



Elaine Nunes Pacheco

**Modelo JDR e o estresse ocupacional dos profissionais da Atenção Primária à Saúde:
uma pesquisa convergente assistencial**

Santo Antônio de Jesus

2021

Elaine Nunes Pacheco

**Modelo JDR e o estresse ocupacional dos profissionais da Atenção Primária à Saúde:
uma pesquisa convergente assistencial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica

Santo Antônio de Jesus

2021

JDR Model and Occupational Stress of Primary Health Care Professionals: A Convergent
Care Research

P116m Pacheco, Elaine Nunes.
Modelo JDR e o estresse ocupacional dos profissionais da atenção
primária à saúde: uma pesquisa convergente assistencial / Elaine Nunes
Pacheco. – Santo Antônio de Jesus, Ba, 2021.

183 f.:il.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE, Universidade Federal
do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2021.

1. Estresse ocupacional. 2. Profissionais da saúde. 3. Saúde mental.
I. Pinho, Paula Hayasi. II. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,
Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 158.7

Ficha catalográfica elaborada por:
Magali Alves Albuquerque
CRB-5/1438

Elaine Nunes Pacheco

Modelo JDR e o estresse ocupacional dos profissionais da Atenção Primária à Saúde:

Uma pesquisa convergente assistencial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 20 de agosto de 2021

Banca Examinadora

Profa. Dra. Helena Moraes Cortes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Ribas Feijó

Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Orientadora)

Santo Antônio de Jesus

2021

AGRADECIMENTOS

A minha família, em especial minha mãe, Itana, que sempre apoiou e incentivou os meus projetos e esteve do meu lado, contribuindo com carinho e força para que eu continue seguindo em frente na busca pelos meus sonhos.

A Luan, meu companheiro de jornada, que acolheu e me deu suporte nos momentos difíceis desse percurso, com carinho, amor e paciência. Obrigada por valorizar e compartilhar dessa conquista.

Aos meus amigos e amigas, que conquistei ao longo do caminho e contribuíram para a construção da pessoa que sou e, mesmo distante, apoiaram e torceram para a conclusão deste trabalho.

Aos colegas do mestrado, que foram grandes companheiros nessa trajetória, tornando-a mais leve e significativa e com os quais aprendi muito e tenho grande admiração. Em especial, agradeço a Andrezza pela parceria, pelas trocas e acolhimento desde o início, seu apoio foi fundamental para conclusão deste trabalho.

À minha orientadora, Paula Hayasi Pinho, por me conduzir nessa jornada, de forma acolhedora e construtiva, confiando no potencial deste trabalho e proporcionando grandes aprendizados.

Às Professoras do Mestrado e da Banca de Qualificação pelos ensinamentos e pela contribuição para minha formação e para a construção de um trabalho mais qualificado.

Ao programa de Residências Integradas FESF-SUS/ Fiocruz e à Coordenação de Desenvolvimento de Pesquisa de Camaçari-Ba que apoiaram e permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

Aos participantes do estudo pela disponibilidade e por aceitar compartilhar suas histórias, que tornaram este trabalho ainda mais especial. Agradeço também aos colegas da atenção primária, corpo pedagógico ou residentes que também contribuíram diariamente com as experiências do campo de prática para a construção deste trabalho.

*Ai daqueles que pararem com sua capacidade
de sonhar, de invejar sua coragem de
anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em
lugar de visitar de vez em quando o amanhã
pelo profundo engajamento com o hoje, com o
aqui e o agora, se atrelarem a um passado de
exploração e de rotina.*

FREIRE

*Desconfiai do mais trivial, na aparência
singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que
é de hábito como coisa natural, pois em tempo
de desordem sangrenta, de confusão
organizada, de arbitrariedade consciente, de
humanidade desumanizada, nada deve parecer
natural nada deve parecer impossível de
mudar.*

BRECHT

RESUMO

A grande complexidade do trabalho na Atenção Primária à Saúde, expõe os profissionais à fatores precipitantes do estresse ocupacional. Estudos mais recentes sobre saúde do trabalhador, ocupam-se em avaliar a salubridade do trabalho, considerando-o multifatorial, modificando o foco da doença para o trabalho saudável, da prevenção para promoção e do fator de risco para o fator psicossocial. A psicologia positiva tem abordado sobre as emoções, as instituições e os comportamentos positivos dos seres humanos, contribuindo na discussão de fatores psicossociais e promoção do trabalho saudável. No campo da psicologia positiva, a teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (Job Demands and Resources) considera que o trabalho se concretiza no desgaste de energia dos indivíduos para atender às demandas laborais e, para este fim, utiliza os recursos oferecidos pela organização. A elevada demanda diante de poucos recursos disponíveis, leva a exaustão da energia dos indivíduos, gerando o esgotamento ocupacional ou Síndrome de Burnout. O objetivo desta pesquisa foi analisar as demandas e os recursos, sob a ótica do modelo JDR, no contexto de trabalho da Atenção Primária. Trata-se de pesquisa qualitativa, com abordagem da Pesquisa Convergente Assistencial. Para coleta de dados utilizou-se entrevistas semiestruturadas e grupos convergentes, em formato virtual. Participaram da pesquisa dez profissionais da Atenção Primária, do município de Camaçari-BA, vinculados ao Programa de Residência. Como resultado emergiram as seguintes categorias temáticas: demandas e recursos do trabalho na Atenção Primária, desafios da preceptoria e os efeitos da pandemia nos trabalhadores. As principais demandas do trabalho foram referentes: a conflitos entre os modelos de atenção, a baixa autonomia dos profissionais no processo de trabalho, as falhas no planejamento, a falta de materiais e recursos humanos. Enquanto nos recursos foram identificadas atividades em grupo para apoio e promoção da saúde mental dos trabalhadores, uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, estímulo ao trabalho em equipe, cultura organizacional mais afetiva. Conclui-se que a quantidade e a magnitude das demandas são maiores que os recursos e, considerando o modelo JDR, há uma tendência ao esgotamento, com adoecimento mental dos profissionais de saúde da Atenção Primária. Portanto, há necessidade de aumentar os investimentos em recursos para os profissionais, apontando possibilidades para equilibrar a balança entre as demandas e os recursos do trabalho da Atenção Primária.

Palavras-Chave: Estresse ocupacional. Pessoal da Saúde Atenção Primária à Saúde. Modelo JDR. Saúde Mental.

ABSTRACT

The great complexity of work in Primary Health Care exposes professionals to precipitating factors of occupational stress. More recent studies on workers' health are concerned with evaluating the health of work, considering it multifactorial, changing the focus of the disease to healthy work, from prevention to promotion and from the risk factor to the psychosocial factor. Positive psychology has approached human beings' emotions, institutions and positive behaviors, contributing to the discussion of psychosocial factors and promoting healthy work. In the field of positive psychology, the theory of the Model of Demands and Resources at Work (Job and Demands Resources) considers that work is materialized in the exhaustion of energy of individuals to meet labor demands and, for this purpose, uses the resources offered by organization. The high demand in the face of few available resources leads to energy exhaustion of individuals, generating occupational exhaustion or Burnout Syndrome. The objective of this research was to analyze the demands and resources, from the perspective of the JDR model, in the context of work in Primary Care. It is a qualitative research, with a Convergent Care Research approach. For data collection, semi-structured interviews and convergent groups were used, in virtual format. Ten primary care professionals from the municipality of Camaçari-BA, linked to the Residency Program, participated in the research. As a result, the following thematic categories emerged demands and resources of work in Primary Care, preceptorship challenges and the effects of the pandemic on workers. The main demands of the work were related conflicts between care models, low autonomy of professionals in the work process, planning failures, lack of materials and human resources. While in the resources, group activities were identified to support and promote workers' mental health, use of Integrative and Complementary Practices in Health, encouragement of teamwork, and more affective organizational culture. It is concluded that the quantity and magnitude of the demands are greater than the resources and, considering the JDR model, there is a tendency to exhaustion, with mental illness of primary care health professionals. Therefore, there is a need to increase investments in resources for professionals, pointing out possibilities to balance the balance between the demands and resources of work in Primary Care.

KeyWord: Occupational stress. Health Personnel. Primary Health Care. JDR Model. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma da Revisão Integrativa de Literatura sobre Estresse Ocupacional nos profissionais da Atenção Primária à Saúde	25
Quadro 1 -	Planejamento dos encontros do grupo convergente	49
Figura 2 -	Fases da Pesquisa Convergente Assistencial	51
Quadro 2 -	Caracterização dos profissionais da APS participantes da pesquisa	55
Figura 3 -	Demandas do Trabalho na APS	56
Quadro 3 -	Demandas identificadas pelos profissionais da APS	67
Figura 4 -	Recursos do trabalho na APS	70
Quadro 4 -	Recursos identificados pelos profissionais da APS	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Associação Americana de Psicologia
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EC	Energy Compass
ELV-SUS	Estágio Local de Vivência em SUS
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FESF-SUS	Fundação Estatal Saúde da Família
Fiocruz-BA	Fundação Oswaldo Cruz Bahia “Gonçalo Muniz”
JDR	Job Demands and Resources
NASF- AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PHOC III	Programa Habitacional Organizado de Camaçari – etapa III
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ - AB	Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PP	Psicologia Positiva
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SB	Síndrome de Burnout
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

Sou Elaine Nunes Pacheco, sou médica, trabalhadora e sonhadora de um Sistema Único de Saúde (SUS) público, universal, integral e de qualidade, pautado nas reais necessidades de saúde da população brasileira.

