessoal tornou difícil manter o funcionamento completo das salas de atendimento no horário de almoço e final do dia. Os profissionais que fazem visita domiciliar ou trabalhos de grupo, por vezes, eram criticados por não ajudarem a manter o funcionamento das salas de atendimento. A escassez de auxiliar/técnico de enfermagem dificultou a organização do trabalho e gerou conflitos na equipe.

Mantendo compromisso rigoroso com o princípio de acesso, as equipes atendem toda a demanda espontânea, durante o período completo de funcionamento da unidade. Não há limite no número de atendimentos, acolhendo-se queixas agudas, dúvidas, orientações.

A unidade ainda desenvolve atividades de vacinação; curativo; inalação; puericultura; atendimento ao hipertenso e diabético; grupos de educação em saúde; pré-natal; ECG; acuidade visual; atendimentos individuais; consulta clínica; pediátrica; ginecológica; de enfermagem; terapia ocupacional; psicologia; atendimento odontológico programático e à demanda espontânea. Nesta especialidade, no momento, há uma cota de dois atendimentos por período por profissional além de avaliação geral das queixas.

O trabalho do gestor local inclui: responsabilidade sanitária pela população adscrita; gestão das pessoas; intermediação dos conflitos; zelo pelo melhor desempenho e motivação da equipe; responsabilidade legal pela unidade; responsabilidade sobre as metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde; prestação de contas sobre os resultados alcançados por meio dos relatórios quadrimestrais de gestão para o governo municipal e o controle social. Nesses relatórios, o gestor tem de demonstrar o atingimento das metas e justificar o desempenho da Unidade, quando isto não ocorre.

A mestranda, que propõe o presente estudo, compreende que como gestora local tem responsabilidade com relação ao processo de trabalho das equipes, podendo ser facilitadora ou dificultadora na intermediação de conflitos e resolução de problemas. Também é formuladora de estratégias para o atingimento de metas e acompanhamento do desempenho das equipes, sendo, corresponsável pela qualidade e efetividade da assistência prestada. Em relação a sua responsabilidade para com a equipe, considera que o gestor local deve zelar pela saúde do trabalhador, ainda que boa parte das questões estruturais e de contratação de pessoal não estejam sob sua governabilidade. É nesse aspecto da Saúde do Trabalhador, que este estudo pretende contribuir instrumentalizando gestores locais para acompanharem e detectarem precocemente o sofrimento psíquico moral das equipes de APS. Como resultado, almeja-se propor, em uma Oficina, ações que possam ser utilizadas pelo gestor em nível local a fim de minimizar o burnout e sofrimento moral dos trabalhadores, incluindo o seu, para que todos enfrentem de maneira menos traumática as dificuldades vivenciadas no dia-a-dia da UBS.

1.4. Programa Cuidando do Cuidador

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas sempre se preocupou com a Saúde do Trabalhador, tendo implementado ações de promoção da saúde e prevenção das doenças ocupacionais. Assim, em 2008, implantou o Programa Cuidando do Cuidador, ao qual o presente estudo está relacionado. Neste Programa, considera-se que o ambiente e a carga de trabalho na área da saúde geram tensões e predispõem ao adoecimento dos trabalhadores.

O Programa iniciou-se no Departamento de Gestão e Apoio ao Trabalho e Educação na Saúde (DGATES), como parte de um conjunto de ações interligadas que visavam qualificar o eixo da Gestão do Trabalho em Saúde, a fim de transformar as práticas. O propósito deste conjunto de ações era o apoio aos Distritos de Saúde e às UBS para refletirem o modelo de gestão, a organização do processo de trabalho, entendendo que o modelo de gestão e a gestão de pessoas podem influenciar, positiva ou negativamente, o adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. É frequente o adoecimento dos trabalhadores da saúde relacionados à organização do processo de trabalho, às relações da equipe e à gestão do trabalho.

O Cuidando, como é carinhosamente chamado o Programa Cuidando do Cuidador, foi proposto com o objetivo geral de apoiar a identificação dos fatores envolvidos na produção de sofrimento para os trabalhadores nos ambientes de trabalho da SMS, a fim de transformar ou minorar o risco de adoecimento e colaborar com a prevenção destes e com a promoção à saúde. O Cuidando também visa colaborar com a reinserção ao trabalho de profissionais que precisam ser readaptados por incapacidade funcional ou no retorno de licenças médicas prolongadas. Por conta do número de profissionais reduzido no Cuidando e da complexidade dos casos acompanhados, boa parte das estratégias inicialmente previstas para o Programa não sido realizadas.

Atualmente, o Cuidando conta com duas profissionais: uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga. Ambas têm se esforçado para atender às demandas de profissionais e gestores nos ambientes de trabalho da SMS. Referem que o trabalho é bastante interessante, mas por serem apenas duas no Programa o campo

de atuação acaba sendo menor do que o necessário para uma secretaria do porte da SMS de Campinas. As dificuldades e a fragilidade da relação do Cuidando com o Serviço Médico do Município interferem na atuação das profissionais do Programa diminuindo ainda mais os possíveis impactos positivos que poderiam decorrer desta iniciativa relativa à Saúde do Trabalhador da SMS de Campinas. De fato, o Cuidando tem grande potencial na proteção e promoção da Saúde do Trabalhador da SMS de Campinas, entretanto, precisa receber um olhar mais aprofundado acerca de seu papel e dos recursos necessários para conseguir efetivar, e talvez ampliar, os possíveis benefícios do Programa. As equipes que recebem as intervenções do Cuidando, as avaliam positivamente, o que indica que se houvesse mais disseminação deste trabalho no âmbito da SMS, resolvendo-se a questão da escassez de recursos humanos os benefícios poderiam alcançar mais trabalhadores.

É neste intuito, de potencializar as ações já desenvolvidas pelo Cuidando do Cuidador, que o presente projeto foi elaborado em contato constante com as profissionais do Programa.

2. PROBLEMA DE ESTUDO

2. PROBLEMA DE ESTUDO

2.1. Tema

O Burnout e o sofrimento moral em profissionais da APS, ou como denominado no estudo, sofrimento psíquico moral dos trabalhadores da saúde.

2.2. Problema de Gestão

Como gerenciar as questões de burnout e sofrimento moral das equipes da ESF do Município de Campinas a fim de se conseguir a melhoria da assistência prestada e da convivência no trabalho?

2.3. Problema de estudo

Quais as alternativas coletivas existentes para manejar situações de burnout e sofrimento moral nas equipes de saúde?

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- Propor uma oficina para gestores locais da Secretaria Municipal da Saúde de Campinas, em parceria com o Programa Cuidando do Cuidador, com vistas a instrumentalizar os gestores para identificarem e lidarem com situações de burnout e sofrimento moral das equipes de Atenção Primária à Saúde.

3.2 Específicos

- Reconhecer ações que podem favorecer, no âmbito da gestão local, a identificação e o enfrentamento de situações de burnout ou sofrimento moral das equipes de Atenção Primária à Saúde;

- Identificar formas de enfrentamento coletivas para o burnout e sofrimento moral na saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde;

- Elaborar material de apoio para os gestores locais abordando temas de detecção e enfrentamento do desgaste psíquico moral das equipes de Atenção Primária à Saúde.

4. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

4. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

4.1. Etapas

Trata-se de um estudo para subsidiar a resolução de um problema da prática na gestão local de Unidades Básicas de Saúde, ou seja, situa-se no escopo das pesquisas aplicadas. As pesquisas aplicadas podem auxiliar gestores, por meio da identificação de evidências científicas que subsidiem a elaboração de estratégias e planos de ação para lidarem, de maneira mais fundamentada, com um problema identificado no cotidiano do trabalho (Tobar, 2001).

O desenvolvimento do estudo envolveu algumas etapas e desdobramentos:

a) Revisão da Literatura para identificar formas de lidar coletivamente com estresse laboral;
b) Reuniões com as profissionais do Cuidando uma vez que este Programa integra um conjunto de ações para qualificar a gestão e promove a saúde do Trabalhador da SMS de Campinas;
c) Contato com um grupo de pesquisa e extensão que implementa projetos e práticas para redução do estresse e melhora da Qualidade de Vida dos trabalhadores da APS, no SUS. O propósito dessa aproximação era apropriar-se de referenciais teóricos, identificados na literatura e que poderiam servir para fundamentar a elaboração da presente proposta;
d) Contato com o Projeto de Comunicação Não Violenta, do Comitê de Prevenção da Violência do Município de Campinas. As facilitadoras deste Projeto do Município vinham trabalhando a Comunicação Não Violenta, por meio de sensibilizações dos trabalhadores para a questão. Ao tomar contato com esta ferramenta, na sensibilizações, percebi que ela poderia ser útil também para lidar com o estresse laboral a partir da melhoria das relações humanas. Por isso, decidi incluí-la como subsídio na construção deste estudo do Mestrado Profissional;
e) Elaboração de uma proposta de oficina para capacitação de gestores locais no reconhecimento e enfrentamento do sofrimento psíquico moral no trabalho na saúde, especialmente na APS.

4.2. Revisão da Literatura

Foram consultadas publicações de variados tipos no portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), que é um portal desenvolvido pela BIREME (Centro Latino Americano em Ciências da Saúde) com foco no desenvolvimento das ciências da saúde na América Latina e Caribe. A BVS é uma rede de fontes de informação e disseminação do conhecimento científico em saúde que integra diversas bases de dados, portais, recursos informacionais: IBECS; LILACS; SCIELO; MEDLINE; Biblioteca COCHRANE. Indexa diferentes tipos de materiais: artigo de revistas, livros, capítulos de livros, dissertações, teses, folhetos, anais de congressos, conferências, relatórios técnico-científicos, publicações governamentais.

A busca na BVS utilizou os descritores da terminologia DeCS (Descritor em Ciências da Saúde), que é um tipo de linguagem padronizada e controlada para a área de ciências da saúde, utilizada na indexação e recuperação da informação no portal BVS. Os descritores usados foram: Esgotamento Profissional; Política de Saúde do Trabalhador, Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Carga de Trabalho; Ambiente de Trabalho; Condições de Trabalho; Dano Moral.

Foram selecionados os textos que tratavam de intervenções para o enfrentamento coletivo de situações de burnout e sofrimento moral, preferencialmente na APS e que estivessem disponíveis na íntegra pelo portal BVS. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra para avaliar a contribuição que poderiam dar para os objetivos deste estudo.

A Escolha da BVS e de incluir textos disponíveis na íntegra nesse portal teve o propósito de trabalhar com evidências disponíveis e possíveis de serem acessadas pelos gestores locais da SMS de Campinas. Foi realizado levantamento secundário a partir das referências dos artigos incluídos, ampliando o acesso a publicações sobre a temática, inclusive no que se refere ao recorte temporal determinado para o levantamento, uma vez que este não valeu para a busca da referência da referência.

O recorte temporal do levantamento, por conveniência, foi dos últimos 10 anos. Os idiomas dos artigos eram português, inglês e espanhol.

O levantamento foi desenvolvido entre novembro de 2014 e junho de 2015. Para esgotamento profissional e sofrimento moral ou dano moral juntamente com saúde do trabalhador foram encontrados 337 artigos, dos quais 86 estavam disponíveis na íntegra e 11 artigos foram selecionados. Utilizando esgotamento profissional ou dano moral e atenção primária à saúde foram encontrados 129 artigos, dos quais 67 estavam disponíveis na íntegra e 24 foram selecionados. Com base nos principais problemas levantados extraíram-se dos artigos as propostas e estratégias de enfrentamento do burnout e sofrimento moral em termos coletivos, considerando também, os referenciais teóricos que as fundamentavam, além disso, com base nestas estratégias foram consultados livros e políticas que pudessem adensar os resultados deste estudo, além de consulta às referências destes artigos.

Os achados do levantamento, incluindo propostas, estratégias e os referenciais teóricos, estão descritos como resultados, integrando o apartado denominado Revisão de Literatura.

Por ser um estudo que não envolve participantes humanos, não foi preciso avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Partindo da realidade local de trabalho, a pós graduanda foi motivada para este estudo a partir dos desafios que encontrava enquanto gestora de uma Unidade Básica de Saúde, como descrito no início desse relatório. A participação da Profª. Dr.ª Elisabet Lelo, enfermeira e assessora de Recursos Humanos na Prefeitura Municipal de Campinas, no Exame de Qualificação da pós-graduanda, possibilitou a aproximação deste estudo com os pressupostos e objetivos do Programa Cuidando do Cuidador. Com isso, abriu-se espaço para a implementação da proposta pensada como produto desse estudo para a Secretaria e não somente para a unidade de atuação da pós-graduanda. Desta possibilidade, surgiu a proposição de elaborar uma oficina de capacitação para os gestores locais da SMS de Campinas, aproveitando as reuniões semanais que ocorrem no nível central.

Em 17/11/2014, logo após o exame de qualificação, aconteceu reunião, no RH da SMS, com a Dra Elisabeth Lelo, as duas profissionais do Cuidando e a pós-graduanda. Essa iniciativa da Dra Elisabet foi determinante para a aproximação do

estudo com o programa Cuidando do Cuidador, possibilitando-se a apresentação do projeto para as profissionais do Cuidando, as quais passaram a contribuir para o desenvolvimento deste, no sentido de coaduná-lo com a prática do Programa.

Em 06/01/2015, em reunião realizada na sede do Cuidando do Cuidador, a terapeuta ocupacional do Programa apresentou o histórico, os profissionais, os objetivos e a realidade atual deste. Alguns documentos do Programa, não disponíveis ao público, foram facilitados para a pós-graduanda.

Em reunião realizada em 07/01/2015 no DGTES, a Dra Elisabet Lelo apresentou, à pós-graduanda, dados do Município de Campinas referentes ao dimensionamento de pessoal, déficits e estratégias e incorporação de novos profissionais.

Em 03/02/2015 foi realizada reunião com as duas profissionais do Cuidando do Cuidador, Elizete Boschi e Lucia Frizzarin, para a aproximação dos objetivos e estratégias a serem usadas no presente estudo com as propostas já existentes no Cuidando. A ideia era que a proposta do estudo fosse desenvolvida a partir de uma inserção no Cuidando, e não como algo à parte ou em paralelo. As profissionais disponibilizaram documentos com síntese e relatos das ações já realizadas pelo Programa como oficinas de sensibilização e de intervenção junto aos trabalhadores das UBS para reconhecerem fatores de desgaste no processo de trabalho. O Cuidando aplicava as oficinas, entretanto, a transformação do processo de trabalho no local era decisão do gestor e da equipe locais. O material fornecido subsidiou a descrição do Cuidando feita na introdução e a serviu para adequar a proposta do estudo à cultura institucional para as oficinas.

A reunião de 09/06/2015 tratou da avaliação do andamento do projeto até aquele momento e da apresentação dos resultados preliminares do levantamento feito na BVS. Durante este encontro, decidiu-se enviar a iniciativa do Programa Cuidando do Cuidador, como um relato de experiência a ser apresentado no Congresso Paulista de Saúde Pública, em setembro de 2015. Esse foi um resultado indireto do presente estudo, pois a iniciativa não havia ainda sido relatada fora do âmbito da SMS de Campinas.

Em 20/08/2015, realizou-se nova reunião para apresentar às profissionais do Cuidando o esboço das oficinas para os gestores e para elaborar o pôster que seria apresentado no Congresso. Em setembro, de 26 a 30 ocorreu o 14º Congresso Paulista de Saúde Pública, sendo a experiência do Programa Cuidando do Cuidado apresentada como trabalho nas modalidades Pôster e Comunicação Oral, em rodas de discussão temática em Saúde do Trabalhador.

Em outubro de 2015, quando finalizamos o MP, o estudo foi apresentado ao Cuidando do Cuidador e para o CETS, a fim de levantar possibilidades de implementação futura da proposta na Prefeitura Municipal de Campinas. Os resultados da reunião acenam positivamente para a realização da oficina elaborada para os gestores locais.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Referenciais da proposta

A partir da revisão da literatura foram destacados alguns aspectos referenciais teóricos, das políticas de saúde e de estratégias e práticas de enfrentamento do desgaste laboral e promoção da saúde do trabalhador da saúde a fim de subsidiar a proposta de capacitação para os gestores elaborada no presente estudo do MP.

5.1.1. Detecção e enfrentamento do desgaste laboral

Os mecanismos de enfrentamento mais comumente usados com os trabalhadores esgotados são os individuais. Para os que não estão esgotados, destacam-se os mecanismos coletivos. É nesse momento, então, que se evidencia o importante papel dos gestores para o enfrentamento coletivo, de natureza preventiva, dos problemas relativos ao estresse laboral (Trindade, Lautert, Beck, 2009). As medidas coletivas serão mais eficazes antes do esgotamento causado pelo trabalho, ou seja, tem caráter preventivo do burnout e sofrimento moral.

Os profissionais que atuam na assistência enfrentam direta e cotidianamente as dificuldades do sistema de saúde: longas filas de espera; falta de leitos; escassez de recursos materiais, humanos e financeiros; demanda crescente por atendimento; dificuldade de acesso (Albuquerque et al., 2011). Sendo assim, os trabalhadores afetam-se pessoalmente pela insatisfação relativa às falhas de operação do Sistema de Saúde, especialmente na Atenção Básica que é porta preferencial para o acesso ao SUS (Melo, 2009).

Albuquerque et al. (2011) identificam pressões sofridas pelos profissionais da ESF: cobrança da gestão para o atingimento de metas; atendimento individual; atendimento em grupo; visitas domiciliárias; demandas dos usuários que exigem a satisfação de suas necessidades e a resolução rápida de seus problemas.

Os trabalhadores da AB inserem-se na comunidade, sendo referência de cuidado para uma determinada população. Com isso, assumem inúmeras e diversificadas atribuições, em um ambiente com fatores de risco ocupacional que podem gerar danos à saúde do trabalhador e, consequentemente, impactar a

assistência prestada. A situação agrava-se porque como esta é a rotina do trabalho, os profissionais, usualmente, não percebem o que está acontecendo, antes que o burnout e o sofrimento moral se instalem (Trindade, Lautert, 2010).

Por isso, é preciso profunda atenção no gerenciamento da saúde dos trabalhadores na AB. Ferrari, França e Magalhães (2012) indicam a necessidade de monitoramento da saúde física e psíquica dos trabalhadores, incorporando, quando necessário, estratégias de reorganização do processo de trabalho a fim de minimizar fontes geradoras de estresse.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015, aponta, na gestão de pessoal, a incipiência das estruturas de gestão do trabalho e educação em saúde, destacando que a precarização do trabalho debilita as relações humanas e expõe a fragilidade do trabalhador. Na diretriz 11, o PNS afirma a necessária contribuição para formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Em 2009, o MS instituiu o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, no bojo da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador (PNPST) do SUS. Estas iniciativas vêm sendo implementadas a partir de 2012, entretanto, como isso vem acontecendo lentamente, persiste uma importante preocupação quanto às questões de saúde do trabalhador do SUS (Brasil, 2011).

A PNPST (2011) visa promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS, por meio do enfrentamento dos aspectos gerais, específicos dos ambientes e da organização do trabalho que são fatores de desgaste. A Política considera que a qualidade do trabalho e a promoção de saúde do trabalhador implicam: a existência de planos de carreiras, cargos e salários; a educação permanente; a desprecarização dos vínculos de trabalho; a cessão e o provimento de profissionais; a gestão democrática; ambientes e processos de trabalho adequados às especificidades dos serviços (Brasil, 2011).