Minha formação acadêmica inclui Graduação em Medicina, concluída em 2016, na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Durante o período da graduação, pude me envolver em diversas atividades, principalmente extracurriculares, que foram essenciais para a minha formação profissional. Logo no primeiro semestre, participei de um Estágio Local de Vivência em SUS (ELV-SUS), organizado pelo Diretório Acadêmico de Medicina. Esse estágio me proporcionou diversas experiências e reflexões sobre as potencialidades e desafios do sistema público de saúde e seu modelo de atenção, de forma a despertar meu interesse pela área da saúde coletiva. Assim, ingressei no diretório acadêmico, responsabilizando-me com outros colegas por representar os estudantes, fomentar e mediar discussões e reflexões sobre formação para atenção básica, reforma psiquiátrica, determinantes sociais, extensão universitária, relação público e privado na saúde, entre muitos outros temas negligenciados no currículo acadêmico. Ao mesmo tempo, integrei grupos de estudantes, chamados Ligas Acadêmicas, como a Liga da Atenção Primária à Saúde, a qual fui membra fundadora, com uma proposta de metodologia mais inclusiva, libertadora e multiprofissional; e a Liga Acadêmica de Pediatria, que me proporcionou envolvimento com pesquisas e estágios.

Após a graduação, iniciei as atividades profissionais como médica em uma Unidade de Saúde da Família (USF), em Salvador. Estas primeiras experiências foram fundamentais para definição das minhas escolhas profissionais. Apesar de estar ciente do meu desejo em ser médica de família, o trabalho na atenção primária já apontava muitas dúvidas e medos, como encarar a desvalorização da área e principalmente se eu conseguiria desenvolver as competências para lidar com a complexidade dos problemas encontrados.

Em março de 2017, ingressei no Programa Integrado de Residência Multiprofissional e Médica em Saúde da Família da FESF SUS-BA, em parceria com a Fiocruz-BA. Fui alocada na USF do Programa Habitacional Organizado de Camaçari III (PHOC III), na cidade de Camaçari-BA. Foi desafiador trabalhar em uma cidade nova, onde não conhecia o sistema de saúde e suas redes e em um território com uma população bastante vulnerável e reativa. Durante o percurso da residência pude vivenciar algumas situações favoráveis ao adoecimento dos profissionais e sobre como a complexidade do trabalho em saúde, principalmente diante de um contexto político desfavorável, afeta os trabalhadores e consequentemente os profissionais que

estão em formação. Várias coisas aconteceram ao mesmo tempo na USF que atuava: uma equipe se desfez completamente, a minha preceptora decidiu sair do programa e uma das pacientes com sofrimento mental entra em conflito com os funcionários da unidade, desencadeando discussões polêmicas que acabaram me sensibilizando, favorecendo sentimentos de angústia e sobrecarga, causando grande impacto no meu trabalho. Depois de alguns meses, precisei me afastar do trabalho devido ao adoecimento mental, pois assumi muitas responsabilidades do serviço diante da equipe completamente desfalcada. Necessitei de ajuda profissional e fui transferida para outra unidade da residência para poder finalizar a minha formação, o que ocorreu em 2019.

Atualmente, atuo como preceptora médica do mesmo programa de residência que cursei e exerço minhas atividades na mesma USF na qual era residente. Continuo vivenciando as dificuldades da prática e observando de outra perspectiva o sofrimento psíquico de residentes e servidores municipais. Há algumas tensões no relacionamento entre os profissionais da USF, levando a saída de muitos profissionais, deixando a equipe incompleta em vários momentos. O processo de implantação do programa de residência, nessas unidades, foi pouco dialogado, com substituição das equipes anteriores, criando uma grande resistência dos servidores às propostas de mudanças no processo de trabalho e um clima desfavorável que reverbera até o presente. A alta rotatividade dos residentes, com novas turmas todos os anos, e dos preceptores, devido a dinâmica intensa do programa, não favorecem para a redução dos conflitos. Diante disso e com a alta complexidade das situações de vulnerabilidade social e econômica, muitos profissionais passaram por esgotamento profissional e solicitaram transferência para outras localidades. Os profissionais que permanecem, enfrentam o desafio de reorganizar todo processo de trabalho para lidar com a demanda da população, necessitando debruçar-se sobre estratégias de acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco, organização da atenção às doenças crônicas através de consultas coletivas, organização e classificação de risco para visitas domiciliares, incentivo ao autocuidado e espaços de educação em saúde e educação permanente, lidar com mediação de conflitos entre os profissionais, os usuários e a gestão, entre muitas outras dificuldades.

A minha experiência pessoal de adoecimento e a experiência em acompanhar colegas e residentes submetidos ao estresse do trabalho, mobilizaram o meu interesse em estudar sobre o estresse e esgotamento profissional, com foco na atenção primária à saúde. Um dos principais incômodos são a falta de intervenções para o problema, com a naturalização do sofrimento do trabalho em saúde, justificado pelo seu caráter multifatorial e determinado pelo contexto político e social. Contudo, há necessidade de fomentar discussões e reflexões sobre estratégias

de enfrentamento tanto para prevenção, quanto para redução de danos e promoção de saúde, entre os profissionais da atenção primária.

Este trabalho consiste no meu projeto de mestrado, possibilitando a minha imersão no tema do estresse ocupacional, a partir do meu campo de atuação na atenção primária.

O texto está dividido em três partes, sendo a primeira uma revisão de literatura integrativa sobre o estresse ocupacional em profissionais da atenção primária à saúde, a segunda parte uma apresentação do marco teórico do projeto que consiste na Psicologia Positiva e a terceira parte o projeto de pesquisa, propriamente dito, com seus objetivos, descrição metodológica, análise e discussão dos resultados encontrados, e considerações finais.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	JUSTIFICATIVA	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
4	MARCO TEÓRICO	33
4.1	HISTÓRICO E CONCEITOS	33
4.2	DESENVOLVIMENTO	34
4.3	PSICOLOGIA POSITIVA NO BRASIL	36
4.4	PSICOLOGIA POSITIVA E TRABALHO	36
5.	OBJETIVOS	40
5.1	GERAL	40
5.2	ESPECÍFICOS	40
6.	MÉTODO	41
6.1	CONCEPÇÃO	43
6.2	INSTRUMENTAÇÃO	43
6.2.1	Cenário do Estudo	43
6.2.2	Sujeitos do Estudo	44
6.2.3	Produção dos Dados/Coleta de Dados	45
6.3	PERSCRUTAÇÃO	46
6.3.1	Entrevista Semiestruturada	46
6.3.2	Grupo de Convergência	47
6.4	ANÁLISE DE DADOS	50
7.	ASPECTOS ÉTICOS	52
8.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
8.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	53
8.2	APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS	56
8.2.1	Demandas do trabalho na APS	56
8.2.2	Recursos do trabalho na APS	69
8.2.3	Efeitos da pandemia de COVID-19 sobre os trabalhadores da APS	81
8.2.4	Desafios da preceptoria na APS	86
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	122

APÊNDICE B – Convite	125
APÊNDICE C - Roteiro dos encontros do Grupo Convergente	126
APÊNDICE D – Questionário	128
APÊNDICE E - Diário das Bênçãos	131
APÊNDICE F – Capítulo de livro Revisão de Literatura	132
APÊNDICE G – Cartilha	150
ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP	168
ANEXO 2 - Carta de anuência do município	175
ANEXO 3 - Carta de Anuência Programa de Residência	177

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) constitui-se como um conjunto de práticas que visam prestar assistência integral aos usuários, de um determinado território, de forma individual e coletiva, com foco em prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. É considerada como principal estratégia para organização do modelo de atenção baseado na vigilância em saúde, sendo ordenadora para os demais níveis de atenção do sistema de saúde, por ser considerada a porta de entrada dos usuários (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2013; BRASIL, 2011).

Essa forma de organização dos sistemas de saúde, na qual a atenção básica é o centro organizador da rede de atenção à saúde, começa a ser formalizada em 1920, com o Relatório Dawson. Este relatório trazia uma contraproposta para o modelo de saúde vigente que apresentava características curativistas, biologicistas, hospitalocêntricas, exigindo altos níveis de tecnologia e especialização. Assim, propunha uma atenção à saúde regionalizada, com integralidade, com profissionais generalistas. Na época, muitos países enfrentavam o desafio de qualificar a saúde pública, pois os sistemas de saúde pública apresentavam alto custo e baixa resolutividade, com os países em desenvolvimento apresentando índices de condições precárias de saúde e mortalidade (MATTA & MOROSINI, 2009).

Diante desse contexto, em 1978, é realizada a Conferência de Alma-Ata, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Nessa conferência foi realizado um pacto para melhoria da saúde dos países, utilizando a atenção primária como a principal estratégia para o alcance dessas metas. O Brasil foi influenciado por este marco internacional, pois emergiam as discussões do Movimento de Reforma Sanitária, em meio a um contexto de privação de direitos e condições precárias de saúde. Assim, o conceito e as características da APS foram incorporados na organização do sistema público de saúde brasileiro, em busca de uma mudança de modelo de saúde. Essas ideias foram incorporadas na Constituição brasileira, através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 1990), que implanta o Sistema Único de Saúde (SUS) (MATTA & MOROSINI, 2009).

Como parte primordial do SUS, a atenção primária segue os princípios do mesmo, que são Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação social. Além disso, apresenta como outros princípios: a intersetorialidade - entendendo a saúde como um processo determinado socialmente; ser baseado no usuário e suas necessidades e expectativas e não na doença;

trabalho em equipes multiprofissionais e voltado para a promoção da qualidade de vida, a partir das características do seu território.

Como atributos da atenção básica, que orientam o funcionamento das suas atividades, estão (STARFIELD, 2002):

- Primeiro contato: a atenção básica, por sua proximidade do território e das famílias, deve ser a principal porta de entrada do SUS, facilitando o acesso, capaz de resolver a maior parte das demandas nesse nível de atenção e organizando o acesso dos usuários aos demais níveis, quando necessário.
- Coordenação do Cuidado: as equipes da atenção básica são responsáveis pelo cuidado dos usuários no seu território, portanto mesmo quando encaminhados a outros níveis de atenção deve manter o acompanhamento, comunicando-se com outros níveis de forma a qualificar o cuidado prestado de forma integral.
- Integralidade: tanto na perspectiva de uma visão ampliada de saúde, entendendo o usuário como biopsicossocial e não como o portador de uma patologia, fragmentado em especialidades, quanto na perspectiva de garantir que o usuário tenha acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, a depender das suas necessidades.
- Longitudinalidade: O cuidado do usuário não será de forma pontual, a relação entre ele e o serviço permite o acompanhamento ao longo dos ciclos de vida e os diversos encontros proporcionam momentos de observação, acompanhamento mais próximo de questões agudas, diferentes orientações de acordo com suas necessidades.

Além das características acima, considera-se importante a competência cultural das equipes e a orientação para as comunidades. Esses dois aspectos são importantes elementos que necessitam de um investimento no conhecimento do território o qual se ocupa. Estar no mesmo território dos usuários, permite entender o contexto em que vivem, as características ambientais, as barreiras de acesso, a identificação de fatores de risco, entre outras questões. No entanto, o território não deve ser considerado apenas no seu aspecto físico, o território é vivo e dinâmico e compreende as relações que se estabelecem no local, a política, os aspectos sociais, a cultura e história de cada comunidade e seus atores (MONKEN & BARCELLOS, 2017).

Conhecer e participar desses processos, permitem o planejamento de ações voltadas para as necessidades da comunidade, tornando o trabalho mais qualificado e resolutivo, pois entende o processo de adoecimento como multifatorial e influenciado pelos determinantes sociais (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). Além disso, aproximam os profissionais e

usuários, permitindo a criação de vínculos que são importantes para uma abordagem integral e longitudinal.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, deve ocorrer 40 horas por semana, com uma população adscrita de 2000 a 3500 pessoas por equipe de saúde - variando com as especificidades do território, sendo que cada unidade deve ter cerca de quatro equipes. As equipes de saúde da família (eSF) são compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Algumas equipes podem ser complementadas com agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal).

A Unidade de Saúde da Família (USF) também pode contar com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB), constituído por equipe de diferentes núcleos profissionais (psicólogos, fisioterapeutas, assistente social, professor de educação física, etc.), a depender da demanda de cada território, que são apoio matricial de eSF. O matriciamento constitui o suporte - tanto assistencial quanto técnico-pedagógico, de equipes especializadas, para os profissionais de referência que estão conduzindo os casos na atenção primária. A ideia desse apoio é não apenas ampliar o atendimento dos usuários por diferentes profissionais, mas instrumentalizar os profissionais das equipes de referência da atenção primária para ampliar o escopo de conhecimentos que podem colaborar na atenção integral (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Dialogando com os princípios e atributos da atenção primária, proposto por Barbara Starfield (2002), a PNAB propõe algumas diretrizes para organização do processo de trabalho, são elas: definição do território e territorialização, a responsabilidade sanitária, porta de entrada preferencial, adscrição de clientela, acesso, acolhimento, trabalho em equipe multiprofissional, resolutividade, prestar atenção integral, contínua e organizada, ações de atenção domiciliar, programação e implementação de atividades de atenção à saúde baseadas na necessidade de saúde da população, ações de promoção da saúde, desenvolver ações de prevenção de doenças (primária, secundária, terciária e quaternária), desenvolvimento de ações educativas, desenvolvimento de ações intersetoriais, implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão (como gestão coparticipativa e controle social), planejamento local em saúde, implantar estratégias de segurança do paciente e educação permanente como parte do trabalho das equipes.

A grande complexidade do trabalho na atenção básica, expõe os profissionais à fatores precipitantes do estresse, como pressão para produtividade, condições desfavoráveis à

segurança no trabalho, relações abusivas entre subordinados e supervisores. O estresse ocupacional é considerado uma reação física e/ou psicológica ao desgaste da capacidade de trabalho, ocasionado por um desequilíbrio entre a tensão laboral e a capacidade do indivíduo de suportar ou adaptar-se. Algumas situações podem ser indicadoras do estresse ocupacional: queda da eficiência, desconfiança, irritabilidade constante, uso abusivo de medicamentos e drogas, sentimento de frustração, sobrecarga voluntária de trabalho, absenteísmo (KOVALESKI; BRESSAN, 2011).

Como muitas causas de estresse ocupacional estão associadas à disputa de um novo modelo de saúde proposto pela atenção básica em uma conjuntura política desfavorável, além de características pessoais e estilo de vida que determinam a forma como a pessoa reagirá diante de dificuldades, a tendência é que o estresse se prolongue, evoluindo para o aparecimento de sintomas físicos, psicológicos, comportamentais. A Síndrome de Burnout é uma consequência desse estresse laboral crônico, alcançando um nível de esgotamento ou estafa, principalmente em profissionais responsáveis pela assistência ou responsável pelo cuidado direto de outros, como na área da saúde e educação. As principais manifestações desse estresse são sensação de exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental, e dificuldades de relacionamento, tornando os profissionais distantes, ineficientes e sem autoconfiança (KOVALESKI; BRESSAN, 2011).

Segundo Marx e Engel (2007), o trabalho consiste na interação dos homens entre si e com a natureza, transformando-a. A forma como essa relação se estabelece e os meios que utiliza, são influenciados pelas características sociais e históricas e permitem ao ser humano externalizar a sua consciência e objetivar a sua subjetividade, através do produto do seu trabalho. Ao se reconhecer no que produz, o homem conecta-se a si mesmo, aos seus pares e à sociedade, quando isso não ocorre há um estranhamento, os trabalhadores não entendem o sentido das suas ações e o trabalho se torna alienado.

O trabalho na modernidade é marcado por características de divisão social do trabalho (modelos de produção como fordismo, taylorismo), com alta competitividade e ritmo de trabalho, negligência com acidentes, baixa valorização social, fragilidade dos vínculos empregatícios, falta de perspectiva de trajetórias profissionais, dentre outras, favorecendo o adoecimento físico e mental dos trabalhadores, que passam a não se reconhecer no que produzem.

Segundo Seligmann-Silva (2011) o desgaste mental relaciona-se com fatores ambientais e psicossociais, da subjetividade dos profissionais e das relações de poder que se estabelecem no contexto micro e macro político. As pesquisas na área têm mostrado dados crescentes de transtornos mentais entre os trabalhadores, que geram incapacidade ou perda de

produtividade. Dados da OMS mostram que 40% dos trabalhadores podem ser atingidos por transtornos mentais, sendo 30% considerados transtornos leves e 5-10% classificados como graves (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

A história da saúde pública brasileira é marcada por influências políticas e econômicas. Assim, mesmo com a implementação do SUS e a busca por um modelo de vigilância à saúde, através da atenção primária, muitas estratégias adotadas convergem para o modo de produção de saúde neoliberal – com divisão de tarefas em diferentes níveis de atenção, expansão dos serviços com diferentes modelos assistenciais (terceirização, organização social, instituições públicas e privadas), precarização das condições e relações de trabalho, produtividade baseada em metas e satisfação dos usuários, meritocracia e competitividade (LEONI, 2018).