A PNPTS (Brasil, 2011) tem como compromisso: desenvolver ferramentas de prevenção e proteção à saúde nos locais de trabalho; favorecer as ações de

mapeamento de riscos e propor mudanças nas condições técnicas ou organizacionais que ofereçam riscos à saúde dos trabalhadores; levantar dados e divulgar informações sobre o impacto financeiro e social do adoecimento dos trabalhadores do SUS, como estratégia para buscar investimentos na promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde do trabalhador; estimular e monitorar ações inovadoras e socialmente inclusivas de promoção da saúde do trabalhador do SUS, considerando os fatores que determinam o processo saúde-doença.

A organização, a política e a prática de gestão de pessoas desempenham papel preponderante na forma como o trabalhador se relaciona com o trabalho. Os problemas de saúde mental nos trabalhadores devem ser tratados, pelos gestores e avaliadores dos programas governamentais, como um problema organizacional e coletivo e não apenas individual, como se observa mais comumente nas organizações (Maslach, Leiter, 1997; Mendes, Marone, 2002).

Para minimizar os danos à saúde e melhorar a qualidade de vida no trabalho é necessária à adoção de estratégias de intervenção de natureza institucional como treinamentos, capacitações, supervisão, revisão do processo de trabalho dos profissionais da AB (Silva, Menezes, 2008).

O sofrimento moral é ocasionado por diferenças de percepção sobre uma mesma situação, as quais não são comunicadas, compreendidas e nem resolvidas adequadamente. Há aproximação entre o Burnout e Sofrimento Moral por estarem relacionados com as condições e conflitos no ambiente de trabalho (Dalmolin et al., 2012).

Sendo assim, preciso ampliar a discussão das formas de detecção precoce do burnout ou sofrimento moral e das possíveis intervenções para redução e prevenção destes agravos. Isto porque, munidos de informação, os gestores locais podem se sentir mais fundamentados para detectar e intervir oportunamente no processo de trabalho da equipe com vistas a diminuir o estresse laboral.

As intervenções eficazes nas situações de burnout e sofrimento moral devem ser multivariadas, prolongadas e direcionadas para as relações entre organização de

saúde, a estrutura e os indivíduos (Musto et al., 2014). Esse é o âmbito onde o gestor local desempenha seu papel, ou seja, pode programar ações, planejar e propiciar intervenções diversas para a prevenção do burnout e sofrimento moral da equipe multiprofissional da unidade de saúde que dirige.

Estudo realizado em ambiente hospitalar, no Rio Grande do Sul, revelou que os trabalhadores vivenciam dilemas morais e sofrimento moral no desempenho de suas funções. O ambiente organizacional e o desrespeito aos direitos do paciente foram apontados como os principais desencadeadores dessas ocorrências (Dalmolin, Lunardi, Lunard Filho, 2009).

Os elementos da organização do ambiente laboral como fonte de sofrimento moral relacionam-se à insuficiência de recursos materiais, humanos e às relações interpessoais no trabalho (Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho, 2009). Essas situações apontadas no estudo feito em ambiente hospitalar também são usuais na AB.

A insuficiência de recursos materiais desde os mais simples aos mais sofisticados corrobora para o desenvolvimento de desgaste e sofrimento aos trabalhadores, que se veem impedidos de prestar a assistência indicada. A carência de recursos humanos gera sobrecarga de trabalho, múltiplas obrigações, demandas conflitantes e falta de apoio social. Essas carências e insuficiências são obstáculos ao desejo de desempenhar um trabalho com qualidade e compromisso, o que acaba causando sofrimento porque o atendimento que os trabalhadores prestam fica bem distante do que gostariam de fazer (Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho, 2009).

5.1.2. As relações interpessoais como fator de desgaste no trabalho

A principal classe de estressores no trabalho em saúde é o relacionamento interpessoal (Rout, Rout, 2002). Sendo assim, se o gestor local atuar para promover e manter boas relações interpessoais no trabalho a UBS, já estará interferindo positivamente para diminuir o estresse.

O trabalho em saúde realiza-se, na maior parte do tempo, em equipes multiprofissionais. Isso exige que os profissionais possuam habilidades e competências para relações interpessoais e capacidade de comunicação, especialmente para lidar com os conflitos. Esses fazem parte do trabalho cotidiano e

devem-se a ideias distintas, conflitos de interesse e relação conflituosa com a chefia (Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho, 2009; Fernades et al., 2015). Assim, a capacidade dos gestores para intermediar e transformar conflitos em oportunidades de crescimento para equipe é uma habilidade importante e deve ser fomentada, com vistas a facilitar as relações e permitir o desenvolvimento de ambiente de trabalho mais ameno e maduro para o enfrentamento dos conflitos relacionais. Isso, por certo, contribuirá para a melhoria da qualidade da assistência e fortalecerá o trabalhador e o usuário dos serviços de saúde (Fernades et al., 2015; Francischini, Moura, Chinellato, 2008).

Estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família no Rio Grande do Sul, envolvendo médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e técnicos de enfermagem, revelou a visão da equipe multiprofissional sobre as relações interpessoais no trabalho, os fatores que dificultam as relações interpessoais no trabalho e as estratégias que podem facilitar o estabelecimento de boas relações no ambiente de trabalho (Fernades et al., 2015).

Quanto à visão da equipe multiprofissional sobre as relações de trabalho revelou-se a importância do trabalho em equipe e interdisciplinar, sendo necessária a construção de vínculo entre os trabalhadores e a valorização da troca de conhecimentos e experiências. É preciso estabelecer um ambiente de trabalho que valorize as discussões e permita as reflexões por meio de reuniões de equipe que valorizem os diferentes saberes, oportunizem trocas e discussões acerca dos problemas relativos ao ambiente de trabalho (Fernandes et al., 2015).

A fonte de insatisfação e revoltas no trabalho pode estar relacionada com as posturas da coordenação e os conflitos na relação com outros níveis hierárquicos (Melo, Barbosa, Souza, 2011). Isso reforça a importância do investimento nos gestores locais e nas lideranças das equipes, por meio do desenvolvimento de medidas e programas de apoio, a fim de contribuir para a prevenção do adoecimento e sofrimento dos trabalhadores das eSF.

Para Fernandes et al. (2015):

> “É preciso trabalhar na lógica de melhorar as relações entre os trabalhadores para que se possa qualificar a atenção em saúde, o cuidado oferecido à população e o processo de trabalho das unidades básicas”.

O trabalho em equipe exige algumas condições básicas: confiança e apoio mútuos; comunicação espontânea; compreensão e identificação com os objetivos da organização; tratamento das diferenças, e habilidade para o trabalho em equipe (Bermejo, Martínez, 2009).

Quanto à dinâmica interna do trabalho, é necessário conhecer os papeis, a coesão, o clima de trabalho e a motivação da equipe. Para intervir nesse aspecto é preciso que o gestor tenha conhecimentos e habilidades relativas a processo de mudança; resistência às mudanças e como manejá-la; funções, disfunções dos conflitos e como lidar com estes (Bermejo, Martínez, 2009).

O resultado final do trabalho em equipe depende da somatória do empenho de cada membro em prol de um objetivo comum e da atuação de todos de forma coordenada e segundo a especificada de cada um.

Os itens básicos para o desenvolvimento do trabalho em equipe estão definidos na sequencia, com base em publicações do Centro de Humanización de La Salud (Bermejo, Martínez, 2009):

Confiança Mútua: base para o trabalho em equipe, sem a qual é pouco provável que haja colaboração entre os membros. A confiança baseia-se em: Expectativa de que a outra pessoa atuará de determinado modo (esperamos do outro, por exemplo, uma postura ativa diante de um problema) e A disposição de assumir o risco de que a outra pessoa atuará do modo previsto. A confiança tem um forte componente afetivo e baseia-se em atos, por isso, na medida em que vamos conhecendo melhor as pessoas aumentamos nossa confiança nessas.

Comunicação Espontânea: a palavra está presente em todos os momentos; ajuda a construir relações; transmitir informação, sentimentos e atitudes. Isso é especialmente válido para o trabalho em equipe, por isso, estabelecer bons sistemas de comunicação é necessário para atender às necessidades de sentir-se informado

e escutado. Assim, para que o trabalho da equipe funcione bem é preciso que o grupo tenha espaços adequados para se comunicar, horário reservado para reuniões, com tempo e periodicidade suficientes para que os participantes sintam-se apoiados, informados e escutados. Além das reuniões pode se investir em outros canais de comunicação oral e escrita.

Apoio Mútuo: o apoio mútuo é a tradução da confiança e da comunicação; estes três componentes se entrelaçam e caso haja fragilidade em um, provavelmente, haverá nos demais. Um exemplo de apoio mútuo pode ocorrer quando um dos membros da equipe está sobrecarregado de trabalho e os outros o ajudam na execução das tarefas. Os benefícios conseguidos pelo apoio mútuo geralmente se convertem em benefício para a equipe como um todo.

Compreensão e identificação com os objetivos da organização: o conhecimento e a identificação da equipe com os objetivos da organização é fundamental para se saber em que direção se deve seguir, determinar prioridades e fazer o trabalho de todos convergirem para a mesma meta. Entretanto, para que isso aconteça de fato é preciso que os objetivos sejam operativos; atualizados periodicamente; explicitados no começo de períodos determinados, como o início do ano; elaborados com a participação ativa equipe. Também os resultados alcançados em cada objetivo devem ser apresentados pelos líderes às equipes, de forma que percebam o fruto do trabalho.

Tratamento das diferenças: é inevitável que no trabalho em equipe surjam diferenças e mal entendidos, se estas situações não forem abordadas de maneira correta, abalam a confiança, dificultam a comunicação e se convertem em um fardo difícil, que repercute na qualidade do trabalho e gera sofrimento.

Habilidade para o trabalho em equipe: o trabalho em equipe requer a tomada de decisões em comum, participação em reuniões para analisar problemas, compartilhamento de diferentes metodologias de trabalho. Para isto, algumas habilidades podem ser uteis como a empatia; escuta ativa; habilidade para resolver conflito; saber reconhecer as conquistas dos outros e próprias; aprender a fazer e receber críticas. Há também elementos que são importantes para o trabalho eficaz

como número adequado de membros da equipe para a carga de trabalho; organização clara, com funções definidas para cada um; normas de funcionamento previamente estabelecidas; ambiente propício, tolerante para com as discrepâncias e aberto a críticas construtivas; plena participação dos membros da equipe, resolvendo conflitos com base na negociação e não em imposições autoritárias.

É importante para um gestor ou líder de equipe avaliar se o grupo tem estas condições básicas, e caso observe-se alguma falha é necessário instituir estratégias para melhorias destes aspectos.

Entretanto, há alguns estudos que questionam a necessidade dos grupos de trabalho manterem a figura do coordenador. Defendem que uma equipe pode ser eficaz sem necessariamente ter um líder. Essa prática oferece risco para a equipe, pois em algumas ocasiões, o grupo não sabe o que fazer e pode entrar em conflitos que resultarão na perda do direcionamento e na queda da produção (Bermejo, Martínez, 2009).

Sendo assim, a figura do coordenador segue sendo necessária para o desenvolvimento eficaz do trabalho em equipe. Porém, há algumas características indispensáveis ao bom coordenador (Bermejo, Martínez, 2009):

Independência emocional e critérios independentes: se um coordenador não tiver independência, poderá agir de maneira tendenciosa quando um erro for cometido por um trabalhador com o qual tenha mais ou menos afinidade.

Autoconfiança: está ligada a autoestima, pois se refere à necessidade de não depender da aprovação dos demais para atuar. A falta de autoconfiança pode produzir posições narcisistas e cegar o coordenador para a realidade.

Aceitar as próprias limitações: envolve a capacidade de conhecer o próprio ritmo de trabalho, saber onde se pode chegar e colocar limites nas responsabilidades.

Conter e atrasar as ações: refere-se à capacidade do coordenador para priorizar a reflexão ao impulso. Para que as ações do coordenador não sejam inapropriadas por falta de informações ou por atitude impulsivas, é preciso que este

reflita antes de agir. Também é preciso que aprenda a adiar a ação, abrindo-se para críticas, para escutar e refletir. Essa prática possibilitará ações mais assertivas.

O coordenador ainda precisa crer na missão da organização, ter humildade e espírito de justiça. O coordenador precisa ser justo nas decisões, distribuir elogios e críticas com critério, não prometer o que não poderá cumprir e reconhecer os próprios erros. A crença na missão da organização se traduz em confiança, esperança e atitudes positivas que contagiam os participantes da equipe. A humildade possibilitará melhor interação com as pessoas que coordena; um coordenador arrogante dificilmente consegue confiança e proximidade com a equipe, o que acaba resultando em baixa motivação e ineficácia do trabalho em equipe.

Resumindo estas características, Bermejo e Martínez (2009) apontam dez aspectos fundamentais para o líder eficaz: mostrar interesse positivo pelas pessoas que coordena; comunicar-se com clareza, evitando ambiguidades e mal entendidos; manter o moral da equipe elevado; ser um exemplo, despertando o entusiasmo da equipe; exercer influência sem autoridade, ou seja, é preciso pedir e não mandar, raramente dando ordens; mostrar respeito por seus colegas e subordinados; demonstrar confiança em seus colaboradores; estimular que todos os membros da equipe apresentem seu ponto de vista; atuar com justiça, e manifestar sua aprovação, sabendo reforçar e apoiar a equipe.

Neste sentido, Regina Gianetti D. Pereira, em entrevista concedida ao portal do palestrante publicado em 06 de agosto de 2014 (youtube) aponta cinco pilares para o relacionamento interpessoal no trabalho: autoconhecimento; empatia; assertividade; cordialidade e ética.

> “Muitas pessoas tem expectativa que os outros mudem para facilitar o relacionamento com ela, mas pensar desta forma nos coloca na dependência do outro, entretanto, não podemos não temos certeza nenhuma que os outros vão mudar, na verdade a nossa única opção é mudar a maneira de lidar com os outros para então o relacionamento com eles se transformar, esta é a única certeza que realmente podemos ter (Pereira, 2014)”.

A assertividade, outro aspecto importante nas relações interpessoais no trabalho e que se deriva das habilidades sociais, é fundamental para o êxito

profissional e do trabalho em equipe. A assertividade envolve aspectos intrínsecos à autoestima e está diretamente relacionada ao respeito e carinho por nós mesmos e pelos outros. O respeito e valorização mútua na equipe são aspectos importantes para o desenvolvimento da assertividade. Geralmente, pessoas tímidas em situações desrespeito e humilhação e, também, as agressivas que humilham os outros e não levam em conta as necessidades destes tendem a serem pouco assertivas (Castanyer, 2009).

As pessoas podem ser submissas, agressivas ou assertivas, entretanto, em contextos diferentes podem apresentar comportamentos que permeiam estas três posturas. A assertividade é a capacidade de autoafirmação dos próprios direitos sem manipular os demais (Castanyer, 2009).

A pessoa submissa não defende os direitos pessoais; respeita, ou teme, os demais, mas não tem respeito e amor próprios. Em geral, apresenta tom de voz baixo, fala pouco fluída, bloqueios, silêncio, foge do contato visual, ao falar apresenta lábios trêmulos, insegurança para saber o que fazer e decidir, queixas frequentes sobre terceiros ("X não me compreende", "Y é egoísta e se aproveita de mim",...). A pessoa tímida considera que ao agir desta forma, evita atrapalhar ou ofender outras pessoas, tornando-se, assim, pessoas "sacrificadas". Os sentimentos usuais para as pessoas tímidas são: impotência, alta energia mental, baixa energia externa, culpa, baixa autoestima, ansiedade e frustração (Castanyer, 2009).

A pessoa agressiva defende um excesso de direitos e interesses pessoais, sem levar em conta os demais e sem reconhecer que não tem habilidades para enfrentar algumas situações. O comportamento destas pessoas costuma ser o tom de voz elevado; por vezes, fala pouco fluída, mas demasiadamente precipitada; uso de insultos e ameaças; contato visual desafiante; face e mãos tensas; postura que invade o espaço do outro; tendência ao contra-ataque. Esta característica de comportamento acaba colocando os agressivos em situações de vulnerabilidade, pois tudo termina desembocando no ganha-perde. Os padrões de pensamentos e sentimentos das pessoas agressivas são: "agora só eu importo, o que você pensa e sente não me interessa"; ansiedade; solidão; sensação de incompreensão; culpa; frustração; baixa autoestima, e sensação de falta de controle (Castanyer, 2009).

A pessoa assertiva conhece seus direitos e os defende, todavia, respeita os dos demais e não busca sempre ganhar, mas sim entrar em um acordo bom para todos. Geralmente, a pessoa assertiva tem fala fluída e segura; mantém contato visual direto, mas não desafiante; corpo relaxado em uma postura cômoda e respeitosa. Expressa sentimentos positivos e negativos; faz defesas sem agressão; demonstra honestidade; tem capacidade de discordar abertamente e de pedir esclarecimentos; aceita os erros. Seus padrões de pensamento são de boa autoestima respeito por si mesmo, não se sentindo inferior ou superior aos demais; de satisfação nas relações, de sensação de controle emocional. A pessoa assertiva, em geral, é capaz de desarmar quem a ataca; de esclarecer equívocos de forma que os outros se sintam respeitados e valorizados. É difícil que alguém consiga reunir todos os atributos da pessoa assertiva, constantemente (Castanyer, 2009).

Sendo assim, desenvolver uma comunicação assertiva é de fundamental importância para o gestor. Por isso, apresenta-se na sequência dicas de como desenvolver algumas habilidades de assertividade:

Reciprocidade no olhar: a interação entre os seres humanos depende de olhares recíprocos, assim, a quantidade e o tipo de olhar direciona a qualidade da comunicação. Em geral, uma reciprocidade equilibrada entre emissor e receptor varia em torno de 40% de fixação do olhar que está falando e 60% escutando o que a pessoa fala (Castanyer, 2009).

A expressão facial: a expressão facial desempenha importante papel na inter-relação humana, pois pode mostrar o estado emocional de uma pessoa; indicar atitudes para com os demais; proporcionar informação contínua de compreensão da mensagem, por exemplo, se há surpresa, concordância, contrariedade por parte do receptor (Castanyer, 2009).

Os gestos: estes são elementos culturais, mas, em geral, predomina o uso das mãos e, em menor grau, os movimentos da cabeça e dos pés. Os gestos podem variar muito, amplificando e apoiando a atividade verbal ou contradizendo o que está sendo falado, muitas vezes, prestando-se a revelar sentimentos verdadeiros que estão ocultos, não expressos no discurso. Os gestos assertivos são movimentos

espontâneos e desinibidos, que sugerem, ao mesmo tempo, franqueza e auto segurança (Castanyer, 2009).

Componentes para-linguísticos: referem-se a forma de transmissão da mensagem como o volume e tom de voz. O volume baixo da voz pode ser percebido como insegurança; se este for muito elevado transmitirá agressividade e prepotência; o tom de voz insosso e sem graça, também, pode produzir sensação de insegurança e apreensão, com pouquíssimas garantias de que se consiga convencer a pessoa com quem se fala. O tom de voz assertivo é uniforme, bem modulado, transmite segurança, sem intimidações; é fluído e sem perturbações da fala. Excessivas hesitações e repetições na fala podem causar sensação de insegurança ou ansiedade, a depender da interpretação do interlocutor. É claro que a pessoa assertiva, pode manifestar hesitação na fala, mas esta, usualmente, fica dentro de um limite percebido como normal para o desenvolvimento da argumentação e estruturação do pensamento, sendo apoiada por outros componentes para-linguísticos que auxiliam nesta percepção (Castanyer, 2009).