Além desse contexto político econômico desfavorável, os profissionais da atenção primária são diariamente acessados por estímulos emocionais nocivos, como a dor e morte, usuários com multimorbidades e alta vulnerabilidade socioeconômica, a alta demanda das comunidades, além de dar conta de limitações técnicas, pessoais e materiais correspondendo o alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre si (ALBURQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

Em 2004, o Brasil instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que entende o trabalho como um determinante social de saúde e visa o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, promoção, proteção da saúde e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Atualmente, os estudos na área de saúde do trabalhador dividem-se em duas tendências. Uma delas concentra-se em compreender as doenças, suas causas e consequências relacionadas ao trabalho, assim como prevalência, incidência e fatores de risco, com vistas à prevenção dos agravos.

Outra linha de estudos ocupa-se em avaliar a salubridade do trabalho, considerando-o multifatorial (tanto de risco, quanto de proteção), com foco na qualidade de vida e promoção da saúde (VAZQUEZ; PIANEZOLLA; HUTZ, 2018). Ou seja, ocorre uma mudança de paradigma ao modificar o foco da doença para o trabalho saudável, da prevenção para promoção e do fator de risco para o fator psicossocial. Os fatores psicossociais são aqueles de interação entre aspectos do trabalho (ambiente, organização) e do trabalhador (história, cultura, necessidades pessoais).

Na linha de discussão dos fatores psicossociais do trabalho, a Psicologia Positiva (PP) tem contribuído ao analisar fatores de proteção para promoção do trabalho saudável (VAZQUEZ; PIANEZOLLA; HUTZ, 2018). A Psicologia Positiva é um movimento que tem

ganhado força nas últimas duas décadas e impulsionado a produção científica sobre emoções, instituições e comportamentos positivos dos seres humanos (SELIGMAN, 2004).

Em uma revisão sistemática sobre fatores psicossociais no trabalho, Vazquez, Pianezolla e Hutz (2018) identificaram que há um crescimento de artigos que avaliam fatores positivos e motivacionais do trabalho, além do uso de instrumentos da PP. O avanço dessa discussão, incentivou movimentos organizacionais e de saúde do trabalhador a investir em ações que aumentem a motivação e o desempenho saudável dos profissionais (VAZQUEZ, FERREIRA, MENDONÇA, 2019). Entre os fatores psicossociais positivos podemos citar a criatividade, relações positivas, recursos acessíveis, engajamento, apoio social, auto eficácia, liderança, satisfação (VAZQUEZ; PIANEZOLLA; HUTZ, 2018).

A teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (Job Demands and Resources model - JDR) considera que o trabalho se concretiza no desgaste de energia dos indivíduos para atender às demandas laborais e, para este fim, utiliza os recursos oferecidos pela organização (SCHAUFELI, 2017). As demandas podem ser as necessidades físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais, enquanto os recursos são ferramentas e características que viabilizam a execução das atividades. A interação de demandas e recursos podem gerar fatores de estresse ou motivacionais, a depender de mecanismos dos trabalhadores para auto regulação, compensação ou recarga da energia laboral. Por meio dessa teoria, os trabalhos podem culminar em desfechos negativos (fontes de adoecimento) ou positivos (fontes de prazer) (VAZQUEZ, 2019).

Da mesma forma, ancorado nos estudos tradicionais da saúde do trabalhador, o conceito da SB, também chamado de esgotamento profissional, proposto por Karasek (1990), considera como transtorno de adaptação ao estresse crônico, expressa pela falta de realização profissional seguidas de despersonalização e exaustão emocional. Contudo, autores da PP, questionam o fato do elemento positivo da realização profissional ser considerada uma das dimensões do adoecimento. Baseado no modelo JDR, eles defendem que a SB está associada às demandas laborais, tendo como seu principal determinante a exaustão emocional.

Assim, Schaufeli et al. (2019) propõem uma nova teoria, na qual a SB é um estado de exaustão associada ao trabalho, a depender das circunstâncias laborais de cada organização. Sua principal causa é a elevada demanda diante de poucos recursos disponíveis, levando a exaustão da energia dos indivíduos, seguidas de diminuição da auto regulação emocional e cognitiva, finalizados pelo distanciamento mental (aversão ao trabalho). Outros sintomas podem estar associados como humor depressivo, distress e manifestações psicossomáticas (VAZQUEZ, 2019).

Enquanto profissional de saúde, atuante na APS, percebo o quanto a discussão dos fatores psicossociais do trabalho está presente na rotina, tanto como parte das competências da APS com seus usuários, quanto como trabalhadora exposta a esses fatores. Porém, há lacunas importantes na discussão entre os profissionais sobre o que é possível de ser realizado para a promoção de uma atividade laboral saudável, muitas vezes esbarrando em questões burocráticas. Portanto, percebe-se a importância de promover debates e reflexões entre os profissionais da APS sobre o tema do estresse ocupacional, sob a ótica do modelo JDR e com a apresentação de estratégias de intervenção que estão sendo analisadas em diversos contextos, como o exemplo da psicologia positiva.

2 JUSTIFICATIVA

Percebe-se que apesar de existirem políticas públicas de saúde mental e saúde do trabalhador, os esforços de ações de suporte e prevenção a esses agravos são insuficientes diante do expressivo sofrimento dos trabalhadores. É necessário entender a determinação social desse processo de adoecimento mental para não culpabilizá-los e pensar estratégias de fortalecimento dos serviços públicos de saúde, garantindo condições de trabalho e qualidade de vida, com a priorização de tarefas de promoção à saúde e bem-estar dos profissionais. Deve-se considerar que esse investimento deve ser para avançar na qualidade do serviço prestado a população (CARREIRO et al., 2013; ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

Muitas pesquisas têm sido realizadas sobre o estresse ocupacional ou Síndrome de Burnout, com alguns estudos apresentando o enfoque em médicos e enfermeiros na atenção básica (OLIVEIRA; CASTRO, 2016; MORELLI, 2015). Entretanto, poucos são os estudos sobre as possíveis intervenções para a redução dos danos advindos do sofrimento dos trabalhadores da área da saúde (VAZQUEZ; PIANEZOLLA; HUTZ, 2018). Na revisão de literatura deste estudo foram encontrados artigos que apresentam como enfrentamento do problema questões de reorganização do processo de trabalho – que exigem uma maior articulação política, em ações coletivas -, assim como treinamento individual dos profissionais para o fortalecimento das qualidades humanas, como resiliência, bem-estar, atenção plena e um estudo que aponta habilidades de comunicação dos profissionais como um fator preventivo para a Síndrome de Burnout (LEAL COSTA et al., 2015).

Estes aspectos, evidenciados nos estudos da revisão de literatura, trazem elementos estudados pela psicologia positiva. Dessa forma, percebe-se a importância de não apenas identificar as causas ou a epidemiologia do problema, mas também investigar estratégias de intervenção, que possam ser executadas na micropolítica das USF, como prevenção ou redução de danos diante do estresse presente nos profissionais da atenção primária. Não se pode negligenciar as questões sociopolíticas, que são um nó crítico determinante para resolução concreta do problema, mas no contexto político atual, com pouca valorização e investimento no trabalho da atenção básica, há pouca governabilidade para gerar mudanças estruturais a curto prazo.

Portanto, a pergunta que norteia esse estudo é: *Quais estratégias podem ser utilizadas para o enfrentamento local do estresse ocupacional na atenção primária à saúde?*

Acredito, como sujeito que faz parte do objeto de estudo desta pesquisa, que o tema desperta o interesse dos trabalhadores da saúde de forma geral, assim como não será difícil identificar situações de exposição e fatores de risco para o estresse ocupacional, no contexto da

APS. Porém, a discussão de fatores psicossociais exige um olhar ampliado para o problema, uma compreensão política, social, cultural e principalmente pessoal, para refletir sobre práticas de enfrentamento. A formação do profissional da saúde ainda é focada na doença e na intervenção da causa da doença, sendo um desafio pensar na promoção da saúde e nos recursos individuais potentes para a saúde mental dos trabalhadores. Porém, não poderia haver melhor cenário para provocar essa discussão, já que a APS e seus atores são um campo de disputa de um novo modelo de atenção à saúde.

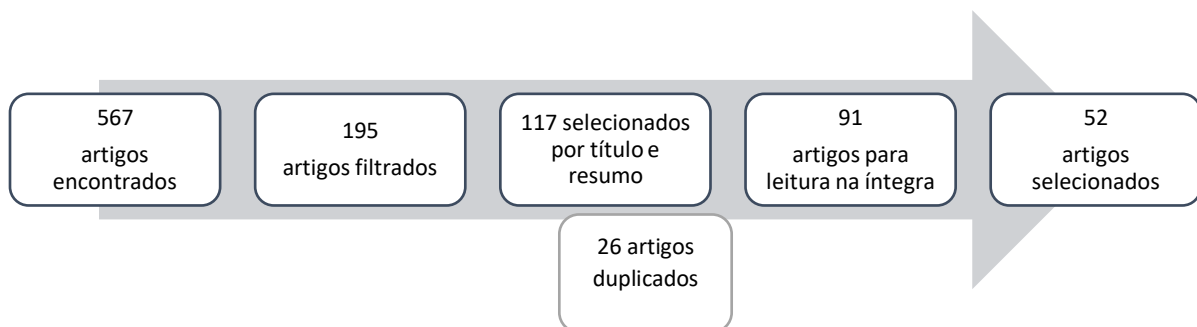
Considerando a referência de Kovaeski e Bressan (2011), a qual a Síndrome de Burnout, ou esgotamento profissional, conforma-se como um estado patológico, da evolução de uma exposição prolongada ao estresse no ambiente de trabalho, este estudo optará por utilizar o conceito e os termos “estresse ocupacional” ou “estresse laboral” para a condução das atividades. Esta escolha ocorre devido ao estudo não se propor a realizar o diagnóstico do nível de estresse dos participantes, não sendo possível diferenciar estresse e esgotamento, além disso, o foco não foi o manejo terapêutico dos profissionais de saúde, mas sim em intervenções de promoção da saúde mental, através da discussão com os trabalhadores sobre os conceitos do modelo JDR, identificando as principais demandas e recursos da APS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para este trabalho foi realizada uma revisão integrativa da literatura¹, utilizando as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed e Scielo, com os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS), da BVS: Estresse ocupacional (Occupational Stress), Pessoal de saúde (Health Personnel), Atenção primária à saúde (Primary Health Care). A combinação de descritores utilizada foi: Occupational Stress AND Health Personnel AND Primary Health Care. A seleção foi realizada durante os períodos de junho a setembro de 2019.

Após a combinação dos descritores foi encontrado um total de 567 artigos nas bases de dados. Foram, então, aplicados os filtros nestas bases referentes a ano de publicação e idioma, resultando em 195 estudos. Após leitura dos títulos e resumos foram selecionados 117 artigos, que tinham relação com a temática a ser estudada. Destes 117, 26 eram artigos duplicados e foram, portanto, excluídos. Dessa forma, restaram 91 estudos para a leitura integral, dos quais foram selecionados 52 artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para compor a revisão integrativa.

Figura 1- Fluxograma da Revisão Integrativa de Literatura sobre Estresse Ocupacional nos profissionais da Atenção Primária à Saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Foi encontrada uma grande quantidade de literatura produzida sobre o tema. Em relação aos anos de publicação, 4% (2) dos artigos foram publicados em 2008, 4% (2) em 2011, 4% (2) em 2012, 10% (5) em 2013, 18% (9) em 2014, 12% (6) em 2015, 12% (6) em 2016, 14% (7) em 2017 e 22% (11) em 2018, sendo possível perceber que o tema passou a ser mais abordado pelas pesquisas a partir de 2013. Pode-se pensar aqui que o aumento da produção nos

¹ A revisão integrativa “Estresse Ocupacional na Atenção Primária à Saúde” foi publicada no e-book Saúde da Família em terras baianas (2020), disponível no link: https://issuu.com/edufbr/docs/saude_da_familia_em_terras_baianas

últimos anos possa ter relação com o contexto trazido por Silva (2019), quando diz sobre a intensificação da precariedade e do mal-estar relacionados ao contexto trabalhista, que marca a pós modernidade. Ademais, acredita-se que com o aumento das pesquisas, cada vez mais está se conhecendo a respeito dos impactos que o estresse ocupacional vem gerando para os sujeitos e para as organizações de trabalho, como o maior número de faltas e piora da qualidade de vida (GARCIA et al., 2020), fomentando o desenvolvimento de novas pesquisas para compreender acerca do tema e buscar prevenções e intervenções possíveis neste cenário. No tocante à origem dos artigos, 26% (13) destes foram desenvolvidos na Espanha, 24% (12) nos Estados Unidos (EUA) e 14% (7) no Brasil. A revisão sistemática sobre SB em médicos, realizada por Moreira, Souza e Yamaguchi (2018) chegou a conclusão semelhante a respeito dos países dos estudos, estando Brasil, EUA e Espanha entre os 5 países mais frequentes na revisão. Apesar da hegemonia destes três países nas produções, pôde-se observar uma variedade de países trabalhando sobre o tema, como Sérvia, Israel, Etiópia e Inglaterra, por exemplo. Sobre o idioma de publicação, 74% (37) dos artigos foram produzidos no inglês, 14% (7) em Português e 12% (6) em Espanhol.

O público-alvo dos profissionais de saúde que foram abordados nos trabalhos variou entre: apenas médicos (46%), apenas enfermeiros (6%), médicos e enfermeiros (12%), agentes comunitários de saúde (2%) e Equipe da APS (34%), sendo que esta última apresentou variações entre as categorias profissionais como médicos, enfermeiros, trabalhadores administrativos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, assistentes médicos e residentes médicos. Em uma análise da literatura nacional sobre a SB realizada por Cardoso et al. (2017), além de profissionais educadores, os profissionais da enfermagem se destacaram como público alvo das pesquisas relacionadas a SB. Da mesma forma, Zomer e Gomes (2017) em sua revisão sistemática e Santos et al. (2019) em sua revisão integrativa apresentam dados nos quais os profissionais de enfermagem foram o público mais trabalhado pelas pesquisas, o que diverge com o público mais encontrado nesta revisão, de profissionais médicos. Quanto aos delineamentos dos estudos, 65% (34) foram resultantes de pesquisas de abordagem quantitativa, 27% (14) de abordagem qualitativa e 7% (4) artigos referiam-se a revisão de literatura.

O estresse ocupacional foi explorado nos artigos por diferentes aspectos, como já exposto anteriormente, para além dos aspectos conceituais, esse descritor de saúde apresenta artigos que discutem amplamente às dimensões, prevalência e fatores de risco associados à SB. O impacto da síndrome na vida dos profissionais de saúde foi relacionado a temas como saúde mental, bem-estar, estresse ocupacional, trabalho em equipe e processos de trabalho, enquanto o impacto na assistência à saúde foi discutido por meio de temáticas como a influência do

estresse ocupacional no uso da intuição, a segurança do paciente, erros dos profissionais de saúde e qualidade do atendimento.

Estratégias e intervenções para o estresse ocupacional foram pesquisadas, sendo a atenção plena (mindfulness) a que mais apareceu. Participação em grupos de Balint e treinamentos para a resiliência foram outras intervenções expostas nos artigos como positivas para reduzir o desgaste profissional. Para além das intervenções, o compartilhamento de tarefas administrativas e cuidados clínicos e a melhoria da comunicação e do funcionamento da equipe apareceram como fatores influenciadores na síndrome do estresse ocupacional.

A partir dos temas centrais identificados nos estudos revisados, quatro categorias temáticas emergiram: (1) O Processo de trabalho na equipe da APS; (2) Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout na APS; (3) Impactos do estresse ocupacional e Síndrome de Burnout na APS e (4) Intervenções e estratégias para minimizar o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout na APS.

Processo de trabalho na equipe da APS

O processo de trabalho em saúde compreende o objeto, os instrumentos e as atividades que de forma coordenada organizam as práticas de saúde. Assim, a APS apresenta grandes desafios no processo de trabalho, considerando que propõe uma mudança de modelo de atenção (PAIM, 2008).

Nessa revisão, o processo de trabalho na atenção básica surge em estudos apontando fatores preditores e protetores do estresse ocupacional. A teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (Job Demands Resources model - JDR) considera que o trabalho se concretiza no desgaste de energia dos indivíduos para atender às demandas laborais e para este fim, utiliza os recursos oferecidos pela organização (SCHAUFELI, 2017).

As demandas podem ser as necessidades físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais, enquanto os recursos são ferramentas e características que viabilizam a execução das atividades. A interação de demandas e recursos podem gerar fatores de estresse ou motivacionais, a depender de mecanismos de auto regulação, compensação e recarga da energia laboral, realizados pelos trabalhadores (VAZQUEZ, 2019).

Hall et al. (2018), em estudo com grupos focais no Reino Unido, observou que os médicos da APS apontaram a importância de orientações sobre SB, rede de amigos no ambiente de trabalho e aumento de recursos como fatores que afetam seu bem-estar. Enquanto Lacerda et al. (2016), avaliou em enfermeiros de Uberlândia que a falta de organização, condições de trabalho e relações inter profissionais influenciam a exaustão emocional e a despersonalização,

enquanto a organização do trabalho e as políticas institucionais influenciam a realização pessoal.