Clareza e velocidade: a fala assertiva é clara, de forma que o receptor pode compreender a mensagem sem ter que fazer presunções. A velocidade da fala assertiva é lenta e tampouco rápida, a fim de não haver distorções na comunicação (Castanyer, 2009).

Os componentes verbais: ainda que a conversa seja um instrumento verbal por excelência, utilizado para a transmissão de informações e a manutenção de relações sociais, ocorre interação entre os componentes verbais e não verbais. Assim, ambos dever ser observados na conversa como duração da fala; aspectos não verbais dos interlocutores para perceber se a duração e assertividade estão sendo bem aceitas; feedback para verificar se as informações estão sendo adequadamente compreendidas ou se é preciso alguma mudança nos elementos verbais e não verbais. As perguntas são essenciais para se manter uma conversa, se não houver abertura para perguntas pode-se provocar cortes súbitos na conversa e gerar sensação de desinteresse (Castanyer, 2009).

5.1.3. A Comunicação não violenta

A empatia e a Cordialidade são aspectos fundamentais das relações interpessoais no trabalho, com vistas ao bom desempenho da equipe. Podem ser desenvolvidos por meio de habilidades e técnicas de comunicação. Um dos recursos para isto é a comunicação não violenta (CNV), atualmente empregada nas organizações, com empresários, educadores, profissionais de saúde, mediadores, prisioneiros, policiais, militares, clero, funcionários públicos (Rosemberg, 2006).

A CNV é um conceito desenvolvido pelo psicólogo norte americano Marshall Rosenberg, na década de 70, a partir da psicologia humanística de Carl Rogers. A CNV foi proposta como resultado da especialização em psicologia social e das vivências pessoais de Rosenberg. Em 1984, fundou, na Califórnia, o *"Center for Nonviolent Communication (CNVC)*", que se transformou em uma organização sem fins lucrativos, para habilitar e capacitar as pessoas neste tipo de comunicação. Há pessoas habilitadas em mais de trinta países pelo mundo, incluindo o Brasil (Rosemberg, 2006).

A CNV é usada como estratégia para a paz, sendo que alguns dos membros do CNCV introduziram programas de paz em regiões assoladas por guerras como Sérvia, Croácia, Burundi, Sri Lanka, Israel (Rosemberg, 2006).

Mas, a CNV é uma estratégia para aprimorar os processos de comunicação, podendo ser aplicada em diversas situações como nos relacionamentos íntimos e familiares; nas escolas, nas organizações e instituições de diferentes naturezas; em terapia e aconselhamento; nas negociações diplomáticas e comerciais; em disputas e conflitos de diferentes tipos. A CNV é um recurso para estabelecer relacionamentos mais eficazes no trabalho em saúde, sendo que há profissionais que a utilizam na prática clínica. Uma médica de Paris atesta a eficácia deste uso da CNV no depoimento: *"..... Fico assombrada em ver o quanto ela se encaixa bem em minha prática clínica. À medida que me envolvo cada vez mais com a CNV, sinto mais energia e alegria no trabalho"* (Rosemberg, 2006).

Desta forma, pode se tomar a CNV como uma ferramenta para a redução do estresse, a melhoria do ambiente de trabalho e das relações.

A CNV apoia-se em quatro pilares: Honestidade, Autenticidade, Conexão e Empatia. Tem, também, quatro componentes: Observação, Sentimento, Necessidades e Pedido.

A observação refere-se às ações concretas que nos rodeiam e afetam nosso bem-estar. Os Sentimentos é como nos sentimos em relação ao observado. As Necessidades são as demandas, os valores, os desejos que geram os sentimentos. O pedido é para as ações concretas que podem enriquecer nossa vida (Rosemberg, 2006).

O primeiro componente da CNV prevê que ocorra separação da observação e da avaliação, ou seja, deve-se observar, mas sem avaliar. Quando observação e avaliação se combinam, as pessoas tendem a receber o que se fala como crítica e criam resistência ao que é dito. A observação deve ser aplicada de maneira específica, para um tempo e um contexto determinado, pois a CNV é dinâmica e desestimula generalizações estáticas (Rosemberg, 2006).

Expressar os sentimentos, segundo componente da CNV, em geral não é algo valorizado. O mais comum é dar importância ao atendimento das necessidades dos outros ou valorizar o que os outros pensam nós. Por isso, acabamos não desenvolvendo habilidades para observar nossos próprios sentimentos e para expressar o que sentimos. Ao se permitir expressar sentimentos, de forma assertiva, aumentam as possibilidades de resolução de conflitos (Rosemberg, 2006).

A CNV traz a necessidade de assumir a responsabilidade pelos próprios sentimentos, reconhecendo as raízes destes. Aumentar a consciência sobre os que outros falam podem ser estímulo aos sentimentos, mas não é a causa deles. É preciso reconhecer as necessidades que estão por trás dos sentimentos. Quando alguém se comunica negativamente com outro, a reação pode assumir formas variadas como culpar a si próprio, culpar os outros, perceber os próprios sentimentos e necessidades ou os que estão escondidos nas entrelinhas da mensagem negativa do emissor (Rosemberg, 2006).

O componente do pedido, no processo da CNV, refere-se ao cada qual gostaria de pedir aos outros. Ao se tomar consciência das necessidades que não estão sendo atendidas e ao se observar, sentir e reconhecer o que é necessário passa-se à etapa de fazer o pedido ao outro para que cada um tenha as próprias necessidades atendidas. Entretanto, é preciso reconhecer que o pedido não é o mesmo que exigência, por isso, a mensagem deve ser transmitida de maneira assertiva, ou seja, de forma clara e objetiva. Ao se expressar para um grupo, a pessoa deve deixar clara a mensagem que quer passar, pois se isso não ocorrer a CNV será improdutiva (Rosemberg, 2006).

O objetivo da CNV não é mudar as pessoas ou seu comportamento para conseguir o que se quer, ao contrário, é estabelecer uma relação de honestidade e empatia que, de certa maneira, acabará atendendo às necessidades de todos (Rosemberg, 2006).

Assim, o desenvolvimento da empatia é essencial para a efetivação da CNV. A empatia é a compreensão respeitosa do que os outros estão vivenciando. Usualmente, nas relações, ao invés de se oferecer empatia, dá-se conselhos, palavras equivocadas de encorajamento ou se expressa os sentimentos e posicionamento do receptor, esquecendo-se do emissor. É preciso observar e ouvir atentamente o que o outro fala e, em alguns momentos, pode-se parafrasear o que o discurso do outro para expressar que o compreendemos e permitir que o outro continue se expressando. É necessário sentir empatia para ser possível dar empatia (Rosemberg, 2006).

A auto avaliação feita na CNV visa à promoção a autocompaixão, enquanto crescimento do autoconhecimento e do amor próprio, ou seja, não se quer estimular o ódio ou julgamento, com culpabilizações e autopenalizações. Quando ocorre o julgamento próprio ou dos outros, está se expressando, de maneira trágica, necessidades não satisfeitas. É preciso substituir o “tenho de fazer” pelo “escolho fazer”, em um reconhecimento do que não se gosta, mas é necessário fazer. Após isso, é preciso, ainda, reconhecer as motivações das escolhas feitas (Rosemberg, 2006).

A CNV requer que a raiva que pode se fazer presente no processo de comunicação seja ressignificada, a partir da compreensão de que sentimento pode ter sido provocado, no momento, por um estímulo externo, mas a sua verdadeira causa não está neste estimulo ou nos outros. Por isso, culpar e punir os outros são expressões superficiais de raiva, sendo isso que precisa ser ressignificado. A raiva, sem ser ressignificada, pode contribuir para a destruição da paz mental, sufocar a capacidade de discernimento, promover estado de confusão mental, afetar o sistema cardiovascular, promover desequilíbrio hormonal, causar mortes prematuras. Na CNV, há quatro passos importantes para ressignificação da raiva: parar e respirar; identificar os pensamentos que indicam julgamentos; fazer a conexão com as necessidades pessoais e expressar os sentimentos e necessidades pessoais não atendidas (Rosemberg, 2006).

Existem ainda poucos estudos que explorem a CNV como ferramenta no controle do estresse, mas ela parece ser uma possibilidade concreta de interferir positivamente na melhoria das relações interpessoais no trabalho, que são grandes desencadeadores de desgaste psíquico moral do trabalhador. Parece, então, que a CNV pode ser uma alternativa para melhorar o trabalho em equipe em saúde, já que este se pauta, essencialmente, na relações interpessoais com vistas a bem cuidar do usuário.

O Município de Campinas, por intermédio da Escola de Governo e Desenvolvimento do Servidor (EGDS), disponibiliza curso gratuito sobre CNV, ampliando o acesso dos servidores a esta forma de comunicação isenta de julgamentos e preconceitos, no intuito de facilitar a comunicação e as relações de trabalho.

Uma iniciativa muito próxima a CNV é a Cultura para a Paz, também adotada por algumas políticas públicas. A UNESCO, em 2003, publicou no Brasil a Cartilha de Educação e Cultura para a Paz. O programa Abrindo Espaços: Educação e Cultura para a Paz foi lançado em 2000, ano Internacional da Cultura de Paz. A cultura de paz é construída pela participação e reconhecimento da diversidade, não comportando passividade ou camuflagem de conflitos, injustiças ou desigualdade social. Nesse sentido, aproxima-se da CNV (Noleto, 2003).

A cultura de paz é “um conjunto de valores, atitudes, tradição, modos de comportamento e estilos de vida” que se baseiam em valores como “respeito à vida, e prática de não violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação” e “respeito total e promoção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais”. Tem por princípios liberdade, justiça, democracia, tolerância, solidariedade, cooperação, diálogo. Esses também se aproximam do que fundamenta a CNV (Noleto, 2003).

A mediação de conflito, em conjunto com a cultura de paz e a CNV, pode trazer grandes benefícios ao trabalho em equipe. O conflito é parte constante do dia a dia da equipe, porém se bem manejado pode acabar produzindo uma equipe saudável, pois são convertidos em oportunidades para aprendizagem e crescimento. Os conflitos mal geridos podem comprometer o desempenho e a convivência da equipe (Bermejo, Martínez, 2009).

Há quem defenda que os conflitos devem ser evitados, pois estes atestam o mau funcionamento da equipe, entretanto, isso não parece possível na medida em que sempre há contraposição de interesses. Por isso, atualmente, a teoria interacionista aponta os conflitos como algo próprio, intrínseco à convivência e ao trabalho grupo. Os adeptos dessa teoria defendem que o grupo calado, harmonioso e pacífico pode tornar-se apático e insensível às necessidades de mudança e inovação (Bermejo, Martínez, 2009).

Assim, se aposta que o conflito pode desempenhar papel importante para o amadurecimento da equipe, contribuindo para aumento da motivação e do rendimento; incremento no campo da inovação e mudança organizacional; aumento da motivação, descobrimento de alternativas para melhora; focalização da atenção aos problemas; variações e ajustes no estilo de liderança; reintegração de membros; definição e defesa das posições do grupo e promoção de certo nível de estímulo (Bermejo, Martínez, 2009).

Porém para serem oportunidades de crescimento para as equipes, o conflito precisa ser manejado de maneira transparente e equitativa, caso contrário, pode gerar disfunções com altos custos pessoais, distribuição injusta de resultados, perda

de energia do sistema com impacto no rendimento organizacional, dificuldades de comunicação e diminuição da cooperação, afastamento ou distração das tarefas principais e mal entendidos, com danos para a confiança (Bermejo, Martínez, 2009).

É necessário diferenciar se os conflitos são funcionais ou disfuncionais, para tanto, é preciso distinguir os três tipos de conflitos: os de tarefa, os de relação e os de processos. Os conflitos de tarefa se relacionam com as metas de trabalho, os de processo com a forma de realizar um trabalho. Ambos são funcionais e se bem geridos podem promover funções positivas e, posteriormente, serem fatores de melhora da coesão e produtividade da equipe (Bermejo, Martínez, 2009).

Por outro lado, os conflitos nas relações interpessoais são disfuncionais. Estes deveriam ser prevenidos e, quando ocorrem, solucionados o quanto antes. Os conflitos de processo e de tarefas, se não forem bem geridos, podem desencadear conflitos de relações. Assim, é possível dizer que altos níveis de conflitos ou a ausência total destes provocam baixa produtividade (Bermejo, Martínez, 2009).

A adequada gestão dos conflitos requer que, primeiramente, se defina e diferencie o tipo de conflito antes de tentar resolvê-lo. Resolver um conflito implica na redução, eliminação ou finalização deste. Fazer a gestão do conflito é desenhar estratégias para minimizar as disfunções e maximizar os aspectos positivos, com a finalidade de incrementar a efetividade organizacional (Bermejo, Martínez, 2009).

Uma vez definido o conflito, existem, segundo o publicação do Caderno do Centro de Humanización de la Salud, duas formas de fazer gestão dos mesmos: a intervenção de caráter estrutural e as intervenções de caráter condutivo. Na primeira, os investimentos são nos aspectos relativos à estrutura. Por exemplo, quando há um conflito na equipe que envolve uma tarefa, em que um dos membros considera que o outro deveria realiza-la, é preciso que o coordenador intervenha para definir as tarefas e funções que competem a cada um.

As intervenções de caráter condutivo centram-se na maneira como a pessoa aborda a situação de conflito, sendo registrados alguns estilos de enfrentamento (Bermejo, Martínez, 2009):

Abordagem dicotômica: a cooperação e a competição atuam dicotomicamente, sendo esta um processo destrutivo e desagradável e a primeira um processo construtivo, agradável; a dicotomia de ambos desencadeia a gestão do conflito.

Abordagem dos três estilos: não confrontar, orientar a solução de problemas e controlar. Esse estilo envolve evitar o surgimento do conflito, buscar acordo aceitável para as partes envolvidas e buscar acordo que satisfaça os interesses pessoais, sem considerar os interesses e as necessidades dos demais.

Abordagem bidimensional: parte da premissa da existência de orientações coexistentes e independentes, que são o interesse pelos resultados próprios e, também, o interesse pelos resultados dos demais. Esse estilo reforça a necessidade da assertividade, com intenção de satisfazer os interesses próprios, e da cooperação, para satisfazer os interesses dos demais.

Comportamento de esquiva: quem se comporta dessa maneira evita ou adia o conflito; banaliza o problema, fica em silêncio, dá desculpas, adia enfrentamentos.

Comportamento de servir: é quando a pessoa cede ao ponto de vista do oponente ou cede às ameaças deste.

Comportamento de compromisso: a pessoa com este estilo de enfrentamento busca a realização de acordos satisfatórios para todas as partes, com todos envolvidos fazendo algum tipo de concessão individual.

Comportamento de solução de problemas: é a conduta que busca acordos que satisfaçam as expectativas de todas as partes envolvidas no conflito.

Comportamento de dominação: esta conduta orienta-se para alcançar o próprio fim ou interesse, em detrimento das necessidades dos demais.

Apesar de não existir uma receita única que pode ser prescrita, há algumas ferramentas que podem auxiliar na gestão dos conflitos (Cembranos, 2003 apud Bermejo, Martínez, 2009):

Utilizar enfoque ganha-ganha: Consiste em entender o problema como um conflito comum e buscar soluções em que ambas as partes ganhem. Este tipo de resolução é a mais estável, dificulta a reprodução do conflito e evita a posterior entrada em espiral.

Analisar os bens e os assuntos em jogo: Consiste em discernir se o motivo original do conflito tem a ver com um conflito de comunicação, de poder ou de benefício material. Ao enfocar o motivo do problema para todos os envolvidos, pode-se começar a falar sobre este e o conflito no momento.

Examinar o custo da falta de acordo: Quando nos encontramos em meio a um conflito, "o corpo tende a pedir mais guerra" (Cembranos, 2003 apud Bermejo e Martínez, 2009, p. 96). Mas antes de entrar em discussões destrutivas, convém examinar os custos da falta de acordo. Estes em muitas ocasiões são superiores a perda que deu origem ao conflito. Assim, em geral, ao se examinar estes custos, a opção mais favorável será a de tentar chegar a uma solução, um acordo.

Identificar e corrigir distorções na percepção do conflito: O conflito tende a aumentar os erros cognitivos dos envolvidos, dando lugar a fenômenos como supergeneralizações e a presunção de intenções negativas do outro, de terceiros. Logo, assim como na CNV, é necessário reconhecer os pensamentos irracionais, as distorções cognitivas e trocá-los por pensamentos mais ajustados para uma leitura mais realista da situação e, desta forma, conseguir abordar o conflito com sucesso.

Diferenciar entre o relativo ao conflito e os novos danos derivados da dinâmica do conflito: As posições agressivas em situações conflituosas acabam por gerar novos choques, sendo conveniente concentrar-se no conflito original e evitar os desvios da atenção para os problemas derivados que, frequentemente, surgem. Resolver um conflito já é tarefa difícil; resolver vários de uma só vez é praticamente impossível, por isso, é importante separá-los e resolvê-los um a um. Somente assim, torna-se possível deter a "espiral do conflito" (Cembranos, 2003 apud Bermejo e Martínez, 2009, p. 97).

Identificar a zona de controle: Em um conflito, usualmente, cada qual considera que o problema está no outro que, então, deve fazer alguma coisa para

resolvê-lo. Para sair dessa acusação mutua, é preciso discernir o que pode ser feito dentro da zona que cada um controla. Salvo em raríssimas exceções, cada parte pode fazer algo para iniciar e manter o processo de resolução.

Realizar uma comunicação assertiva: a comunicação desempenha um papel fundamental em qualquer processo de resolução dos conflitos. A comunicação assertiva permite defender as opiniões, critérios e direitos próprios sem ferir direitos alheios, abrindo uma via inteligente entre a comunicação agressiva e a ausência de comunicação. Utilizar os mecanismos da CNV pode ser benéfico. E é importante lembrar que comunicar-se é uma habilidade que se aprende e se exercita, constantemente.

5.1.4. Autoconhecimento e Mindfullness

Outro aspecto fundamental para relações de trabalho sadias é o autoconhecimento. O desenvolvimento pessoal começou a ser estudado nas décadas de 1950 e 60 nos Estados Unidos. Nos hospitais, o sofrimento decorrente do confronto constante com doenças e morte despertou o interesse pelo autoconhecimento como uma forma de se tornar de melhorar o cuidado e a saúde do cuidador (Stevenson, 2002).

A fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, por meio de autenticidade e confiança, o cuidador precisa melhorar a compreensão que tem de si mesmo, conhecendo as próprias crenças, valores, hábitos, aversões, receios e desenvolvendo consciência dos mecanismos de projeção e de defesa que utiliza nas relações (Stevenson, 2002).

O trabalho na equipe em saúde traz conflitos e tensões, sendo preciso manter a confiança, a aptidão para negociação e a energia que estes retiram da motivação para o trabalho, a fim de viver bem profissionalmente (Stevenson, 2002).

O desenvolvimento pessoal pode ser realizado no âmbito institucional; dirige-se aos trabalhadores saudáveis; desenvolve o potencial e a confiança individuais. Enfim, busca resposta para a questão de como se sentir melhor por meio do uso de técnicas que valorizam e promovem a autoconsciência (Stevenson, 2002).