No Brasil, uma das formas de avaliação da APS é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foca em aspectos estruturais e materiais da gestão municipal, do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes e a satisfação do usuário (BRASIL, 2012). Fontana, Lacerda e Machado (2016) avaliaram os dados do PMAQ, dos municípios de Santa Catarina, e observaram que as condições estruturais, pessoais e de apoio logístico e tecnológico são consideradas boas, mas há variação entre as diferentes regiões do país, sendo pior no Norte e Nordeste. Já em relação ao processo de trabalho das equipes o resultado foi insatisfatório, destacando a precariedade na relação entre gestão, profissionais e usuários, dificuldade de articulação inter setorial e na coordenação do cuidado.

Assim, percebe-se que as várias dimensões do processo de trabalho são influenciadoras, mas estão para além de questões materiais ou estruturais. Estes resultados são corroborados por Franco e Merhy (2013) que discutem a proposta da ESF em caráter substitutivo ao modelo hegemônico que, por estar contextualizada em uma política capitalista, reproduz ideias da medicina higienista e focada na economia de recursos. Assim, torna-se deficiente na geração de mudanças, pois para isso é necessário investir nos micros processos que envolvem os trabalhadores, tanto na sua formação e concepção de saúde, quanto na organização do processo de trabalho, que envolvem a criação de vínculo, trabalho em equipe, planejamento e gestão compartilhada (FRANCO E MERHY, 2013).

Reafirmando essa discussão, Norful et al. (2018), em revisão sistemática sobre co gerenciamento entre médicos e enfermeiros na APS constatou que o modelo baseado em comunicação, respeito e confiança mútuos e alinhamento quanto a filosofia de cuidados, alivia a carga de trabalho individual e melhora o acesso e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Helfrich et al. (2014) avaliou a associação do trabalho em equipe e níveis de SB e observou-se que havia menor chance de SB em equipes de trabalho completas na APS e naquelas em que a tomada de decisões é participativa.

Sinsky et al. (2013), analisou práticas inovadoras que aumentam o desempenho na APS, como cuidados planejados e compartilhados entre uma equipe (protocolos ampliados, gestão de pedidos e painéis permanentes), compartilhamento de tarefas administrativas, comunicação e funcionamento da equipe qualificados. Dessa forma, as equipes melhoram os resultados com dados e tornam o trabalho na APS viável e agradável.

Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout na APS

A APS, considerada a grande porta de entrada do sistema de saúde, comporta grande parte dos profissionais do SUS. Estes trabalhadores estão expostos há riscos comuns da área de saúde, como riscos biológicos e químicos, mas as especificidades do processo de trabalho da APS, indicam algumas singularidades nos riscos ocupacionais desses profissionais (ALMEIDA; TORRES E SANTOS, 2012).

Alguns estudos demonstram que há uma dificuldade dos próprios trabalhadores da APS de perceberem os riscos que estão expostos, mas a maioria aponta como principal, o risco psicossocial (ALMEIDA; TORRES E SANTOS, 2012). A exposição ao risco e a morbidade nem sempre possuem relação de causa e efeito, pois o desenvolvimento de patologias envolve questões relacionadas a atividade desenvolvida, a duração da exposição e as características individuais de cada trabalhador (ALMEIDA; TORRES e SANTOS, 2012).

Porém, a SB, que passará a integrar o Sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID), em 2022, por ser considerada um transtorno mental relacionado ao trabalho (VAZQUEZ, 2019), surge em muitos estudos sobre a saúde do trabalhador da APS (ROCHA, 2015; MOREIRA et al., 2016) e assim como nos artigos selecionados nessa revisão, a SB aparece com diferentes prevalências e sua causa é multifatorial. Entre os fatores de risco para o estresse ocupacional, destacam-se questões relacionadas ao ambiente de trabalho (estrutura física, insumos, contexto social), organização do trabalho e questões individuais.

Sobre o ambiente de trabalho, Lima et. al. (2018), apontam que condições de trabalho desfavoráveis, com falta de recursos, insegurança e desvalorização dos sujeitos são fatores de risco para a SB, concordando com outros artigos desta revisão. No que tange a organização do processo de trabalho, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) consideraram que é constituída de relações subjetivas e sociais entre os trabalhadores e as instituições, portanto teria grande efeito na saúde psíquica dos trabalhadores.

Katsurayama et al. (2013) destacaram como adoecedora a sobrecarga do trabalho da APS, exigindo dos profissionais o cumprimento de diversas atribuições prescritas nas políticas públicas, mas sem considerar a distância que existe entre a teoria e a realidade, gerando muitas frustrações. Estas mesmas questões aparecem em outros artigos dessa revisão integrativa, como nos estudos de Helfrich et al., 2014; Martins et al., 2014; Riley et al., 2018.

Sobre questões individuais, Putnik e Houkes (2011) e Rabatin et al. (2016), demonstraram que as mulheres são mais propensas a desenvolver SB. Da mesma forma que o artigo desta revisão, em que Mazur et al. (2018) avalia que mulheres assumem atitudes existenciais diferenciadas e são propensas a maior nível de exaustão. Destaca-se que estudos

sobre o perfil dos trabalhadores da APS, evidenciam maior prevalência do sexo feminino, de forma geral, nas equipes de saúde da família (COSTA et al., 2013)

O trabalho em equipe aparece nos artigos tanto como fator desencadeante, como fator de proteção. Este formato de trabalho, muitas vezes é expresso como sinônimo de tomada de decisões compartilhadas, equipes completas, boa relação e coesão entre colegas (HELFRICH et al., 2014; SELAMU et al., 2017). Porém, quando isso não ocorre passa a ser um fator de sofrimento e o ambiente torna-se desfavorável para o desenvolvimento das atividades. Ribeiro e Martins (2011), avaliam que as dificuldades do trabalho em equipe são estruturais e provenientes da lógica de produção de saúde para o mercado de consumo, que inclusive não investe na formação de profissional de saúde interdisciplinar.

Impactos do estresse ocupacional e da Síndrome de Burnout na APS

O estresse ocupacional gera diversos impactos nos indivíduos e nos serviços de saúde. Entre esses impactos, aparecem nos estudos dessa revisão, o uso crônico de medicamentos como hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos por parte dos trabalhadores (MARTINS et al., 2014), dados corroborados na revisão integrativa de Kovaleski e Bressan (2012) e no estudo de Trigo, Teng e Hallak (2007).

Riley et al. (2018) constatou discursos de ideação suicida, sensação de humilhação e constrangimento com a incapacidade de lidar com o estresse do trabalho ou com sintomas de doença mental entre profissionais de saúde. Estes fatores são confirmados no estudo de Trigo, Teng e Hallak (2007), que aponta associação entre SB e depressão, além de maior chance de ideação suicida em ambientes de trabalho negativos. Outro estudo, que também traz informações sobre prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica, é o de Carvalho, Araújo e Bernardes (2016), no qual destaca maior impacto de doenças em profissionais do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e do sexo feminino.

Repercussões para o serviço de saúde foram relatadas, como: menor disposição para prescrição em enfermagem (BARTOSIEWICZ; JANUSZEWICZ, 2019) e maior quantidade de encaminhamentos para exames de imagem e clínicas especializadas (KUSHNIR et al., 2014). Em relação a segurança do paciente e a possibilidade de maiores erros por parte dos profissionais, há controvérsias entre os estudos desta revisão. Enquanto a revisão sistemática, de Hall et al. (2016), observa níveis moderados a altos de SB associados a piores resultados de segurança do paciente, como erros médicos; Oriol et al. (2017) e Rabatin et al. (2016), não encontraram associações significativas entre o nível de SB e a qualidade da assistência. Na

literatura em geral, há maiores evidências relacionando os níveis de SB dos médicos com maiores chances de cometer erros no trabalho (PANAGIOTI et al., 2018).

Outro aspecto que pode ser analisado é o impacto na comunicação clínica. No estudo de Ratanawongsa et al. (2008), médicos com alto índice de SB apresentaram o dobro de declarações negativas dos pacientes sobre a construção de vínculo. A revisão sistemática realizada por Panagioti et al. (2018) também traz essas questões, identificando que a dificuldade na comunicação e empatia é um dos fatores de falha de médicos com SB.

Esses aspectos têm expandido as discussões sobre o tema, fazendo surgir novos conceitos como a “prevenção quinquenária” e o “quarto objetivo” da saúde, ambas trazem a ideia que é preciso cuidar dos profissionais de saúde, considerando estratégias para a redução do estresse ocupacional, como forma de garantir melhor oferta de cuidado para os pacientes (BODENHEIMER; SINSKY, 2014 e SANTOS, 2014).

Intervenções e estratégias para minimizar o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout na APS

As estratégias para enfrentamento do estresse ocupacional estão centradas em dois eixos principais: aspectos organizacionais do trabalho e aspectos educativos individuais. Ou seja, há necessidade de intervir nos fatores da gestão do processo e ambiente de trabalho, que são grandes fontes de estresse para os profissionais, mas há também a possibilidade de intervir nos sujeitos para desenvolver habilidades e atitudes que permitam maior enfrentamento diante do estresse ocupacional, possibilitando lidar melhor com o sofrimento. Este último ponto acaba ganhando maior destaque nas experiências, pois devido as questões políticas envolvidas na saúde pública, não há muita governabilidade para mudanças organizacionais potentes, que reduzam a sobrecarga dos trabalhadores, apesar de esse ser o nó crítico que se desfeito poderia gerar a resolução da maior parte dos problemas. Diante desse cenário, torna-se mais viável oferecer ferramentas para suporte e desenvolvimento dos profissionais que vivem o problema (PEREIRA, 2011).

Nesta revisão, programas de treinamento da atenção plena foram os mais utilizados, apontando resultados efetivos no auxílio da diminuição de sintomas e aumento do bem-estar de sujeitos com Síndrome de Burnout (FORTNEY, 2013; VERWEIJ, 2016).

A atenção plena ou mindfulness é um processo de conscientização das experiências externas e internas que estão ocorrendo no momento presente, possibilitando o rompimento do piloto automático em que vivemos e a mudança de olhar e reações diante das situações cotidianas (LARGER, 2002). Essa prática tem utilizado a meditação como uma das principais

ferramentas e benefícios são identificados em diversas áreas, sendo eles redução dos níveis de estresse, aumento da empatia, maior resistência e redução de sintomas físicos e psicológicos (SNYDER e LOPEZ, 2009).

Já é possível encontrar estudos no Brasil com esse foco, como o de Fernandes (2018), que avaliou a Escala de Estresse no Trabalho antes e depois de um programa de treinamento em mindfulness, voltado para profissionais da APS, na cidade de São Paulo. Ela conclui que o treinamento proporcionou redução do estresse e do risco de adoecimento destes profissionais.

4 MARCO TEÓRICO

A psicologia positiva é uma área da psicologia que propõe o estudo científico das forças e virtudes humanas, estimulando intervenções que favorecem o bem-estar subjetivo, a felicidade e a qualidade de vida, como estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde mental (SHELDON & KING, 2001). Esse é um movimento da psicologia, crescente nas últimas duas décadas, impulsionador da produção científica sobre emoções, instituições e comportamentos positivos dos seres humanos (SELIGMAN, 2004).

4.1 HISTÓRICO E CONCEITOS

Durante o século XX, a psicologia e a psiquiatria ocuparam-se de estudar as doenças mentais, visando a compreensão e o restabelecimento dos indivíduos que passavam por um sofrimento (SNYDER e LOPEZ, 2009). Até meados deste século, a maioria dos psicólogos americanos, ocupavam-se de atividades restritas, principalmente acadêmicas, no intuito de entender as leis da aprendizagem, motivação e percepção. Após a Segunda Guerra Mundial, quando muitas pessoas perderam tudo ou passaram por tragédias, há a necessidade de profissionais para auxiliar os soldados a superar os danos psicológicos. Como o acesso aos médicos psiquiatras era restrito e de alto custo, foram criados a Administração para os Veteranos de Guerra e o Instituto Nacional de Saúde Mental, nos Estados Unidos, que incentivou e possibilitou aos psicólogos estudarem o sofrimento e produzir avanços na compreensão e tratamento do comportamento humano e os transtornos mentais, consolidando assim a psicologia de caráter clínico e curativo (SELIGMAN, 1998).

Contudo, no início do século XXI, com a influência de Martin Seligman na presidência da American Psychological Association (APA), questiona-se que além de curar doenças mentais, a psicologia apresenta outras duas missões: melhorar a vida das pessoas e estimular talentos superiores. Portanto, diante de tantos adoecimentos mentais, começa a reflexão: como prevenir essas doenças e promover a saúde mental das pessoas? Há um conjunto de competências e qualidades humanas que funcionam como fatores de proteção para as doenças, assim faz-se necessário investir no desenvolvimento de pesquisas e instrumentos para trabalhar os aspectos positivos do ser humano (SELIGMAN, 1998).

Nesse contexto, a psicologia positiva se estabelece como o estudo científico das emoções, potencialidades e funcionamento positivo, visando compreender os aspectos saudáveis dos indivíduos e desenvolver conhecimentos e habilidades que possibilitem as pessoas e instituições alcançarem o bem-estar, a qualidade de vida e o enfrentamento das adversidades (PACICO e BASTIANELLO, 2014).

Importante ressaltar que estudos sobre aspectos positivos da humanidade surgiram desde a década de 60. A própria expressão “psicologia positiva” foi utilizada pela primeira vez em um livro publicado por Maslow, uma das grandes referências da psicologia humanista. Muitos autores defendem que a psicologia humanista foi antecessora da psicologia positiva, ao se afastar de outras linhas da psicologia, como psicanálise e behaviorismo, defendendo que o indivíduo deve ser abordado e compreendido como um todo e não como a soma das partes, assim fenômenos positivos, como amor e felicidade, precisam ser considerados nessa visão mais abrangente. Porém, a consolidação da Psicologia Positiva ocorreu em 2000, com a publicação do artigo “Positive Psychology: an introduction”, de Seligman e Csikszentmihalyi, tornando-os os principais nomes desse movimento (PACICO e BASTIANELLO, 2014).

Como a psicologia debruçou-se a produzir conhecimentos sobre as doenças mentais, as inquietações e dúvidas sobre o sentido da vida ou como alcançar a felicidade e a qualidade de vida ficaram a cargo de teorias religiosas e autores de autoajuda, porém essas teorias não foram testadas ou aprovadas com metodologia científica e com análise de evidências, ao contrário da psicologia positiva (GRAZIANO, 2005).

Portanto, Seligman e Csikszentmihalyi, demarcam que o rigor científico da psicologia positiva distancia esse movimento das tendências de autoajuda, pensamentos positivos ou religiosos. Também destacam que a psicologia positiva não nega a importância de entender os problemas e o sofrimento, pois houve grandes avanços no reconhecimento e no tratamento de transtornos mentais que foram fundamentais para a humanidade, porém a psicologia positiva objetiva complementar e ampliar o escopo da psicologia (PACICO e BASTIANELLO, 2014).

4.2 DESENVOLVIMENTO

Em uma primeira fase, a Psicologia Positiva dedicou-se a estudar a felicidade, percebendo que esta é associada a múltiplos fatores. A teoria da fórmula da felicidade autêntica considera que esta é a soma dos limites individuais (genética e personalidade), os fatores circunstanciais (casamento, dinheiro, níveis de saúde e instrução) e as variáveis controladas (emoções), que correspondem a 40% da equação. Essas emoções consideradas variáveis controladas podem ser em três sentidos: passado, presente e futuro. Deve-se buscar sentimentos de satisfação, realizações e orgulho com o passado, foco em viver o presente com alegria e prazer e ter otimismo e esperança com o futuro (ROBLES, 2018). Segundo Fredrickson (2009) o objetivo principal deve ser cultivar emoções positivas, pois a cada três aspectos positivos e um negativo, já é possível mudar para sensação de bem-estar.

O bem-estar pode ser dividido em eudaimônico - mais relacionado a questões íntimas e psicológicas como auto aceitação, e subjetivo ou hedônico - relacionado a satisfação com a vida e emoções positivas. Nessa perspectiva, a felicidade é considerada uma das principais emoções positivas do bem-estar subjetivo (TAVARES, 2017).

A gratidão é uma força de caráter presente em muitas culturas mundiais e estudada pela psicologia positiva. É considerada o reconhecimento por se obter um resultado positivo a partir de outra pessoa que agiu de forma onerosa para si mesmo, valiosa para quem recebeu a ação e intencional. Expressar a gratidão exige posicionamento ativo e demonstra impacto importante na satisfação momentânea, mas também com efeitos duradouros para os praticantes (ROBLES, 2018), além de efeitos fisiológicos como a produção de um padrão de ritmo cardíaco “calmo” e sincronizado com as ondas de atividades cerebrais (SNYDER e LOPEZ, 2009).

Um exercício utilizado para o treinamento da gratidão é o Diário das Bênçãos, no qual o indivíduo deve, no início e final de cada dia, fazer o registro por escrito das coisas pela qual está grato e justificar suas escolhas, assim ocorre uma reflexão sobre as dádivas obtidas e um maior reconhecimento das qualidades e potencialidades (SNYDER e LOPEZ, 2009). Estudos de Emmons e McCullough (2003) demonstrou que os indivíduos que praticavam este exercício desenvolviam mais benefícios, como maior otimismo, sensação de bem-estar e maior conexão com pessoas. Neste estudo, será utilizado o exercício do Diário da Bênção com os participantes, para promover uma vivência pessoal da gratidão e propiciar a introdução da discussão sobre psicologia positiva, maiores detalhes serão explicados na seção do “Método”.