Uma destas técnicas é o *Mindfulness*, que vem sendo difundido, no meio da saúde, de maneira ampla e rápida. É uma intervenção em grupo que permite a autorregulação, objetiva trazer a mente ou estado mental para o presente. Na opinião de Marcelo Demarzio, médico de família e comunidade, docente do departamento de medicina preventiva da UNIFESP, o Mindfullness é uma contraposição ao “piloto automático” no trabalho (Demarzo, entrevista 2014).

A rápida expansão desse estratégia nos últimos anos foi chamada, por Vicente Simón, Catedrático Emérito de Psicobiologia, da Universidade de Valencia, de “o fenômeno Mindfulness”. Tal expansão pode ser justificada pela necessidade do ser humano contemporâneo encontrar formas de sobreviver dignamente no ambiente inóspito que criou para si. Aos poucos, percebe-se que é preciso voltar-se paro o interior de si mesmo, a fim de responder à metamorfose do mundo externo, com transformações na forma de dar sentido à vida, de se expressar e fazer-se presente no ambiente e nas relações (Demarzo e Campayo, 2015):

> “Em geral, o corpo está presente na situação, mas a mente pode estar no passado ou no futuro e não totalmente presente no momento. Mindfulness – treinamento da mente para que a pessoa esteja completamente presente na atividade que esteja realizando neste momento, este treinamento da mente, autorregulação da mente tem uma série de benefícios para patologias que estão relacionadas ao estresse, como depressão, ansiedade, com excesso de estresse se beneficiam deste treinamento mental que treina a mente para o momento presente. Trata-se de algo novo, começou há cerca de 40 anos nos Estados Unidos se expandiu na Europa e ainda no Brasil é pouco difundido na saúde, educação e mundo corporativo” (Demarzo, 2014).

Mindfulness é um termo polissêmico, que pode significar estado mental de atenção plena, ou seja, estar plenamente presente na atividade que estiver fazendo em cada momento. Em outras palavras, é manter a atenção regulada e focada para o fenômeno que está acontecendo no momento. Para Jon Kabat Zinn, responsável por adaptar o Mindfulness à realidade ocidental e tornar possível a aplicação desta à área da saúde, “Mindfulness é a consciência que emerge quando prestamos atenção de maneira particular, deliberadamente, no momento presente e sem julgamentos” (ZBHD, 2015).

Existem várias técnicas para estimular e desenvolver o mindfullness. As mais conhecidas e difundidas são as derivadas da meditação. Técnicas meditativas têm sido incorporadas em programas estruturados para diferentes tipos de organizações e, atualmente, vem sendo incorporadas à saúde, por meio de iniciativas ligadas à universidade. As técnicas também podem incluir exercício físico com atenção plena aos movimentos corporais que estão sendo executados. É claro que uma vez incorporado o Mindfullness pode ser aplicada em outros âmbitos da vida da pessoa, sendo o caminho inverso também possível (Demarzo, 2014).

As técnicas de meditação oriundas do Oriente foram adaptadas à lógica ocidental, com o objetivo central de promover o bem estar, a qualidade de vida, contrapor o estado de permanência no passado ou no futuro, para focar o momento presente em que a ação que requer a atenção da pessoa está acontecendo. Os objetivos específicos variarão segundo a natureza das ações e dos ambientes onde os programas se desenvolvem (Demarzo, 2014).

Como a expressão Mindfulness pode ser traduzida por atenção plena, alguns dos programas baseados nesta estratégia são conhecidos como programas para Atenção Plena (Demarzo, 2014).

A UNIFESP oferece programas de extensão à comunidade com treinamentos gratuitos em mindfullnes para profissionais de saúde, no intuito que apliquem as técnicas com seus pacientes e no trabalho em equipe. Há interesse do grupo em pesquisas no desenvolvimento do Mindfulness no SUS, onde tem investido esforços, recursos e implantado iniciativas localizadas (Mente Aberta, 2015).

Desde o primeiro relato sobre o aumento do sinal gama nos treinamentos de Mindfulness feito em 2004 na revista científica *Proceeding of the National Academy of Sciences,* as neurociências têm sugerido “o poder do treinamento mental de produzir um estado cerebral elevado associado à percepção, solução de problemas e consciência”. , assim, há diversas pesquisas em andamento em universidades como Oxford, Cambridge, Toronto, Massachusetts (Shaker, 2014).

O Mindfulness pode colaborar para melhoria da memória e dos padrões de comportamento, principalmente em situações que geram no indivíduo estado de

desequilíbrio físico e psicológico. Estudos feitos com o uso de ressonância magnética evidenciaram nas imagens que os praticantes de Mindfulness tiveram aumento da massa cinzenta no hipocampo esquerdo, no córtex cingulado posterior, na junção temporo-parietal e em duas áreas do cerebelo (Shaker, 2014). A aplicação de Mindfulness é referendada e incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No SUS, aparece como parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS), definida pela portaria nº 971 do Ministério da Saúde (Shaker, 2014).

A prática de Mindfulness pode ser aprendida em cursos introdutórios com duração média de 08 semanas. As práticas contemplativas ensinadas são, em geral, curtas, estendendo-se por 10 a 20 minutos. Desta forma, são de fácil adaptação à rotina de uma vida agitada (ZBHD, 2015).

A partir da identificação feita na literatura dos principais fatores geradores de estresse e sofrimento nos trabalhadores; das técnicas mais utilizadas e as inovações para redução destes agravos a saúde do trabalhador, desenvolveu-se uma proposta de capacitação para os gestores locais do Município de Campinas. A proposta incluiu os pontos principais a serem apresentados para os gestores a fim de minimizar o impacto do desgaste psíquico moral nas eSF. O propósito é cultivar relações de trabalho mais positivas e assertivas no ambiente das UBS, permitindo a humanização das relações interpessoais e o favorecimento do trabalho em equipe colaborativo e, consequentemente, melhorando a qualidade da Assistência à Saúde prestada.

5.2. A Oficina

As práticas educativas em saúde foram pensadas incorporando o conceito de *"Empowerment"*, bastante utilizado na Promoção da Saúde. Este, aproximando-se dos princípios do SUS, prevê a ampliação do poder ou fortalecimento das pessoas e a participação comunitária (Chiesa e Veríssimo, 2001). Acredita-se que o *empowerment*, por meio do fortalecimento do trabalhador poderá resultar na diminuição do estresse laboral, na medida em a ampliação do poder incentiva a gestão participativa na unidade e a comunicação assertiva da equipe.

As oficinas são uma forma de sistematizar a intervenção educativa. Têm cunhos emancipatório e crítico, utilizando-se de elementos como o psicodrama e outras práticas de abordagem grupal, adaptadas à finalidade pedagógica. A partir da participação voluntária e interação grupal, a oficina permite o resgate da espontaneidade dos participantes (Chiesa e Veríssimo, 2001). Resgatar a espontaneidade dos gestores locais é importante, uma vez que a formalidade do cargo pode impor comportamentos e atitudes padronizadas, nem sempre condizentes com o modo de ser das pessoas.

A oficina pressupõe uma sequência de encontros com uma temática em comum. Os encontros geralmente são semanais, com duração média de duas horas, e participação de no mínimo seis e no máximo 15 pessoas (Chiesa e Veríssimo, 2001).

Os encontros semanais são estruturados e, preferencialmente, incluem atividades que ultrapassem as formas usuais de comunicação, ou seja, a oral e a escrita. Iniciam-se com breve aquecimento e a seguir os participantes são estimulados a refletir acerca da temática, por meio da manipulação de materiais como revistas, figuras, massa de modelagem, sucatas, fios coloridos, tinta, papel. A comunicação entre os participantes é mediada pela produção de material concreto, o que permite maior detalhe e possibilita aprofundamento da discussão (Chiesa e Veríssimo, 2001). A mediação do concreto também auxilia no resgate à espontaneidade e a criatividade, ao estimular formas de expressão fora do usual no trabalho, ou seja, a comunicação oral e escrita, em ambientes ou por meios formais como reuniões, memorandos, normativas, instruções, rotinas.

A partir do relato da produção concreta dos participantes desencadeia-se a discussão que visa à partilha e problematização da temática. O propósito é auxiliar as pessoas a ultrapassarem o senso comum por meio da articulação das dimensões singular, particular e estrutural envolvidas nas realidades pertinentes à temática. Com isso, ampliam-se as possibilidades de interpretação dos problemas e de enfrentamentos destes (Chiesa e Veríssimo, 2001).

O produto deste estudo, considerando os pressupostos teóricos descritos, é a estruturação de uma oficina, de cinco encontros com duração máxima de uma hora. A fim de não alterar a programação das reuniões, não interferir com a organização do dia de trabalho do gestor e não provocar mais um deslocamento deste da unidade de saúde, os encontros da oficina acontecerão na hora que antecede as reuniões semanais de coordenadores. Estas, salvo em ocasiões excepcionais, acontecem das 09h00min às 13h00min, toda quarta-feira, nos Distritos de Saúde. Assim, os encontros da Oficina foram planejados para acontecerem das 08h00min às 09h00min.

A carga horária total da oficina contabiliza, além dos encontros presenciais, as atividades de dispersão, a serem realizadas entre os encontros.

A oficina será proposta aos coordenadores locais após a aprovação do Coordenador Distrital, sendo voluntária a participação do distrito e dos gestores. Os gestores locais serão chamados à participação por meio de convite individual, impresso (APÊNDICE A).

A oficina será certificada pelo CETS aos participantes que atingirem no mínimo 70% de presença, ou seja, comparecerem a quatro dos cinco encontros (APÊNDICE B).

A OFICINA – Sua Vida em Alta definição: conhecimento e manejo do Estresse.

Propósito – O propósito da Oficina é auxiliar o coordenador local das UBS a desenvolver habilidades e competências para reconhecer situações de estresse e lidar com o desgaste psíquico moral que estas causam no ambiente de trabalho e na equipe.

Propõem-se ferramentas que podem ser utilizadas coletivamente a fim de minimizar os impactos do estresse nas relações entre profissionais e destes com os usuários. Com isso, acredita-se que será possível auxiliar na melhoria do clima organizacional e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada.

5.2.1. Objetivos da Oficina

1) Apresentar para o Colegiado de Gestores Locais, da SMS de Campinas meios e instrumentos para reconhecer e lidar com o desgaste psíquico moral dos trabalhadores da UBS;

2) Exercitar, com os gestores locais da SMS de Campinas, práticas que podem ser aplicadas junto às equipes de APS para lidar com o desgaste psíquico moral e os impactos das situações geradoras de estresse.

5.2.1. Encontros

Os encontros das oficinas foram elaborados a partir de consultas ao livro "Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde: um método de intervenção psicossocial" (Afonso, 2006). Desta publicação considerou, especialmente, que "...a questão que se busca elaborar é sempre tomada de forma contextualizada..." e a "...elaboração que se busca engloba as formas de pensar, sentir e agir uma vez que os problemas de saúde tem relação com os valores, emoções e práticas cotidianas..." (Afonso, 2006, p.9).

A elaboração dos encontros ainda se valeu da consulta ao referencial de "Jogos Cooperativos: o jogo e o esporte como um exercício de convivência" (Brotto, 2013). Considerou-se que o uso de técnicas e dinâmicas promotoras da interação e cooperação, acompanhadas da expressão das sensações experimentadas durante as atividades, serviriam de elementos concretos e como mediação da percepção do indivíduo com relação ao que se enfocou no encontro (Chiesa e Veríssimo, 2001). Buscou-se na elaboração da oficina combinar a dimensão terapêutica (sem ser terapia) e a dimensão educativa (sem ser aula), por meio da incorporação do aspecto lúdico, que desempenha papel importante na mediação (Afonso, 2006).

O vídeo utilizado no 2º Encontro – realizado pela TV HBR Brasil, Harvard Business Review, intitulado Mindfulness no mundo corporativo – Marcelo Demarzo, Professor da UNIFESP, tem autorização de direitos de uso nas atividades propostas para a oficina (ANEXO 1).

1º encontro – Sensibilização

Objetivo: Realizar sensibilização para a temática do desgaste psíquico moral em profissionais de saúde.
Conceitos-chave: Desgaste psíquico moral do trabalhador de saúde (Burnout e Sofrimento Moral). Fatores desencadeantes do sofrimento psíquico moral e impactos para a saúde do indivíduo, assistência e instituição.
Materiais necessários: Revistas para recortar, tesouras, cola, papel A4 ou papel cartão ou cartolina cortados do tamanho A4, lantejoulas, tiras de tecido, canetinhas, data show, notebook, cadeiras soltas. O espaço físico deve ser suficiente para acomodar em círculo todos os participantes e contar com mesa de apoio para realizar as atividades e dispor os materiais. Meios para registrar imagens dos momentos dos encontros como aquecimento e painéis.
Aquecimento (30 minutos): Partindo do pressuposto que os profissionais já se conhecem, não será necessária a etapa de apresentação. A atividade de aquecimento será a construção do **"Meu painel de estresse"**. Cada participante receberá uma folha de sulfite, cartolina ou papel cartão, no tamanho A4) e revistas para realizar recortes e colagem de palavras, gravuras, que representam o seu estresse no trabalho. As orientações serão para que cada participante represente a compreensão, fatores e níveis de estresse como desejarem, ou seja, não haverá uma diretividade do instrutor neste aspecto. Aos que se sentirem à vontade, se pedirá que comentem o painel que montaram, dando assim, início à problematização do estresse no trabalho.
Desenvolvimento da Oficina (20 minutos): Após o aquecimento e problematização, será feita apresentação síntese sobre o Burnout e Sofrimento Moral. Com auxílio da mídia serão apresentados slides elaborados em MS Power Point (Anexo 3), nos quais se fará a síntese dos conceitos-chave.
Atividade de dispersão (05 minutos): **"Poupança do Estresse" -** Esta atividade objetiva estimular os participantes para que observem sua semana de trabalho. A tarefa consiste em identificar os momentos em que o participante se sentir

estressado, cansado, exausto, durante a semana. Nestes momentos, deverá observar quais as atividades ou assuntos que despertaram cada um dos sentimentos ou estados de espírito, tentando identificar as situações que representam maior tendência ao estresse. Também será pedido que estejam atentos a como lidaram com as situações estressantes. Para realização desta atividade usaremos um pequeno cofre e moedas de cores vermelhas, amarelas e verdes. Cada cor representa uma situação de estresse: Vermelha – situações altamente estressantes, ou geradoras de estresse, nas quais esse fica evidente e gera desgaste, angústia, sofrimento. Amarela – situações de moderado estresse, cujo manejo não requer grande esforço, mas que, ainda assim, geram desgaste moderado. Verde – situações tranquilas, não geradoras de estresse, pelo contrário são prazerosas, não desgastantes como as anteriores e que podem soar quase que como recompensa dos esforços e empenho no trabalho. Para cada situação observada no seu dia-a-dia no trabalho depositar no cofre uma moeda referente àquela situação. Se o gestor quiser ou sentir necessidade poderá fazer um pequeno diário onde anote a situação referente a cada moeda, indicando a cor desta, a data, hora e local de ocorrência da situação; como lidou com o estresse e o problema, sentimentos experimentados na ocasião.
Check out (05 minutos): Os participantes são convidados a comentarem o encontro, como se sentiram, por meio de um objeto intermediário, por exemplo, um símbolo de pelúcia, que é passado a cada um no momento em que é convidado a falar. A manifestação será livre.

2º Encontro – Reconhecendo seu estresse

Objetivos: Problematizar a atividade de dispersão e apresentar uma nova possibilidade de lidar com o estresse: o Mindfulness.
Conceitos-chave: Mindfulness
Materiais Necessários: O espaço físico deve ser suficiente para acomodar em círculo todos os participantes e contar com mesa de apoio para realizar as atividades e dispor os materiais. Meios para registrar imagens dos momentos dos encontros como aquecimento e painéis. Cadeiras soltas. Notebook, data show e caixas de som.
Aquecimento (20 minutos): Os participantes serão convidados a abrir seus cofres e observarem comparativamente as quantidades de moedas de cada cor colocada no cofre, se quiserem podem contar a quantidade de cada uma. Cada participante deve apresentar a sensação de realizar a atividade, como eu me senti colocando a moeda no cofre? Como consigo perceber as situações geradoras de estresse? A que elas estão relacionadas? Se algum participante quiser compartilhar com o grupo alguma situação que vivenciou durante a semana, este é o momento. Iniciar problematização de como reconhecemos e lidamos com nosso estresse.
Desenvolvimento da Oficina (vídeo 8 minutos + 22 minutos para discussão totalizando 30 minutos de atividade): Apresentação do vídeo Mindfulness no Mundo Corporativo. Marcelo Demarzo. Professor da UNIFESP. Disponível online: https://www.youtube.com/watch?v=R14vlFt1Y_I. Os participantes, por meio do vídeo, tomarão contato com o mindfulness como uma forma que vem sendo difundida em vários meios de trabalho, incluindo a saúde pública, com vistas à melhoria da qualidade de vida pessoal e profissional, redução do estresse e patologias. Após a apresentação do vídeo poderá se iniciar a discussão indagando Alguém já ouviu falar dessa estratégia de enfrentamento do estresse? Como poderia aplicar?
Atividade de Dispersão (05 minutos): **“Investindo em Atenção Plena”** – Utilizando novamente o cofre, os participantes serão convidados a observar novamente a vida

diária e eleger uma atividade do dia-a-dia para exercitar o foco. Isto é, o participante deverá eleger uma atividade corriqueira, por exemplo tomar banho, para realiza-la com Atenção Plena. A pessoa deverá ficar com a atenção plenamente focada na atividade escolhida no momento em a realiza, a fim de que atos autômatos, como banhar-se, sejam tornados conscientes. Ao final da atividade, o participantes deverá colocar no cofrinho uma moeda, segundo o foco que conseguiu manter: Vermelha, caso **não** tenha conseguido realizar com atenção esta atividade; Amarela, se a atividade foi desenvolvida com Atenção Média, ou seja, tentou manter a atenção plena, mas algo o atrapalhou ou perdeu-se em pensamentos diversos como o que tinha para fazer no dia e, assim, teve que retomar o foco, constantemente, e Verde, se a atividade escolhida conseguiu ser realizada com a atenção voltada somente para ela, ou seja, com foco pleno no que fazia.
Check out (05 minutos): Os participantes são convidados a comentarem o encontro, sentimentos, proveito, por meio de um objeto intermediário, como um símbolo de pelúcia (diferente do usado no encontro anterior), que é passado aos que quiserem se manifestar.

3º Encontro – Aprendendo a lidar com seu estresse: técnicas de Mindfulness.

Objetivo: Realizar atividade prática de Mindfulness e conhecer formas de lidar com o estresse.
Conceito-Chave: Prática de Atenção Plena.
Materiais Necessários: recipiente com uvas-passas, em quantidade suficiente para que cada participante possa ingerir 03 uvas, mesa de apoio, espaço físico e cadeiras soltas suficiente para acomodar em círculo todos os participantes, notebook, data show e caixas de som.
Aquecimento (20 minutos): Os participantes serão convidados a abrir seus cofres e observarem comparativamente as quantidades de moedas de cada cor colocada no cofre, se quiserem podem contar a quantidade de cada uma. Cada participante será convidado a falar da experiência, da sensação vivida ao realizar a atividade corriqueira, usualmente feita de maneira automática, com atenção plena no que fazia, em cada passo.
Desenvolvimento da Oficina (30 minutos): Dinâmica da Uva Passa (Demarzo e Campayo, 2015) – Experimentando Mindfulness – O objetivo é que o participante possa experienciar, com a mediação do concreto, a diferença entre executar uma ação em estado de consciência corriqueira e realizar essa mesma ação com atenção plena. Para isso, cada participante será convidado a ingerir 03 uvas-passas, uma de cada vez, segundo as instruções do coordenador:

1. Primeira Uva-passa: O participante pode comer a uva da forma que lhe é habitual. Uma vez ingerida, haverá um momento para uma breve reflexão silenciosa sobre a experiência.
2. Segunda Uva-passa: O participante será convidado a manter a atenção plena durante todo o processo de comer a uva passa, seguindo os passos da instrução. Pede-se que imaginem que estão diante de um produto exótico, de um país distante, muito difícil de encontrar e, portanto, muito caro e que, talvez, nunca terão nova chance para provar esta fruta.

• Manter: em primeiro lugar, o instrutor pede que o participante mantenha a uva-passa na palma da mão ou segure-a entre os dedos indicador e polegar, dizendo: ‘Olhe bem para uva, foque toda sua atenção na fruta, imaginando que esta acaba de chegar de um país distante e que você nunca viu este objeto em sua vida’.
• Ver: neste momento, o instrutor orientará: ‘Dedique alguns minutos para ver realmente a uva. Observe-a. Permita que seus olhos explorem cada parte dela, examinando essa fruta como algo desconhecido, que acaba de chegar do país distante. Onde estão as áreas de luz? As regiões escuras? Os sulcos e saliências? Existe alguma assimetria? Quais as características que observa na uva-passa?
• Tocar com os dedos: o instrutor pedirá que, por alguns instantes, cada um gire a uva-passa entre os dedos. Qual sua textura? É dura? É tenra? A pessoa poderá fazer isso com os olhos fechados, para aguçar a sensação tátil.
• Cheiro: Pede-se ao participante que leve a uva-passa à região sob o nariz. Qual a sensação? Que aromas e fragrâncias aparecem? Nota algo interessante se produzindo em sua boca? E no estômago?
• Levar a uva-passa aos lábios e à boca: Agora, lentamente, é pedido ao participante que leve a uva-passa aos lábios, observando, também, os movimentos da mão e do braço em direção aos lábios. Com delicadeza, devem colocar a uva na boca, mas sem mastiga-la, ainda. Nesse momento, deverá observar como a uva se distribui na boca, dedicando algum tempo para explorar todas as sensações que vão surgindo, incluindo o movimento da língua para tocar e sentir a fruta na boca.
• Saborear: Quando estiver pronto, ou seja, quando o participante sentir que explorou suas sensações suficientemente, poderá comece a mastigar a uva-passa, mas devagar: ‘Dê a primeira mordida lentamente. Quais as sensações

produzidas? Observe o sabor e a textura na boca. Estas mudam ao longo do tempo? Como?'.
• Deglutir: Quando sentir que é o momento, o participante poderá começar a ingerir a uva-passa lentamente: 'O que você percebe ao surgir a primeira intenção de ingeri-la? Qual a sensação antes de engolir a uva-passa?' Por último, despois de engolir a uva, o instrutor pede ao participante se consegue perceber as sensações durante o trajeto da fruta até o estômago, observando, também, quais as sensações surgem no corpo, após finalizar a ação de comer com atenção plena.
• Tomar consciência da interconexão da uva-passa com o planeta e todos os seres humanos: as instruções pedirão que o participante pense no desenvolvimento da uva-passa que ingeriu: 'ela precisou de terra para crescer; da chuva e do sol para amadurecer; do efeito do vento para germinar. Toda a natureza e todo o planeta intervieram em seu crescimento. Pense em como a uva-passa chegou até você – graças ao comerciante que a vendeu, à pessoa que a transportou, ao agricultor que a cultivou – graças a centenas de gerações que transmitiram a arte da agricultura até os dias de hoje. Uma simples uva-passa precisou da intervenção da natureza, do planeta, do esforço de milhões de seres humanos, ao longo de múltiplas gerações, para chegar até você'. Pede-se aos participantes que permaneçam alguns segundos, em silêncio, pensando nisso.
3. Terceira Uva-passa: Pede-se ao participante que tome a terceira Uva-passa e a coma com atenção plena, mas, desta vez, sem a condução do instrutor; cada um deverá seguir o próprio ritmo. Ao terminar, livremente, os participantes são convidados a compartilhar com o grupo as experiências dos diferentes momentos.

Atividade de dispersão (05 minutos): O participante deverá encontrar no trabalho qual a "uva passa" na qual irá colocar atenção plena. Pode ser um problema ou uma tarefa, o que importa é que esta atividade deverá ser realizada com atenção plena, observando-se e anotando-se os aspectos mais relevantes da experiência.

Check out: Os participantes são convidados a comentarem o encontro, como está se sentindo, como está sua atenção, através de um objeto intermediário (que poderá ser o mesmo símbolo de pelúcia usado no primeiro encontro), a ser passado aos que quiserem se manifestar.

4º Encontro – Reconhecendo o estresse na equipe

Objetivo: Reconhecer e identificar os impactos do burnout e sofrimento moral no desempenho da equipe, clima organizacional e qualidade da assistência.
Conceito-chave: formas de desgaste psíquico moral no trabalho em equipe.
Materiais necessários: Cadeiras soltas que acomodem todos os participantes em círculo, cartões confeccionados com figuras (estas figuras devem conter apenas imagens, evitar escritos ou marcas). Os cartões, de igual tamanho, poderão ser de color 7 ou cartolina ou papel cartão, terão de ser cortados em formato retangular e as imagens coladas ao centro. As imagens não precisam ser do mesmo tamanho.
Aquecimento (20 minutos): Os membros do grupo que se sentirem à vontade poderão comentar sobre a atividade de dispersão indicada no encontro anterior, apresentando a situação que foi escolhida para focar a atenção, quais foram os pontos mais relevantes da experiência e os resultados obtidos.
Desenvolvimento da Oficina (30 minutos): **“Como eu percebo minha equipe”.** Os participantes são convidados a pensar como percebem as relações interpessoais, o cotidiano de trabalho, se reconhecem algum sofrimento na equipe, como a equipe lida com isso, enfim, aspectos, que podem recordar, relacionados ao comportamento da equipe que gerenciam e coordenam. O instrutor cuidará para que este momento não torne-se oportunidade para culpabilizar a equipe ou emitir julgamentos morais ou do desempenho desta acerca desta. Para esta atividade será utilizada a dinâmica do cartão. Os cartões com as imagens, preparado previamente, estarão dispostos em uma mesa, ao centro, e os participantes serão convidados a circularem e observarem as imagens. Após um tempo para esta observação, deverão escolher uma imagem, ou duas, que possa representar o desempenho da equipe a qual gerencia. Após a escolha, serão convidados a compartilharem com o grupo o motivo da escolha daquela imagem. O grupo será estimulado pelo instrutor a refletir sobre a temática do desempenho de sua equipe. Após a apresentação de todos os participantes, o instrutor fara uma síntese dos impactos do burnout e sofrimento moral na equipe de saúde, reconhecendo e identificando as principais formas de

adoecimento na equipe, podendo lançar mão, ou problematizar, os exemplos trazidos pelos participantes.
Atividade de dispersão (05 minutos): **“Diário da minha equipe”** – nesta semana, o participante será convidado a observar mais detalhadamente sua equipe, identificando quais os comportamentos positivos da equipe, quais os comportamentos ou situações disparadores de conflitos, quais as formas de enfrentamento dos conflitos, a dinâmica do trabalho em equipe, a dinâmica do relacionamento da equipe com o gestor local, as características individuais dos trabalhadores, especialmente as melhores habilidades e competências de cada um. Os participantes serão convidados a registrar as suas observações em um diário e a trazer as anotações no próximo encontro. Se o gestor local estiver em uma unidade de saúde da família, poderá eleger uma das eSF para esta atividade.
Check out (05 minutos): Os participantes são convidados a comentarem, livremente, o encontro, como está se sentindo, etc – através de um objeto intermediário, que neste encontro será um coração de pelúcia, a ser passado para quem quiser se manifestar.

5º Encontro – Aprendendo a lidar com o Estresse da equipe: apresentar as técnicas que auxiliam nas relações de trabalho a fim de minimizar os impactos – A Comunicação Não Violenta (CNV) e outros conceitos.

Objetivo: Apresentar a CNV como meio para a equipe lidar com as situações de conflito no trabalho
Conceito-chave: CNV, pilares das relações de trabalho, condições básicas para o trabalho em equipe, dinâmica de trabalho e habilidades necessárias para gestão de equipes.
Aquecimento (10 minutos): Os participantes que se sentirem a vontade poderão partilhar suas anotações e observações da equipe.
Desenvolvimento da oficina (15 minutos para consolidação e 05 minutos para cada grupo apresentar a síntese, total 40 minutos): Os participantes serão divididos em 05 grupos para tomar contato com os conceitos-chave que estarão apresentados no material de apoio a ser oferecido. Cada grupo ficará responsável por identificar, consolidar e apresentar aos demais alguns dos conceitos. O material de apoio trará noções sobre: CNV, Pilares das relações interpessoais no trabalho, fortalecimento do trabalho em equipe, aspectos relacionados à dinâmica de trabalho e habilidades importantes do gestor. Após a discussão no pequeno grupo, se fará uma plenária para apresentação e síntese.
Encerramento e Avaliação (10 minutos): Utilizando os cartões com figuras, do encontro anterior, será pedido aos participantes uma avaliação da oficina: O que ela contribuiu para o seu trabalho como gestor local, ao lidar com as situações de estresse e esgotamento das equipes? Os participantes serão convidados, também, a fazerem sugestões, que poderão ser depositadas na caixa à disposição para isso.

CONVITE (APÊNDICE A)

Convite aos gestores locais da SMS de Campinas.

CERTIFICADO (APÊNDICE B)

Certificado aos participantes que será oferecido aos que atingirem mais de 70% de presença. Só será permitida uma falta, aos participantes que não atingirem porcentagem para certificação será oferecida declaração de participação.

APRESENTAÇÃO EM POWER POINT® DO PRIMEIRO ENCONTRO (APÊNDICE C)

Desenvolvida apresentação em Power Point® para ser utilizada no primeiro encontro da Oficina e apresentar as Evidências Científicas do Estresse.

CARTILHA DO GESTOR (APÊNDICE D)

Material de apoio para as oficinas com definições, conceitos, indicação de livros, sites e vídeos para aprofundamento de conhecimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desgaste psíquico moral precisa ser compreendido como uma situação de desgaste do trabalhador, inclusive na saúde, com grandes impactos para a saúde, o cuidado prestado, a instituição. Esse agravo à saúde do trabalhador, gerado por burnout e sofrimento moral, precisa ser combatido com medidas preventivas e de enfrentamento no âmbito organizacional. É necessário que as organizações invistam neste sentido, tendo em vista a frequência crescente deste tipo de desgaste do trabalhador, o que confere importância à temática, na atualidade. As gestões municipais da saúde deveriam priorizar medidas que visem minimizar os impactos negativos do desgaste que sofrem os trabalhadores; com isso estariam contribuindo para redução do absenteísmo, afastamentos, custos organizacionais e melhorando os resultados alcançados.

Os mecanismos coletivos de enfrentamento são os mais eficazes na prevenção do desgaste psíquico moral. Mostram-se uteis as iniciativas com propósito de melhorar o clima organizacional; estimular o trabalho em equipe; facilitar a convivência e a comunicação; ensinar ferramentas para o reconhecimento precoce e o manejo do estresse. Tais medidas também têm sido vistas como apropriadas, com efeitos positivos na prevenção e combate deste agravo junto aos trabalhadores da APS, no SUS.

O presente estudo colabora no âmbito prático dessa temática, indicando medidas preventivas que podem ser adotadas por gestores locais do SUS para facilitar a compreensão e o enfrentamento do Burnout e Sofrimento Moral no cotidiano das equipes de APS.

No presente estudo, entendeu-se que liderar é promover o encantamento e facilitar o desenvolvimento de competências e habilidades para aumentar a autonomia dos liderados. Por isso, defende-se que as ferramentas ora apresentadas precisam fazer parte da vivência do líder na APS.

As habilidades e competências para a comunicação assertiva precisam ser muito bem trabalhadas pelos gestores, para o uso na gestão e na relação que este mantém com a equipe e, também, como um instrumental de trabalho cujo

desenvolvimento deve ser fomentado entre os profissionais das equipes locais. A comunicação pode ser aprendida e, quando assertiva, mostra-se útil para o gerenciamento dos conflitos, a fim de estes se tornem oportunidades e etapas para o crescimento e amadurecimento da equipe, ao facilitar a convivência e possibilitar a harmonia no trabalho. A comunicação é essencial para o bom funcionamento de outra medida no manejo do conflito, a mediação deste. Na mediação do conflito, a prática da comunicação assertiva tem potencial para promover a paz e reforçar a cooperação entre os trabalhadores, moderando a agressividade e violência em espiral.

Na APS, os momentos de interação e convivência das equipes, como o que acontece nas reuniões, precisam ser preservados, fomentados e bem gerenciados, de forma a conseguir o envolvimento e a participação de todos nos diálogos e nas decisões. Isso confere valor ao trabalho em equipe e abre espaço para a gestão compartilhada e o protagonismo dos membros da equipe.

A Comunicação Não Violenta também é uma ferramenta de extrema importância a ser incorporada ao arsenal pessoal e gerencial do gestor. A CNV é eficaz para se conseguir desenvolver a empatia e a capacidade de análise dos fatos, sem julgamentos. Por isso, pode ser uma saída para melhorar a convivência, o trabalho em equipe e as relações interpessoais.

O Mindfulness, ou práticas de Atenção Plena, que aos poucos vem sendo incorporada na gestão de pessoas, tem se mostrado eficiente na prevenção e redução do estresse, ao auxiliar na capacidade de autodesenvolvimento dos profissionais e das equipes. Essa nova tecnologia já é utilizada em larga escala na Europa e Estados Unidos e, no Brasil, vem se difundindo ainda timidamente. No SUS, vem ocupando cada vez mais espaço por meio das práticas integrativas e complementares, com consideráveis resultados positivos e evidências científicas de sua eficácia no funcionamento cerebral no que tange às competências relacionais.

Em termos de medidas coletivas para a prevenção e enfrentamento do Burnout e Sofrimento Moral, destacam-se: a relação próxima do gestor com as equipes; a melhoria das condições de trabalho e do dimensionamento de pessoal,

adequando-os às demandas e carga laboral; criação de espaços para a partilha de experiências e a discussão das situações que provocam sofrimento nos trabalhadores. Estas medidas entrelaçam-se, de maneira interdependente, com a comunicação assertiva e não violenta.

O presente estudo tem potencial no sentido de desenvolver competências e habilidades e alertar os gestores locais do SUS, em Campinas, para a importância da temática, oferecendo contato com alguns aspectos fundamentais na prevenção, reconhecimento e combate ao desgaste psíquico moral das equipes de APS.

Para o desenvolvimento do presente estudo, buscou-se a parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Campinas, no intuito que seu produto possa ser implementado, com o apoio do CETS, Cuidando do Cuidador e DGTES. Com isso, almeja-se contribuir para a inserção e a difusão da temática como uma importante linha de cuidado aos trabalhadores da saúde. Acredita-se que isso poderá ter significativos impactos para instituição, no sentido de diminuir o desgaste do trabalhador da saúde e as consequências disto para o sistema de saúde e assistência ao usuário, contribuindo para uma gestão local mais habilitada para lidar com o sofrimento psíquico moral.

Espera-se, ainda, que a oficina e o material de apoio produzidos ajudem os gestores a desenvolverem habilidades e competências para reconhecer e lidar com seu próprio estresse. Esse passo é importante para que o gestor local reconheça o estresse dos trabalhadores na UBS que gerencia e possa melhorar o desempenho e a qualidade da assistência, elevando os níveis de satisfação do usuário e do trabalhador.

O presente estudo vem ao encontro da experiência da pós-graduanda que, como gestora local, avalia que ainda faltam, aos gestores, conhecimentos e ferramentas para acompanhar a saúde dos profissionais que atuam nas UBS e desgaste psíquico moral decorrente do trabalho na APS. É preciso que o gestor local tome consciência, dimensione mais apropriadamente seu papel preponderante na prevenção do desenvolvimento desse tipo de sofrimento do trabalhador.

Cuidar das relações não é tarefa fácil, mas existem ferramentas que podem colaborar para que os impactos negativos sejam minimizados e os positivos maximizados, favorecendo e facilitando a coesão e cooperação mútua, ou seja, o trabalho em equipe.

O produto resultante do presente estudo de MP é um material que prezou pela aplicabilidade e reprodução em qualquer contexto da APS, visando um retorno não só a Prefeitura Municipal de Campinas, mas à sociedade. As ferramentas do material e da oficina não requerem investimento tecnológico duro, mas tempo e espaço na agenda do gestor para o aprendizado e desenvolvimento de tecnologia leve. O investimento na valorização do trabalhador traz possibilidades de incremento pessoal, melhora do desempenho, aprimoramento do cuidado, aumento da satisfação laboral. Isso pode contribuir para a diminuição dos gastos institucionais gerados pelos afastamentos e absenteísmo. A valorização do trabalhador deve ser uma política institucional, presente em todos os momentos, do planejamento à avaliação do sistema de saúde municipal. Afinal de contas, a humanização da saúde é um dos eixos transversais de organização do SUS e inclui, obrigatoriamente, a valorização do trabalhador.

Assim, é possível afirmar que o presente estudo está em acordo com o preconizado na PNPST de 2011, ao estimular ações inovadoras e socialmente inclusivas de promoção da saúde do trabalhador do SUS. A proposta elaborada visa contribuir para promover um ambiente de trabalho saudável, por meio de intervenções apoiadas institucionalmente que enfoquem, especialmente, as relações interpessoais e o autodesenvolvimento do trabalhador, com vistas à gestão participativa e o protagonismo responsável deste.

É preciso dar sequência ao presente estudo com o desenvolvimento de pesquisas que acompanhem as possibilidades e avaliem os efeitos da utilização das ferramentas incluídas no material de apoio e na oficina, considerando o cotidiano da gestão local em saúde. Também é necessário seguir com as parcerias iniciadas ou reforçadas para o desenvolvimento deste estudo, com vistas a adensar a interssetorialidade.

O Mestrado Profissional colaborou para que a pós graduanda aprimorasse o conhecimento sobre o SUS e a APS, na perspectiva da Saúde Coletiva, incorporando aspectos teóricos e operacionais aprendidos nas práticas desta, como gestora local de saúde no SUS. Com isso, a pós graduanda avalia que houve amadurecimento da gestão que pratica na UBS onde atua. O conhecimento adquirido no MP trouxe-lhe aspectos fundamentais que ampliaram as discussões com a equipe, permitiram aprofundamento e melhoria do trabalho da equipe do Centro de Saúde Ipaussurama.

Isso atesta que o MP permite o desenvolvimento de tecnologias voltadas diretamente para a prática dos pós-graduandos, com impacto nos locais de atuação destes, pois os resultados dos estudos, ou seja, os produtos podem ser aplicados nestes e, também, adaptados para diferentes contextos e realidades.

Conjugar o MP com a atuação profissional é uma vantagem, como assinalado, mas também gera sobrecarga, estresse e impõe limitações de tempo para o pós graduando no desenvolvimento do estudo. Uma facilidade foi a concentração das disciplinas em um único dia da semana, pois isso favoreceu a participação do pós graduando trabalhador.

As reflexões propiciadas ao longo da formação no MP contribuíram para maior compreensão dos princípios e diretrizes do SUS, o que contribui para a consolidação e a operacionalização destes no local de trabalho do aluno. A convivência do MP favorece a troca de experiências, de maneira ampliada, entre pares, uma vez que os pós-graduandos são trabalhadores do SUS, distintas realidades.

Avalia-se que é preciso investimento, apoio e colaboração dos empregadores no sentido de valorizar e incentivar a participação dos trabalhadores em programas de pós-graduação, especialmente, os profissionais que tem o intuito de contribuir, direta ou indiretamente, na melhoria do cuidado prestado aos usuários do SUS, considerando a realidade onde atua o estudante como profissional.

Como egressa de um MP, a autora deste estudo avalia que a sua formação na pós-graduação profissional permitiu imprimir mais consistência às reflexões de

forma a contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas ao contexto organizacional e a realidade local, em consonância com os princípios do SUS, os valores e diretrizes da APS e as bases da Saúde Coletiva.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

Afonso MLM (org.). Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

Albuquerque FJB, Melo CF, Araujo Neto JL. Avaliação da Síndrome de Burnout em profissionais da estratégia da saúde da família da capital paraibana. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2011;25(3):542-9.

Barona EG. Estudio preliminar al Síndrome de Burnout. Rev Ciência Psicológica (Espanha). 1991;3:63-76. 1º sem Jaén.

Benevides-Pereira AMT (org). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Bermejo JC, Martínez A.. El trabajo en equipo: vivir creativamente el conflito. Centro de Humanización de la Salud. España: Editorial Sal Terrae; 2009.

Brasil. Decreto n. 3048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social. Brasília: Ministério da Previdência Social; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Protocolo n. 008/2011. Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Protocolo_008_Diretrizes_PNPST.pdf. Acesso em: 02 ago. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização / Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 124 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_10_anos_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 02 ago. 2014.

Brotto FO. Jogos cooperativos: o jogo e o esporte como um exercício de convivência. 4ª ed. São Paulo: Palas Athena; 2013.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. 2015. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/. Acesso em: 01 jan. 2015.

Carnevale FA. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):33-8.

Castanyer O. La asertividad: expresión de uma sana autoestima. 29ª Ed. España: Editorial Desclée de Brouwer; 2009.

Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A Educação em Saúde na Prática do PSF. In Manual de Enfermagem. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.34-42.

Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(2):250-6.

Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. Rev Enferm UERJ. 2009; 17(1):35-0.

Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do Sofrimento Moral para os (as) Enfermeiros (as) e aproximações com o Burnout. Texto Contexto Enferm. 2012;21(1):200-8.

Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Sofrimento moral e síndrome de burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? Rev Latino-Am Enfermagem. 2014;22(1):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00035.pdf.

Demarzo M. Mindfulness no mundo corporativo. Entrevista. [Entrevista de Márcio Mussarela]. TVBHR BRASIL. Evento HBR Liderança. 2014 jul. 08. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=R14vlFt1Y_I. Acesso em: 01 fev. 2015.

Demarzo M, Campayo JG. Manual prático Mindfulness: curiosidade e aceitação. São Paulo: Palas Athena; 2015.

Epistein EG, Delgado S. Understanding and Addressing Moral Distress. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2010;15(3):1-10. Manuscript 1. Disponível em: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Understanding-Moral-Distress.html?css=print

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(3):669-81.

Fernandes HN, Thofehm MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofisisonal de uma unidade de saúde da família. Rev. pesqui. cuid. fundam (Online). 2015;7(1):1915-26. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/wiew/3361/pdf_1429. Acesso em: 29 mar. 2015.

Francischini AN, Moura SDRP, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no programa de saúde da família. Rev Investigação. 2008; 8(1-3):25-32.

Ferrari R, França FM, Magalhães J. Avaliação da Síndrome de Burnout em profissionais da Saúde: uma revisão integrativa da literatura. Rev Eletrônica de Gestão & Saúde. 2012;3(3):1150-65.

Ferrari R, Araujo A, Rodrigues HA, França FM, Magalhães J. Estresse crônico ocupacional em profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Em Extensão. (Uberlância). 2013;12(2):83-92.

IBGE. Censo demográfico. Base de informações por setor censitário. Coordenadoria de Informação e Informática. Campinas; 2010. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/. Acesso em: 21 dez. 2014.

IBGE. Produto Interno Bruto dos Municípios 2012. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2012/. Acesso em: 21 dez. 2014.

Kalvemark S, Hoglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Social Science and Medicine. 2004;*58*(6):1075-84.

Laabs CA. Primary Care Nurse Practitioners' Integrity When Faced With Moral Conflict. Nurshing Ethics. 2007;14(6):795-809.

Maslach C, Leiter MP. The Truth About Burnout. San Francisco: Jossey Bass, 1997.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Phsycol Ann Rev. 2001;52:397-422. Feb.

Masclach C, Leiter MP. Stress and burnout: The critical research. In CL Cooper (Ed.), Handbook of stress medicine and health. 2ª ed. London: CRC Press; 2005.

Mendes AM, Morrone CF. Vivências de prazer, sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC (org). Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Ed. UnB; 2002. p. 25-42.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit. A descriptive study of nurses' responses. Dimension Critical Care Nursing. 2007;26(5): 199–206.

Melo CF. Avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças de seus profissionais [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.

Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. Rev Latinoam Enferm. 2011;19(4):9[telas]. Disponível em: http://scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf

Mente Aberta. Mindfulness Brasil. Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção de Saúde. 2015. Disponível em: http://mindfulnessbrasil.com. Acesso em: 04 abr. 2015.

Musto CL, Rodney PA, Vanderheide R. Toward interventions to address moral distress: Navigating structure and agency. Nursing Ethics. 2014 Jun.

Noleto MJ. Abrindo espaços: educação e cultura para a paz. Marlova Jovchelovitch Noleto, Mary Garcia Castro e Miriam Abramovay. 2ª ed. Brasília: UNESCO; 2003.

Oliveira HM, Gonçalves MJF, Pires ROM. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. Cad. Saúde Pública. 2011;27(1):35-45, Jan.

Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Internacional de Doenças. 10ª ed. São Paulo: EDUSP; 1997.

Pereira RGD. Relacionamento interpessoal no trabalho. Entrevista. [Portal do Palestrante]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=gfyuPwm8QLM. Acesso em: 02 nov. 2014.

Pimentel D. O sonho do Jaleco Branco: saúde Mental dos Profissionais de Saúde. Aracaju: Editora da UFS. Fundação Oviedo Teixeira. Sociedade Médica de Sergipe; 2005.

Rosemberg MB. Comunicação Não-Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 4ª ed. São Paulo: Ágora; 2006.

Shaker A. Mindfulness (Meditação da Consciência Atenta): Neurociências e Saúde – conhecimento e prática. São Paulo: Copyright; 2014.

Schmidt DRC, Palandini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e *burnout* em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2013;66(1):13-7. Jan-Fev.

Schwartzmann L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depressión: estamos hablando de ló mismo? Cienc Trab. 2004;6:174-84.

Silva ATC, Menezes PR. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. Rev. Saúde Pública [on line]. 2008;42(5):921-9.

Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(8):3393-3402.

Teixeira, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador; 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 22 jun. 2014.

Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. Saúde e Sociedade. 2009;18(3): 476-8.

Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):274-9.

Trindade LL, Lautert L, Beck CLC. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. Rev Latino-am Enferm [online]. 2009;17(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/02.pdf. Acesso 25 Mai. 2014.

Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistências da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm (Florianópolis). 2013;22(1):36-42. Jan-Mar.

Veer AJE, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectionalcorrelational questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2013; 50:100-8.

ZBHD. ZorBuddha. Programa *online* de *mindfulness.* 2015. Disponível em: http://www.zorbuddha.org/ZorBuddha_pt/Sobre.html. Acesso em: 04 mai. 2015.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. O Mundo da Saúde (São Paulo). 2009;33(2):195-204.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Convite aos gestores Locais da SMS Campinas

APÊNDICE B – Certificado de Participação na Oficina

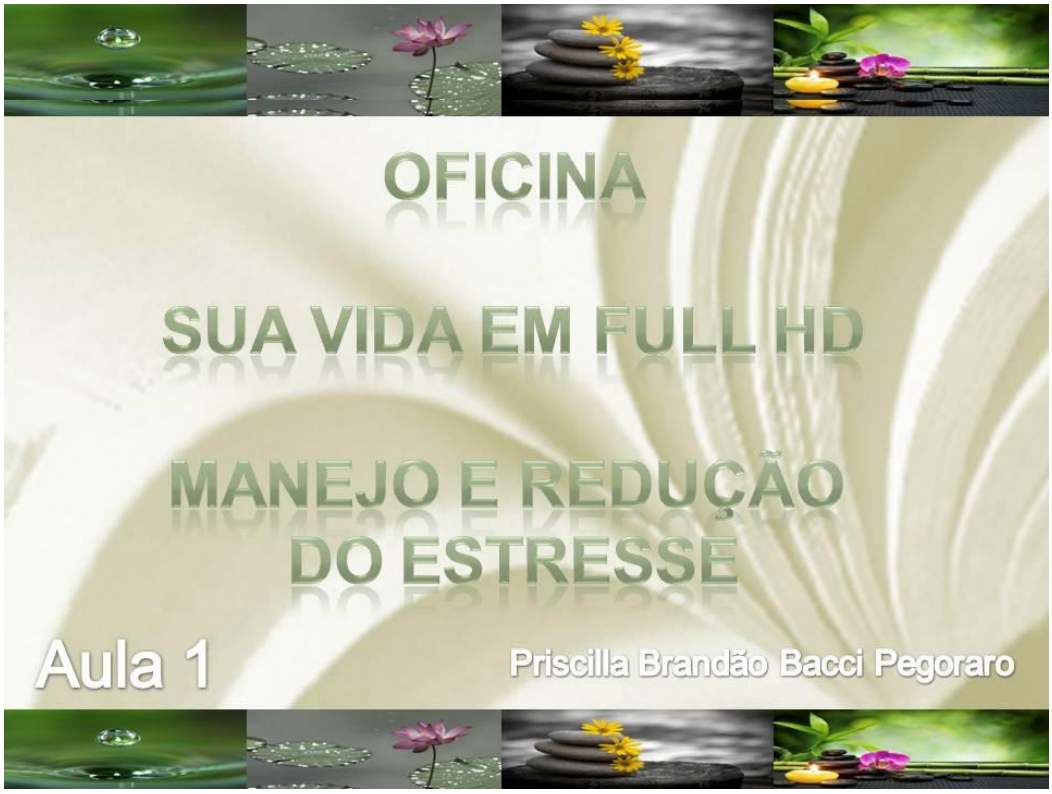
CERTIFICADO

Certifico para os devidos fins que _____
Participou da Oficina para Gestores – Sua vida em Alta Definição: conhecimento e manejo do estresse nas equipes de Saúde da Atenção Primária em Saúde. Realizada no Distrito de Saúde _____ nos dias ___, ___, ___, ___ e ___ de _____ de 2015. Com carga horária de 10 horas.

Campinas, ____ de _____de 2015.

_____	_____	_____
Priscilla Brandão Bacci Pegoraro Instrutora	CETS	Cuidando do Cuidador

APÊNDICE C – Apresentação do Primeiro Encontro



O TRABALHO EM SAÚDE E O BURNOUT

- Principal transtorno mental em Saúde
- Surge pela carência de estratégias de enfrentamento do estresse gerado pela carga e desgaste do trabalho
- Desgaste emocional ou Exaustão ou Fadiga extrema, Despersonalização ou Cinismo
- Falta ou baixa realização profissional, sensação de ineficácia
- Sintomas Físicos, Psíquicos, Comportamentais e Defensivos

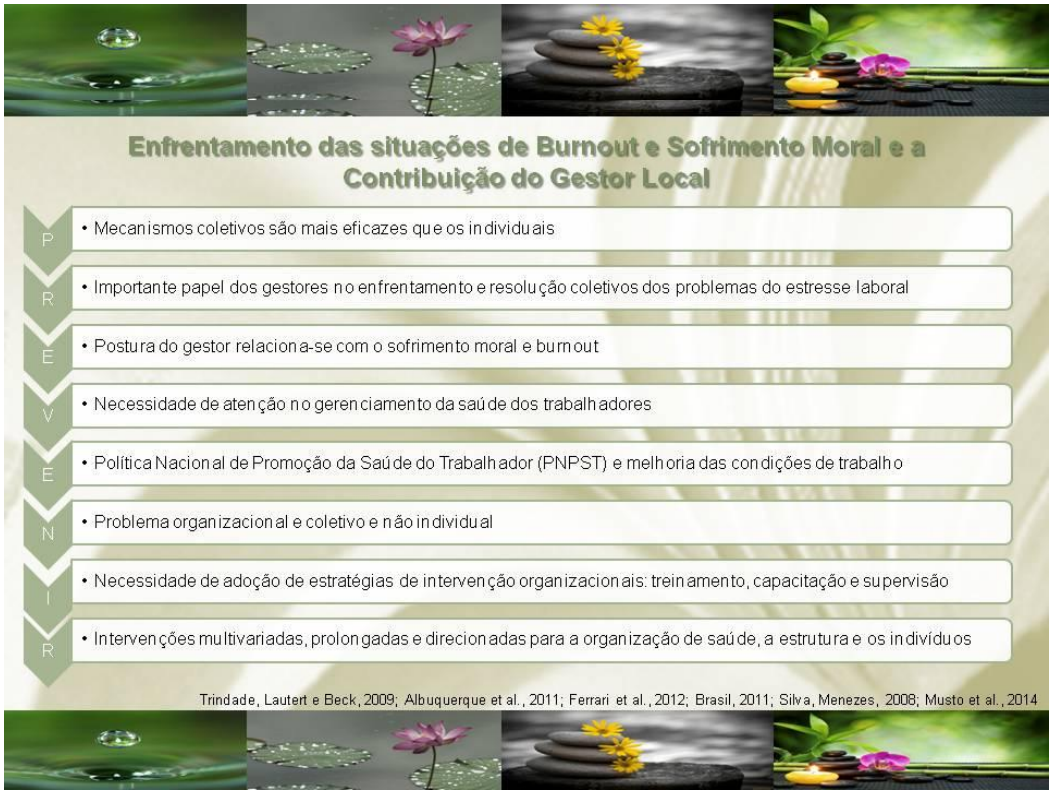
OMS, 1997; Barona, 1991; Schmidit et al., 2013; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Benevides-Pereira, 2002

O TRABALHO EM SAÚDE E O SOFRIMENTO MORAL

- Temática pouco explorada em estudos
- Aproximação com Burnout
- Profissional identifica a ação ética apropriada mas é impedido de realizá-la gerando desequilíbrio psicológico
- Relação com a carga de trabalho, condição de trabalho e política organizacional
- Surge quando a prestação de cuidado ao paciente associa-se à insatisfação com o trabalho desencadeando angústia moral intensa

Jameton, 1984 apud Dalmolin et al., 2014; Corley et al., 2001; Zoboli, 2003; Kalvemark et al., 2004; Veer et al., 2013; McClendon e Buckner, 2007; Carnevale, 2013

ATENÇÃO BÁSICA: ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E CARGA DE TRABALHO
Diminuição do número de profissionais e aumento da demanda
Aumento da carga de trabalho
Limitações do Sistema de Saúde
Condições de Trabalho desfavoráveis
Conflitos usuário, colegas e chefia
Estrutura frágil para lidar com absenteísmo
Regime de contratação
Plano de cargos e salários
Atendimento a todas as necessidades de saúde demandadas
População e adscrição de clientela inadequadas
Laabs, 2007; Silva, 2011; Brasil, 2012; Mendes, 2012; Trindade e Pires, 2013; Oliveira, Gonçalves e Pires, 2011; Fachini et al., 2006


Enfrentamento das situações de Burnout e Sofrimento Moral e a Contribuição do Gestor Local
P
• Mecanismos coletivos são mais eficazes que os individuais
R
• Importante papel dos gestores no enfrentamento e resolução coletivos dos problemas do estresse laboral
E
• Postura do gestor relaciona-se com o sofrimento moral e burnout
V
• Necessidade de atenção no gerenciamento da saúde dos trabalhadores
E
• Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador (PNPST) e melhoria das condições de trabalho
N
• Problema organizacional e coletivo e não individual
I
• Necessidade de adoção de estratégias de intervenção organizacionais: treinamento, capacitação e supervisão
R
• Intervenções multivariadas, prolongadas e direcionadas para a organização de saúde, a estrutura e os indivíduos
Trindade, Lautert e Beck, 2009; Albuquerque et al., 2011; Ferrari et al., 2012; Brasil, 2011; Silva, Menezes, 2008; Musto et al., 2014

OBRIGADA!
PRIBACCI@GMAIL.COM
19- 981710241

APÊNDICE D – CADERNO DO GESTOR

OFICINA – Sua Vida em Alta definição: conhecimento e manejo do Estresse.

Instrutora: Priscilla Brandão Bacci Pegoraro
pribacci@gmail.com

Caderno do Gestor

Conhecendo e Atuando no Estresse.

Caro Gestor

Este caderno tem o objetivo de apresentar, resumidamente, alguns referenciais teórico-práticos sobre desgaste psíquico moral dos trabalhadores em saúde, mais especificamente, o Burnout e o Sofrimento Moral. Alerta para a importância da atuação do gestor local na identificação e atuação precoce destes eventos, apresentando técnicas úteis no enfrentamento coletivo desses agravos e algumas ofertas disponíveis, para isso, no Município de Campinas. No caderno, você também encontrará links e sugestões de leituras para aprofundar-se no tema.

Parabéns por estar participando desta oficina! Ela visa auxiliá-lo a identificar os principais sofrimentos causados pelo desgaste psíquico-moral aos quais você e sua equipe estão expostos. A oficina também objetiva desenvolver habilidades e competências para intervir nestas situações, minimizando os impactos do adoecimento e sofrimento e contribuindo para o desenvolvimento de uma equipe com maior capacidade resolutiva dos conflitos. Ou seja, uma equipe capaz da autogestão do processo de trabalho e de lidar saudavelmente com as relações conflitivas no ambiente de trabalho. Isso facilitará o trabalho em equipe, ampliando a qualidade, efetividade e segurança da assistência prestada ao usuário na Atenção Primária à Saúde e favorecendo o desenvolvimento do vínculo, o que repercutirá em melhores resultados no cuidado. Vamos lá?

Boas descobertas!

O adoecimento mental em profissionais de Saúde

Os problemas mentais em profissionais de saúde têm sido cada vez mais recorrentes, atualmente, chegam a ser a segunda causa de afastamento perdendo somente para as doenças osteomusculares. Assim, a saúde mental dos trabalhadores tem sido alvo de inúmeras pesquisas, uma vez que os transtornos de natureza psíquica trazem sérias consequências para o comportamento biopsicossocial dos profissionais, com impactos no desempenho que acabam gerando aumento de custos para as organizações e diminuição na qualidade do desempenho.

O ambiente de trabalho é um dos fatores estressantes e que contribuem para o adoecimento das equipes de APS. A qualidade do suporte dos superiores aos trabalhadores e das relações interpessoais no trabalho são fatores diretamente relacionados ao desenvolvimento do estresse laboral.

A Síndrome de Burnout

O Burnout é uma síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho. Traz sérias consequências ao indivíduo, relações e organizações. Possui três dimensões: exaustão, despersonalização e baixa realização. O trabalhador, primeiramente, demonstra exaustão emocional ou desgaste intenso, depois pode apresentar comportamento de cinismo e, posteriormente, enfrenta a redução da realização pessoal, profissional e a sensação de ineficácia.

Conheça as características de cada fase:

Primeira fase: EXAUSTÃO – refere-se à dimensão do estresse, com falta de energia, esgotamento profissional, baixa tolerância e alta irritação no trabalho. O trabalhador tem a sensação de estar além do limite, vivendo uma fadiga crônica, a ponto do descanso entre jornadas não conseguir repor as energias.

Segunda fase: DESPERSONALIZAÇÃO – é a dimensão do contexto interpessoal, assim, os sinais são: atitude pouco humana, resposta negativa, insensibilidade, isolamento excessivo quanto a vários aspectos do trabalho. No trabalho em saúde, observa-se distanciamento emocional do profissional em relação ao usuário e sua situação, com frieza, indiferença e perda da capacidade de empatia.

Terceira fase: BAIXA REALIZAÇÃO – envolve a dimensão de auto avaliação, com sentimentos de decepção, frustração, redução da autoestima, depressão, sensação de incompetência, falta de realização. Tudo isto resulta em prejuízo da produtividade, contribuindo para que o ciclo de baixa realização e auto estima se mantenha.

A seguir são apresentados os sintomas mais comuns do Burnout:

Tipos	Descrição
FÍSICOS	Fadiga constante e progressiva; distúrbios do sono; dores musculares ou osteomusculares; cefaleias ou enxaquecas; perturbações gastrointestinais; imunodeficiência; transtornos cardiovasculares; distúrbios do sistema respiratório; disfunções sexuais; alterações menstruais.
PSÍQUICOS	Falta de atenção e concentração; alterações de memória; lentidão do pensamento; sentimentos de alienação, solidão e insuficiência;

	impaciência; baixa autoestima; labilidade emocional; dificuldade de autoaceitação; astenia; desânimo; disforia; depressão; desconfiança; paranoia.
COMPORTAMENTAIS	Negligência ou excesso de escrúpulos; irritabilidade; incremento da agressividade; incapacidade para relaxar; dificuldade na aceitação de mudanças; perda de iniciativa; aumento do consumo de substâncias químicas como álcool, cigarro, tranquilizantes; comportamento de alto risco à própria integridade física, chegando ao suicídio.
DEFENSIVOS	Tendência ao isolamento; sentimento de onipotência; perda do interesse pelo trabalho e lazer; absenteísmo; ironia; cinismo.

Adaptado de Benevides-Pereira, 2002.

Há estudos que demonstram como as condições de trabalho podem ser geradoras de estresse, destacando-se dentre os fatores: excesso de *feedback* negativos quanto a assistência prestada; escassez de recursos de toda ordem; aumento do atendimento às doenças crônicas; excesso de demanda, com sobrecarga de trabalho; conflito social; conflitos entre as obrigações éticas e legais; sensação de impotência para responder às necessidade de saúde da região; relações desiguais de poder; equipe reduzida em relação à carga de trabalho; agressividade na comunicação com usuário, equipe e superiores; dificuldades no trabalho em equipe; falta de companheirismo e colaboração; desrespeito entre os integrantes das equipes; dificuldade de delimitar as especificidades e responsabilidades dos diferentes profissionais; excesso de famílias adscritas por equipe; dificuldades no acesso a exames e/ou outros procedimentos complementares.

Estas situações são bastante corriqueiras no cotidiano do profissional em saúde na Atenção Básica.

O Sofrimento Moral

O sofrimento moral, assim como o Burnout, é uma realidade de desgaste laboral que traz impactos negativos à assistência prestada. É fator gerador de insatisfação, alta rotatividade, aposentadoria precoce e afastamentos prolongados.

O sofrimento moral refere-se aos sintomas de estresse negativo que ocorrem nas situações que envolvem as questões éticas e nas quais o profissional sente-se incapaz de preservar, promover, defender todos os valores e interesses éticos envolvidos. As situações de sofrimento moral ocorrem quando os profissionais identificam a ação eticamente apropriada e que deve ser realizada, mas sentem-se impedidos de agir segundo esse dever, por medo ou circunstâncias da situação. Isso o leva ao desequilíbrio psicológico, que constitui o sofrimento moral.

Alguns dos fatores que podem impedir a ação moralmente correta são: obstáculos e políticas institucionais; relutância da supervisão; falta de tempo para realizar a contento os atendimentos e as

tarefas; inadequação da estrutura frente à oferta de serviços, demandas e necessidades de saúde; considerações legais; organização do processo de trabalho; excesso de normas, rotinas e manuais; cobranças pela prestação de contas; número insuficiente de pessoal para a carga de trabalho; falta de oportunidades para consultar colegas nos casos mais difíceis; estilo de liderança pouco participativa; conflitos com usuários, colegas de trabalho, chefia; convivência com riscos e inseguranças na unidade de saúde e território; precárias condições de trabalho; inadequações entre o efetivo de profissionais e a demanda por atendimento.

Alguns sintomas do Sofrimento Moral são: impaciência, irritabilidade, dificuldade de concentração, sensação de ineficácia.

A Atenção Primária à Saúde e a Humanização dos Serviços

A ESF inova a APS e o SUS ao reforçar o cuidado como trabalho coletivo multidisciplinar e em equipe. Isso torna urgente a necessidade de desenvolver as habilidades dos profissionais para trabalhar em equipe, de maneira colaborativa e com foco nas necessidades de saúde dos usuários, famílias e território.

A presença de profissionais com diferentes formações e que atuem com alto grau de articulação é essencial para efetivar o trabalho da APS. Não é só as ações que precisam ser compartilhadas, mas é preciso criar lugar para um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissional específicos vão, ao mesmo tempo, enriquecendo a si mesmos e o campo comum de trabalho, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e nos profissionais para uma nova configuração centrada no usuário Nessa nova forma do processo de trabalho da equipe, o cuidado ao usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica dos profissionais e do serviço.

A Humanização, segundo a Política Nacional de Humanização (2004), é a mudança na cultura da atenção aos usuários e na gestão do processo de trabalho. Tomando o usuário como protagonista do sistema de saúde, essa mudança há de considerar a saúde como valor de uso, tendo como padrão da atenção o vínculo e a garantia dos direitos dos usuários, das famílias. A Humanização da Saúde também requer se que garantam melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde, com a participação efetiva e ativa desses na cogestão dos processos de trabalho e na produção em saúde. Assim, a humanização do SUS implica a compreensão de que o trabalho em saúde deve fortalecer a vida, com o acolhimento da população do território, com vistas a efetivar o acesso universal para a

atenção e o cuidado integrais e equitativos. A Política prevê que isso ocorra por meio dos dispositivos sistematizados ao longo dos mais de 10 anos de implementação da PNH.

O trabalho coletivo, multidisciplinar, em equipe é desafiador para os profissionais, devido à formação com foco na especialização que marca a área da saúde. Sentir a própria deficiência na formação generalista, que é requerida para a atuação na ESF, pode ser fator de estresse para os profissionais. Ou seja, o despreparo do profissional por deficiências no sistema formativo e a falta de habilidades para o trabalho coletivo em equipe, que é a forma de produção preconizada para a Estratégia de Saúde da Família, podem ser fonte de sofrimento moral e burnout.

Detecção e enfrentamento do desgaste laboral

Os sinais e sintomas decorrentes do desgaste laboral devem servir de sinal de alerta para os gestores locais, ao acompanharem a performance das equipes da UBS. Existem mecanismos de enfrentamento individuais e coletivos, para o desgaste laboral. Os coletivos são mais eficazes quando os profissionais não estão esgotados, isto é, são mais indicados para a prevenção do adoecimento.

Neste momento, antes do burnout instalado, o papel do gestor é especialmente fundamental, pois, feita a detecção dos primeiros sinais do desgaste da equipe, se forem adotadas formas precoces de enfrentamento é possível conseguir diminuição do sofrimento e adoecimento do trabalhador e, consequentemente, reduzir os impactos negativos desses agravos na assistência, nas relações de trabalho, interpessoais e institucionais. Por isso, é preciso que o gestor local esteja atento ao monitoramento da saúde física e psíquica dos trabalhadores, promovendo e motivando a adoção de estratégias de reorganização do processo de trabalho que levem a minimizar fontes geradoras de estresse.

A organização, a política e a prática de gestão de pessoas desempenham papel preponderante na forma como o trabalhador se relaciona com o trabalho. Os problemas de saúde mental nos trabalhadores devem ser tratados, pelos gestores e avaliadores dos programas governamentais, como um problema organizacional e coletivo e não apenas individual, como se observa mais comumente nas organizações.

Para minimizar os danos à saúde e melhorar a qualidade de vida no trabalho é necessária à adoção de estratégias de intervenção de natureza institucional como treinamentos, capacitações, supervisão, apoio, revisão do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica.

As intervenções eficazes nas situações de burnout e sofrimento moral devem ser multivariadas, prolongadas e direcionadas para as relações entre organização de saúde, a estrutura e os indivíduos. O gestor local pode programar ações, planejar e propiciar intervenções diversas para a prevenção do burnout e sofrimento moral da equipe multiprofissional da unidade de saúde que dirige.

As relações pessoais como fator de desgaste no trabalho

O principal fator de estresse no trabalho em saúde é o relacionamento interpessoal. Assim, se o gestor local desenvolver ações para promover e manter relações interpessoais saudáveis e maduras no trabalho, estará interferindo positivamente na diminuição do estresse dos profissionais na UBS que dirige.

O trabalho em saúde realiza-se, na maior parte do tempo, em equipes multiprofissionais. Isso exige que os profissionais possuam habilidades e competências para relações interpessoais e capacidade de comunicação, especialmente para lidar com os conflitos. Esses fazem parte do trabalho cotidiano e deve-se a ideias distintas, conflitos de interesse, relação conflituosa com a chefia.

Assim, a capacidade dos gestores para intermediar e transformar conflitos em oportunidades de crescimento para equipe é uma habilidade importante e deve ser fomentada, com vistas a facilitar as relações e permitir o desenvolvimento de ambiente de trabalho mais ameno e maduro no que tange o enfrentamento dos conflitos relacionais. Isso, por certo, contribuirá para a melhoria da qualidade da assistência e fortalecerá o trabalhador e o usuário dos serviços de saúde.

É preciso estabelecer um ambiente de trabalho que valorize as discussões e permita as reflexões por meio de reuniões de equipe que valorizem os diferentes saberes, oportunizem trocas e discussões acerca dos problemas relativos ao ambiente de trabalho. As posturas da coordenação e os conflitos na relação com outros níveis hierárquicos podem ser fontes de insatisfação e revoltas no trabalho.

Aprendendo sobre as relações interpessoais no trabalho.

O trabalho em equipe exige algumas condições básicas: confiança e apoio mútuos; comunicação espontânea; compreensão e identificação com os objetivos da organização; tratamento das diferenças, e habilidade para o trabalho em equipe. A seguir, apresentam-se algumas características para desenvolver tais condições na atuação das equipes.

Características e atuação do gestor para desenvolver condições básicas do trabalho em equipe:

Condição Básica	Características e Atuação do Gestor
Dinâmica Interna do Trabalho	Conhecer os papéis, a coesão, o clima de trabalho e a motivação da equipe. Para intervir nesse aspecto é preciso que o gestor tenha conhecimentos e habilidades relativas a processo de mudança; resistência às mudanças e como manejá-la; funções, disfunções dos conflitos e como lidar com estes.
Confiança Mútua	Base para o trabalho em equipe, sem ela não há colaboração entre os membros. Baseia-se na expectativa de que a outra pessoa atuará de determinado modo e na disposição de assumir o risco de que a outra pessoa atuará do modo previsto. Tem forte componente afetivo e baseia-se em atos, na medida em que a equipe vai se conhecendo há melhora na confiança.
Comunicação espontânea	É muito válida no trabalho em equipe e ajuda a construir relações, transmitir informação, exprimir sentimentos e atitudes. É preciso estabelecer bons sistemas de comunicação, pois esses atendem à necessidade de sentir-se informado e ser escutado. Para o trabalho em equipe, é preciso assegurar espaços adequados para comunicação como reuniões com tempo e periodicidade adequados para que todos se sintam apoiados, informados e escutados. Vale, também, investir em outros canais de comunicação oral e escrita.
Apoio Mútuo	Tradução da Confiança e Comunicação; entrelaçam-se e sem um provavelmente não será possível o outro. O apoio mutuo, como fruto da comunicação e confiança, possibilita a cooperação, vendo-se que quando um dos membros está sobrecarregado os demais ajudam na execução das tarefas.
Compreensão e Identificação com os objetivos da organização	A equipe deve conhecer e se identificar com os objetivos da organização. Isto é fundamental para saber em que direção seguir, ter objetivos comuns e as mesmas prioridades de metas. Os objetivos precisam ser operativos, elaborados com participação ativa da equipe, atualizados periodicamente e explicitados no começo de períodos determinados como início de um ano, reunião de planejamento. . Os líderes devem apresentar periodicamente, para as equipes, os resultados alcançados em todos os objetivos, para que os trabalhadores percebam e acompanhem os frutos do trabalho.
Tratamento das Diferenças	Trabalhar em equipe implica lidar com diferenças e mal

	entendidos. É preciso abordar corretamente estas situações, pois elas podem abalar a confiança, dificultar a comunicação, com repercussões negativas na qualidade do trabalho, na assistência e na geração sofrimento ao trabalhador.
Habilidade para o trabalho em equipe	Para melhorar o trabalho em equipe se faz necessário que a tomada de decisão seja comum, compartilhada, realizada por meio de reuniões para análise do problema. Algumas habilidades podem ser úteis como empatia, escuta ativa, mediação de conflito, reconhecimento da conquista dos outros e próprias, aprender a fazer e receber críticas. Outros aspectos importantes são: clareza na organização; funções bem definidas para cada membro, normas de funcionamento previamente estabelecidas, ambiente propício, tolerante para com as diferenças e aberto a críticas construtivas, plena participação dos membros das equipes, resolução de conflitos com base na negociação e não em imposições autoritárias.

Adaptado de Bermejo e Martínez, 2009.

Características importantes do coordenador ou líder:

Características	Descrição
Independência Emocional e Critérios independentes	Evitar atitudes tendenciosas, manter distanciamento afetivo dos liderados, ter independência nas relações e tomadas de decisão.
Autoconfiança	Ligada à autoestima, necessidade de não depender da aprovação dos demais para atuar. A falta de autoconfiança pode levar a posicionamentos narcisistas e cegar o coordenador para a realidade.
Aceitar próprias limitações	Capacidade de conhecer o próprio ritmo de trabalho, saber onde pode chegar e colocar limites nas responsabilidades.
Conter e atrasar ações	Capacidade de priorizar a reflexão ao impulso. É preciso desestimular atitudes impulsivas, ou seja, é necessário refletir antes de agir para evitar ações inapropriadas. É preciso que o líder saiba quando adiar a ação, abrindo-se para críticas, escuta e reflexão. Com isso, o gestor terá ações mais assertivas.
Crer na missão da organização, ter humildade e espírito de justiça	Ser justo nas decisões, distribuir críticas e elogios com critério. As críticas devem ser feitas em ambiente reservado, a fim de evitar a exposição de quem estiver envolvido. É preciso ter confiança, esperança e atitudes positivas capazes de contagiar a equipe, aumentando a motivação.

Adaptado de Bermejo e Martínez, 2009.

Dez aspectos fundamentais para o líder eficaz:

10 aspectos do líder eficaz
1. Mostrar interesse positivo pelas pessoas que coordena;
2. Comunicar-se com clareza, evitando mal entendidos ou ambiguidades;
3. Manter o moral da equipe elevado;
4. Ser exemplo, despertando entusiasmo da equipe;
5. Exercer influência sem autoridade, ou seja, é preciso pedir e não mandar, raramente dando ordens;
6. Mostrar respeito pelos colegas e subordinados;
7. Demonstrar confiança em seus colaboradores;
8. Estimular que todos os membros da equipe apresentem seu ponto de vista;
9. Atuar com justiça;
10. Manifestar sua aprovação, sabendo reforçar e apoiar a equipe.

Adaptado de Bermejo e Martínez, 2009.

Cinco pilares das relações interpessoais no trabalho:

Aspectos	Definições
Assertividade	Deriva-se das habilidades sociais. Envolve aspectos intrínsecos à autoestima e diretamente relacionados ao respeito e carinho por nós mesmos e pelos outros, com respeito e valorização mútuos. A pessoa assertiva conhece seus direitos e os defende, todavia, não busca sempre ganhar, mas entrar em acordo satisfatório para todos. Quem é assertivo tem a fala fluida e segura; mantém contato visual direto, mas não desafiante; expressa, igualmente, sentimentos positivos e negativos; faz defesas sem agressão; demonstra honestidade; é capaz de discordar abertamente e pedir esclarecimentos; aceita erros.
Autoconhecimento	Compreensão que cada pessoa tem de si mesmo, reconhecendo as crenças, valores, hábitos, aversões, receios pessoais. Com isso, a pessoa acaba desenvolvendo consciência dos mecanismos de projeção e defesa que utiliza nas relações.
Empatia	A empatia é a compreensão respeitosa do que os outros estão vivenciando. Usualmente, nas relações, ao invés de se oferecer empatia, dá-se conselhos, palavras equivocadas de encorajamento ou se expressa os sentimentos e posicionamento do receptor, esquecendo-se do emissor. É preciso observar e ouvir atentamente o que o outro fala, expressando compreensão. Em alguns momentos, pode-se parafrasear o que foi dito no discurso do outro, com vistas a expressar que o compreendemos e permitir que continue se expressando. É necessário sentir empatia para ser possível dar empatia.
Cordialidade	Trata-se de agir com gentileza, gentileza gera gentileza, com pequenas atitudes como um bom dia no início e um email, segurar a porta do elevador para alguém entrar. Desta forma mostra-se apreço pelas pessoas. É um facilitador das relações no ambiente de trabalho.
Ética	Dada a pluralidade moral das sociedades modernas não é fácil definir o que é ser ético. Entretanto, de modo geral, pode-se qualificar como ética no trabalho a pessoa cujas ações não prejudicam deliberadamente o outro, que não quebra os acordos feitos, que não quebra a própria palavra e não vai contra o que considera ético e justo.

Adaptado Castanyer, 2009; Rosemberg, 2006 e Stevenson, 2002; Pereira, 2014.

Para desenvolver a assertividade, é preciso que o gestor desenvolva algumas habilidades e competências que se aplicam, também, aos membros das equipes de ESF. Estas estão descritas no quadro que segue:

Habilidade	Definições e características
Reciprocidade no olhar	A interação entre as pessoas depende da troca recíproca de olhares, assim, a quantidade e o tipo de olhar direcionam a qualidade da comunicação. Na reciprocidade adequada, a atenção varia entre 40%, de fixação de olhar na pessoa que está falando e 60 % de escuta do que está ela está falando.
Expressão facial	Desempenha papel importante na inter-relação humana, pois pode mostrar o estado emocional, indicar atitudes e propiciar informação contínua de compreensão da mensagem. A comunicação adequada tem sintonia entre o que é falado e a expressão facial.
Os gestos	São elementos culturais, em geral, predomina o uso dos gestos e, em menor grau, outros movimentos das mãos e dos pés. Os gestos podem amplificar e apoiar a atividade verbal ou contradizê-la, ao revelar sentimentos ocultos, não expressos no discurso. Para serem assertivos, os gestos precisam ser espontâneos e desinibidos, sugerindo franqueza e auto confiança.
Componentes para-linguísticos	Referem-se à forma de transmissão da mensagem como o volume e o tom de voz. Volume baixo pode transmitir insegurança e se for demasiadamente elevado, agressividade e prepotência. O tom de voz insosso deixa transparecer apreensão e insegurança, também. Para ser assertivo, o tom de voz precisa ser modulado, fluido e sem perturbações, evitando-se excessivas hesitações.
Clareza e velocidade da fala	A fala assertiva é clara, de forma que o receptor pode compreender a mensagem sem ter que fazer presunções. A velocidade da fala assertiva não é lenta e tampouco rápida, a fim de não haver distorções na comunicação.
Os componentes verbais	Observar os componentes verbais e não verbais durante as falas; controlar a duração da fala, a partir de aspectos não verbais percebidos nos interlocutores. O feedback na conversa é útil para verificar se as informações estão sendo adequadamente compreendidas.

Adaptado de Castanyer, 2009.

Devido à importância da comunicação para o bom desempenho da equipe e a melhoria das relações interpessoais no trabalho, apresentam-se, na sequência, algumas pistas para se comunicar de forma a enfrentar coletivamente o desgaste psíquico moral dos trabalhadores de saúde. Como as relações interpessoais são fonte frequente de conflitos no trabalho, a boa comunicação mostra-se bastante útil para minimizar os impactos destas situações que podem levar ao adoecimento dos

trabalhadores, da equipe, dos serviços de saúde e da instituição, com repercussões negativas no relacionamento com os usuários e a assistência.

A Comunicação Não Violenta (CNV)

É uma forma de comunicação, atualmente utilizada em todo o mundo, inclusive em locais assolados por guerras como a Sérvia, Croácia.

A CNV é uma estratégia para aprimorar os processos de comunicação, aplicável a diversas situações como negociações diplomáticas, comerciais, relações familiares, escolares, laborais. É uma ferramenta para a redução do estresse, com melhorias do ambiente de trabalho e das relações.

O conceito de CNV foi desenvolvido pelo psicólogo norte americano Marshall Rosenberg, na década de 70, a partir da psicologia humanística de Carl Rogers.

Os quatro pilares da CNV são:

E os quatro componentes da CNV são:

OBSERVAÇÃO: refere-se às ações concretas que nos rodeiam e afetam nosso bem-estar. Ao observar o que se passa ao nosso redor, devemos nos fixar nos fatos (o que realmente ocorreu), abstendo-se de julgamentos e da avaliação dos fatos, que acabam carregando estes com sentimentos;

SENTIMENTO: é como nos sentimos em relação ao que foi observado. É importante desenvolver o autoconhecimento com relação aos sentimentos positivos ou negativos, aprendendo a refletir sobre quais foram despertados por determinado fato. É preciso examinar nossas sensações, pois o que o outro diz pode ser um disparador de sentimentos, mas estes são nossos e não do interlocutor. Também é necessário saber expressar os sentimentos de forma assertiva, a fim de aumentar as possibilidades de uma boa resolução dos conflitos;

NECESSIDADE: são as demandas, os valores, os desejos que geram os sentimentos. Marshal Rosemberg diz que "toda forma de violência é a expressão trágica de uma necessidade não atendida". Sendo assim, é preciso reflexão para identificar quais são as nossas verdadeiras necessidades, o que precisamos satisfazer;

PEDIDO: de ações concretas que podem enriquecer nossa vida. Devemos identificar nossas necessidades e pedir, com clareza e objetividade, o que precisamos, a fim de que o outro entenda e possa contribuir para que consigamos atender o que necessitamos. Deve-se sentir e reconhecer as necessidades, fazendo os pedidos para atendê-las. Pedido não é exigência, por isso, precisamos estar preparados para receber uma resposta positiva ou negativa para o pedimos.

A Escola de Governo e Desenvolvimento do Servidor (EGDS) disponibiliza curso gratuito sobre CNV. O curso é totalmente baseado na lógica vivencial. Também se disponibiliza, no site da Escola, ferramentas essenciais ao treino da CNV e a aplicação desta nas situações cotidianas. Mais informações disponíveis em: https://cursosegds.campinas.sp.gov.br.

A Mediação de Conflito

O conflito é parte constante do dia a dia da equipe; é algo próprio, intrínseco à convivência e ao trabalho em grupo. Porém, se bem manejado, pode acabar produzindo uma equipe saudável, ao se converter em oportunidade para aprendizagem e crescimento dos envolvidos. Os conflitos mal geridos, entretanto, podem comprometer negativamente o desempenho e a convivência da equipe.

O conflito pode desempenhar papel importante para o amadurecimento da equipe, contribuindo para aumento da motivação, do rendimento, incremento no campo da inovação, mudança organizacional, descobrimento de alternativas para melhora, focalização da atenção no que é essencial nos problemas, ajustes no estilo de liderança, reintegração de membros, definição, defesa das posições do grupo e promoção de certo nível de estímulo.

Para manejar o conflito de forma positiva, é necessário diferenciar se este é funcional ou disfuncional. Para tanto, é preciso distinguir os três tipos de conflitos: de tarefa, relação e processos. Os conflitos de tarefa se relacionam com as metas de trabalho e os de processo, com a forma de realizar um trabalho. Ambos são funcionais e, se bem geridos, podem promover funções positivas que, posteriormente, podem se tornar fatores de melhora da coesão e produtividade da equipe.

Os conflitos nas relações interpessoais são disfuncionais. Estes deveriam ser prevenidos e, quando ocorrem, solucionados o quanto antes. Os conflitos de processo e de tarefas, se não forem bem geridos, podem desencadear conflitos de relações. Assim, é possível dizer que altos níveis de conflitos ou a ausência total destes provocam baixa produtividade.

A adequada gestão dos conflitos requer que, primeiramente, se defina e diferencie o tipo de conflito antes de tentar resolvê-lo. Resolver um conflito implica na redução, eliminação ou finalização deste. Fazer a gestão do conflito é desenhar estratégias para minimizar as disfunções e maximizar os aspectos positivos, com a finalidade de incrementar a efetividade organizacional.

Ferramentas que auxiliam na gestão de conflitos:

Ferramenta	Definição
Utilizar enfoque ganha-ganha	Entender o problema como um conflito comum e buscar soluções nas quais todas as partes envolvidas ganhem. Este tipo de resolução é a mais estável, dificulta a reprodução do conflito e evita a posterior entrada em espiral.
Analisar os bens e os assuntos em jogo	Discernir se o motivo original do conflito tem a ver com um conflito de comunicação, de poder ou de benefício material. Ao enfocar o motivo do problema para todos os envolvidos,

	pode-se começar a falar sobre este e o conflito no momento.
Identificar e corrigir distorções na percepção do conflito	O conflito tende a aumentar os erros cognitivos dos envolvidos, dando lugar a fenômenos como supergeneralizações e a presunção de intenções negativas do outro, de terceiros. Logo, assim como na CNV, é necessário reconhecer os pensamentos irracionais, as distorções cognitivas e trocá-los por pensamentos mais ajustados para uma leitura mais realista da situação e, desta forma, conseguir abordar o conflito com sucesso.
Diferenciar entre o relativo ao conflito e os novos danos decorridos da dinâmica do conflito	As posições agressivas em situações conflituosas acabam por gerar novos choques, sendo conveniente concentrar-se no conflito original e evitar os desvios da atenção para os problemas derivados que, frequentemente, surgem. Resolver um conflito já é tarefa difícil; resolver vários de uma só vez é praticamente impossível, por isso, é importante separá-los e resolvê-los um a um. Somente assim, torna-se possível deter a "espiral do conflito".
Identificar a zona de controle	Em um conflito, usualmente, cada qual considera que o problema está no outro que, então, deve fazer alguma coisa para resolvê-lo. Para sair dessa acusação mutua, é preciso discernir o que pode ser feito dentro da zona que cada um controla. Salvo em raríssimas exceções, cada parte pode fazer algo para iniciar e manter o processo de resolução.
Realizar uma comunicação assertiva	A comunicação desempenha um papel fundamental em qualquer processo de resolução dos conflitos. A comunicação assertiva permite defender as opiniões, critérios e direitos próprios sem ferir direitos alheios, abrindo uma via inteligente entre a comunicação agressiva e a ausência de comunicação.
Examinar os custos da falta de acordo	Quando nos encontramos em meio a um conflito, "o corpo tende a pedir mais guerra" (Cembranos, 2003 apud Bermejo e Martínez, 2009, p. 96). Mas antes de entrar em discussões destrutivas, convém examinar os custos da falta de acordo. Estes em muitas ocasiões são superiores a perda que deu origem ao conflito. Assim, em geral, ao se examinar estes custos, a opção mais favorável será a de tentar chegar a uma solução, um acordo.

Adaptado de Cembranos, 2003 apud Bermejo e Martínez, 2009.

Autoconhecimento e Mindfulness

O autoconhecimento, ou desenvolvimento pessoal, é um aspecto fundamental para relações de trabalho sadias. Esta questão começou a ser estudada nas décadas de 1950 e 60, nos Estados Unidos. Nos hospitais, o sofrimento decorrente do confronto constante com doenças e morte despertou o interesse pelo autoconhecimento como uma forma de se aprimorar o cuidado e a saúde do cuidador.

O trabalho na equipe em saúde traz conflitos e tensões, sendo preciso manter a energia que estes retiram da motivação para o trabalho, por meio da confiança e da aptidão para negociação, a fim de viver bem profissionalmente.

O desenvolvimento pessoal pode ser realizado no âmbito institucional; dirige-se aos trabalhadores saudáveis; desenvolve o potencial e a confiança individuais. Enfim, busca resposta para a questão de como se sentir melhor por meio do uso de técnicas que valorizam e promovem a autoconsciência.

Uma destas técnicas é o *Mindfulness*, que vem sendo difundido, no meio da saúde, de maneira ampla e rápida. É uma intervenção em grupo que permite a autorregulação, objetiva trazer a mente ou estado mental para o presente.

Tal expansão pode ser justificada pela necessidade do ser humano contemporâneo encontrar formas de sobreviver dignamente no ambiente inóspito que criou para si. Aos poucos, percebe-se que é preciso voltar-se para o interior de si mesmo, a fim de responder à metamorfose do mundo externo, com transformações na forma de dar sentido à vida, de se expressar e fazer-se presente no ambiente e nas relações.

Existem várias técnicas para estimular e desenvolver o mindfullness. As mais conhecidas e difundidas são as derivadas da meditação. Técnicas meditativas têm sido incorporadas em programas estruturados para diferentes tipos de organizações e, atualmente, vem sendo incorporadas à saúde, por meio de iniciativas ligadas à universidade, em integração com os serviços. As técnicas também podem incluir exercício físico com atenção plena aos movimentos corporais que estão sendo executados. Ou ainda pode se fazer atividades corriqueiras do cotidiano, prestando atenção aos passos destas ações e as repercussões no corpo e mente, por exemplo, atenção plena ao caminhar, ao comer, ao tomar banho, etc.

As técnicas de meditação oriundas do Oriente foram adaptadas à lógica ocidental, com o objetivo central de promover o bem estar, a qualidade de vida, contrapor o estado de permanência no passado ou no futuro, para focar o momento presente em que a ação que requer a atenção da pessoa está acontecendo. Os objetivos específicos variarão segundo a natureza das ações e dos ambientes onde os programas se desenvolvem.

O Mindfulness pode colaborar para melhoria da memória e dos padrões de comportamento, principalmente em situações que geram, no indivíduo, estado de desequilíbrio físico e psicológico. Estudos feitos com o uso de ressonância magnética evidenciaram nas imagens que os praticantes de Mindfulness tiveram aumento da massa cinzenta no hipocampo esquerdo, no córtex cingulado posterior, na junção temporo-parietal e em duas áreas do cerebelo. A aplicação de Mindfulness é referendada e incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No SUS, aparecem como parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS), definida pela portaria nº 971 do Ministério da Saúde.

Atualmente, existem os programas de atenção plena e esta pode ser aprendida em cursos introdutórios com duração média de 08 semanas. As práticas contemplativas ensinadas são, em geral, curtas, estendendo-se por 10 a 20 minutos. Desta forma, são de fácil adaptação à rotina de uma vida agitada.

Existem programas online que podem ser feitos a fim de conhecer e desenvolver esta prática. Um exemplo é o Programa Mente Aberta, um projeto de extensão da UNIFESP que está sendo utilizado para disseminar esta técnica também como forma terapêutica que pode ser aplicada aos trabalhadores e pacientes do SUS.

Sugestões para aprofundamento

Relacionamento Interpessoal no trabalho – Regina Gianetti D. Pereira – Os cinco pilares do relacionamento interpessoal no trabalho.

https://www.youtube.com/watch?v=gfyuPwm8QLM

As relações de poder – Mario Sergio Cortella

https://www.youtube.com/watch?v=8Okbq8W4o7M

O novo gestor de pessoas – Mario Sergio Cortella

https://www.youtube.com/watch?v=KezS2QxMajg

Demarzo M. Mindfulness no mundo corporativo. Entrevista. [Entrevista de Márcio Mussarela]. TVBHR BRASIL. Evento HBR Liderança. 2014 jul. 08. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=R14vlFt1Y_I.

Mente Aberta. Mindfulness Brasil. Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção de Saúde. 2015. Disponível em: http://mindfulnessbrasil.com.

ZBHD. ZorBuddha. Programa *online* de *mindfulness.* 2015. Disponível em: http://www.zorbuddha.org/ZorBuddha_pt/Sobre.html.

Escola de Governo e Desenvolvimento do Servidor. Disponível em: http://cursosegds.campinas.sp.gov.br

Referências

Albuquerque FJB, Melo CF, Araujo Neto JL. Avaliação da Síndrome de Burnout em profissionais da estratégia da saúde da família da capital paraibana. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2011;25(3):542-9.

Benevides-Pereira AMT (org). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Bermejo JC, Martínez A.. El trabajo en equipo: vivir creativamente el conflito. Centro de Humanización de la Salud. España: Editorial Sal Terrae; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Protocolo n. 008/2011. Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Protocolo_008_Diretrizes_PNPST.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização / Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 124 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_10_anos_politica_nacional_humanizacao.pdf.

Castanyer O. La asertividad: expresión de uma sana autoestima. 29ª Ed. España: Editorial Desclée de Brouwer; 2009.

Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. Rev Enferm UERJ. 2009; 17(1):35-0.

Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do Sofrimento Moral para os (as) Enfermeiros (as) e aproximações com o Burnout. Texto Contexto Enferm. 2012;21(1):200-8.

Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Sofrimento moral e síndrome de burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? Rev Latino-Am Enfermagem. 2014;22(1):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00035.pdf.

Demarzo M. Mindfulness no mundo corporativo. Entrevista. [Entrevista de Márcio Mussarela]. TVBHR BRASIL. Evento HBR Liderança. 2014 jul. 08. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=R14vlFt1Y_I. Acesso em: 01 fev. 2015.

Demarzo M, Campayo JG. Manual prático Mindfulness: curiosidade e aceitação. São Paulo: Palas Athena; 2015.

Fernandes HN, Thofehm MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofisisonal de uma unidade de saúde da família. Rev.

pesqui. cuid. fundam (Online). 2015;7(1):1915-26. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/wiew/3361/pdf_1429. Acesso em: 29 mar. 2015.

Francischini AN, Moura SDRP, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no programa de saúde da família. Rev Investigação. 2008; 8(1-3):25-32.

Ferrari R, França FM, Magalhães J. Avaliação da Síndrome de Burnout em profissionais da Saúde: uma revisão integrativa da literatura. Rev Eletrônica de Gestão & Saúde. 2012;3(3):1150-65.

Ferrari R, Araujo A, Rodrigues HA, França FM, Magalhães J. Estresse crônico ocupacional em profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Em Extensão. (Uberlância). 2013;12(2):83-92.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Phsycol Ann Rev. 2001;52:397-422. Feb.

Melo CF. Avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças de seus profissionais [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.

Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. Rev Latinoam Enferm. 2011;19(4):9[telas]. Disponível em: http://scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf

Pimentel D. O sonho do Jaleco Branco: saúde Mental dos Profissionais de Saúde. Aracaju: Editora da UFS. Fundação Oviedo Teixeira. Sociedade Médica de Sergipe; 2005.

Rosemberg MB. Comunicação Não-Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 4ª ed. São Paulo: Ágora; 2006.

Shaker A. Mindfulness (Meditação da Consciência Atenta): Neurociências e Saúde – conhecimento e prática. São Paulo: Copyright; 2014.

Schmidt DRC, Palandini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e *burnout* em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2013;66(1):13-7. Jan-Fev.

Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(8):3393-3402.

Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. Saúde e Sociedade. 2009;18(3): 476-8.

Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):274-9.

Trindade LL, Lautert L, Beck CLC. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. Rev Latino-am Enferm [online]. 2009;17(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/02.pdf. Acesso 25 Mai. 2014.

Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistências da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm (Florianópolis). 2013;22(1):36-42. Jan-Mar.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização para uso do vídeo

Solicitação de autorização de uso de vídeo em atividade pedagógica

2 mensagens

Priscilla Bacci <pribacci@gmail.com> 22 de outubro de 2015 18:16
Para: contato@tvhbrbrasil.com.br

Boa tarde,

Sou Priscilla Brandão Bacci Pegoraro, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Primária do SUS da Escola de Enfermagem da USP - São Paulo, estou estudando o Desgaste Psíquico Moral em profissionais da Atenção Primária à Saúde e a proposta do trabalho é capacitar gestores locais para entenderem e lidarem com as questões de Burnout e Sofrimento Moral dentro das instituições de saúde.

Venho através deste solicitar autorização para uso do vídeo abaixo discriminado para fins pedagógicos em oficinas para gestores conhecerem o Mindfulness e suas aplicabilidades. O vídeo será apresentado como componente de divulgação com menção a autoria e participantes do mesmo. Em oficinas realizadas para gestores locais do Município de Campinas São Paulo.

Publicado em 8 de jul de 2014
Marcelo Demarzo, Professsor da Universidade Federal do Estado de São Paulo fala sobre o Mindlfuness no mundo corporativo, exercícios para pratica-lo e como trazê-lo para o dia a dia.

INSCREVA-SE no canal TVHBR Brasil para receber os Vídeos mais recentes!http://www.youtube.com/tvhbrbrasil

Facebook - https://www.facebook.com/hbrbrasil
Twitter - https://twitter.com/hbrbrasil
Portal - http://www.hbrbr.com.br
TV HBR Brasil é uma produção da Harvard Business Review Brasil sob a consultoria da produtora Comunicador Corporativo.

Todos os direitos reservados.

A distribuição e compartilhamento dos vídeos é permitida desde de que se reproduza o formato integral, incluindo vinhetas e assinaturas.

Texto para crédito em sites, blogs e redes sociais de terceiros:

Fonte - TV HBR Brasil
Harvard Business Review | www.hbrbr.com.br
Comunicador Corporativo | www.comunicadorcorporativo.com.br
https://www.youtube.com/watch?v=R14vlFt1Y_I

Agradeço desde já e fico à disposição para esclarecimentos.

Priscilla Brandão Bacci Pegoraro
Enfermeira e Coordenadora
Centro de Saúde Jardim Ipaussurama
SUS Campinas

TVHBR Brasil <contato@tvhbrbrasil.com.br> 22 de outubro de 2015 18:47
Para: Priscilla Bacci <pribacci@gmail.com>

Sem problemas, pode usar desde que mantidas as condições de uso e créditos de autoria e direitos.

Obrigado,

Márcio
[Texto das mensagens anteriores oculto]