Snyder e Lopez (2009) propuseram que as intervenções podem ser: prevenção primária ou secundária e potencialização. A prevenção auxiliaria, por exemplo, a treinar habilidades cognitivas e desenvolvimento social para reduzir os conflitos e os pensamentos negativos. Já a potencialização ocupa-se de ações para melhorar a vida, como meditação que aponta grandes avanços no aumento dos sentimentos positivos de satisfação e desempenho.

Recentemente, há uma onda que defende que a psicologia positiva também deve analisar pensamentos, sentimentos e comportamentos desconfortáveis, pois nem sempre as experiências vivenciadas são positivas, mas o desfecho delas pode ser, considerando a resiliência como um ponto chave da psicologia positiva (IVTZAN et al., 2016). Com o desenvolvimento da tecnologia e o avanço da neurociência, estudos mais recentes surgiram apontando a relação entre atividade neurológica em campos cerebrais específicos e as emoções positivas (MACHADO & CANTILINO, 2016; LEWIS et al., 2014; SATO et al., 2015).

4.3 PSICOLOGIA POSITIVA NO BRASIL

No Brasil, inicialmente, os principais trabalhos em psicologia positiva abordavam a questão da resiliência. O primeiro artigo brasileiro na área foi produzido por Yunes (2003), que discute a importância dos aspectos positivos da superação de adversidades pelos indivíduos. Em 2007, Paludo & Koller produzem um artigo com uma descrição do histórico e das propostas e contribuições da psicologia positiva.

Outro ponto importante na história da Psicologia Positiva no Brasil foi a criação da Associação de Psicologia Positiva da América Latina, em 2010, possibilitando a expansão do movimento no país e o estímulo à eventos na área, como a 1ª Conferência Brasileira de Psicologia Positiva, que aconteceu em 2011.

Uma revisão sistemática da psicologia positiva no Brasil, demonstra que houve uma evolução na produção científica nacional, surgindo estudos principalmente voltados para o bem-estar subjetivo e com características descritivas, com poucos relatos de intervenções (PUREZA et al., 2012).

Um dos grandes centros de pesquisas brasileiro sobre Psicologia Positiva é o Laboratório de Mensuração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tem contribuído com a validação de escalas e instrumentos, além do treinamento de profissionais para atuação na área (PACICO e BASTIANELLO, 2014).

4.4 PSICOLOGIA POSITIVA E TRABALHO

O fenômeno do trabalho tem sido estudado por diversas áreas de conhecimento e destaca-se como um dos principais elementos da organização da sociedade, mediando a relação entre as pessoas e muitas vezes dando sentido à sua existência. Portanto, trabalho é uma atividade complexa, que sofre transformações ao longo da história, influenciadas pelos aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos (SILVA; TOLFO, 2012).

Na sociedade atual, muito têm se discutido sobre a relação do homem com o trabalho, visto que o contexto de exploração e desvalorização do trabalho, diante da globalização e alto nível de tecnologia, tem refletido maior prevalência de adoecimento entre os trabalhadores, tanto no aspecto físico, quanto psicológico (GOMIDE JUNIOR; SILVESTRIN; OLIVEIRA, 2015). Muito está sendo discutido sobre síndrome de burnout, porém, um dos principais grupos de pesquisa na área de significado do trabalho é o grupo MOW (Meaning of work) e eles identificaram que quando os trabalhadores avaliam sua relação com o trabalho em uma escala do positivo ao negativo, predominam sentimentos positivos, justificando a importância do

relacionamento com os colegas, do sentimento de fazer parte de algo e ser útil, e ter um sentido na vida (SILVA; TOLFO, 2012).

Estes dados corroboram com a discussão dos fatores psicossociais da saúde do trabalhador, mudando o foco da patologia, causas e fatores de risco negativos sobre burnout, para também explorar os aspectos positivos do trabalho que podem se contrapor às dificuldades e assim prevenir doenças e garantir a produtividade – ponto de grande valor em uma sociedade capitalista.

Nesse contexto, a Psicologia Positiva e suas ferramentas têm sido estudadas e utilizadas para a promoção de qualidade de vida e bem-estar dos trabalhadores, tanto na dimensão individual e subjetiva, quanto grupal ou organizacional (ROBLES, 2018; SANTOS; CEBALLOS, 2013).

Um emprego gratificante é considerado aquele que possui as seguintes características (SNYDER e LOPEZ, 2009):

- Variedade de tarefas realizadas;
- Ambiente de trabalho seguro;
- Renda para família e para a própria pessoa;
- Propósito por oferecer produto ou prestar um serviço;
- Felicidade e satisfação;
- Engajamento e envolvimento positivos;
- Sensação de bom desempenho e alcance de objetivos;
- Companheirismo e lealdade com colegas, chefe e empresa.

A felicidade e satisfação aparecem como elementos centrais de um bom emprego. Há evidências de que pessoas felizes no trabalho apresentam maior nível de satisfação em outros aspectos da vida, além disso, há uma correlação significativa entre satisfação no trabalho e felicidade no geral. Ou seja, ambos são fatores que influenciam o desenvolvimento do trabalho, da mesma forma que este também ocupa papel fundamental na satisfação e felicidade na vida em geral (SNYDER e LOPEZ, 2009).

O modelo JDR tem sido amplamente utilizado para discussão do trabalho pela ótica da psicologia positiva. Trata-se de uma teoria que considera que a dinâmica entre demandas e recursos do trabalho é capaz de gerar desfechos positivos ou negativos. É considerado um modelo heurístico aberto, ou seja, não possui bem definidos conjuntos de demandas, recursos ou resultados específicos. Essa flexibilidade permite que vários tipos de demandas e recursos sejam incorporados e em diversos contextos, porém torna o modelo generalista, nem sempre

sendo capaz de extrapolar os resultados encontrados. Portanto o modelo JDR é muito mais descritivo do resultado de associações entre determinadas demandas e recursos, em determinados contextos, do que explicativo, sendo necessário associar com outras teorias psicológicas e sociais para encontrar algumas respostas. Porém, ele é suficiente para afirmar que demandas do trabalho consomem energia e, portanto, levam a exaustão e problemas de saúde, enquanto os recursos são fatores motivacionais, resultam em engajamento no trabalho e levam a uma organização positiva (SCHAUFELI e TARIS, 2014).

Para fins deste trabalho, serão utilizadas como referência a ferramenta Energy Compass (EC), criada a partir de uma análise fatorial do trabalho que selecionou critérios tanto positivos quanto negativos, para avaliar o modelo JDR (VASQUEZ et.al, 2019; SCHAUFELI, 2017).

Na EC, as demandas são classificadas em qualitativas (aspectos emocionais, mentais, físicos, conflito família-trabalho), quantitativas (sobrecarga, trabalho insuficiente, frequência de mudanças) e organizacionais (mudanças negativas, burocracia, assédio, conflito de papéis, conflitos interpessoais). Já os recursos são classificados como: sociais (percepção de expectativas, clareza de papéis, apoio social da equipe, trabalho e espírito de equipe e apoio social do supervisor), organizacionais (alinhamento estratégico, justiça organizacional, confiança na organização e comunicação), conteúdo do trabalho (tarefas variadas, conteúdo das atividades e controle do trabalho), desenvolvimento (feedback de desempenho, oportunidades de carreira e percepção de carreira) e pessoais (resiliência, auto eficácia, otimismo, flexibilidade, estabelecendo seus próprios limites, direcionamento de objetivos, pro atividade, autodesenvolvimento) (VASQUEZ et.al, 2019; SCHAUFELI, 2017).

De acordo com o modelo JDR, nessa pesquisa trabalhamos com o contexto da APS, a teoria que apoia a análise das discussões é a Psicologia Positiva, com o fim de elencar as principais demandas e recursos percebidos por um grupo de profissionais da APS.

O engajamento no trabalho também tem sido estudado no âmbito da psicologia positiva, sendo considerado o envolvimento do trabalhador com sua atividade laboral, contemplando objetivos claros, boas condições de trabalho, oportunidades de desenvolvimento, confiança nos colegas. Este conceito não deve ser confundido com satisfação no trabalho, que aborda o nível de entusiasmo do profissional sob as atividades exercidas (HARTER et al., 2002).

Entre os temas da psicologia positiva, o bem-estar no trabalho tem sido foco de alguns estudos. Em uma revisão de literatura, Santos e Ceballos (2013), verificaram que os estudos encontrados demonstraram uma evolução da necessidade de conceptualização do tema para a

preocupação em experimentar práticas buscando mudanças no cenário laboral. Porém, há uma grande dificuldade em escalas de avaliação e intervenções específicas, devido a amplitude e complexidade do tema.

Na revisão de literatura realizada para este trabalho, com foco em estresse ocupacional na APS, foram encontradas temáticas da psicologia positiva em onze artigos, os principais com práticas de mindfulness, avaliação e treinamento de resiliência e avaliação do bem-estar dos trabalhadores. Portanto, este trabalho utiliza a Psicologia Positiva como referencial teórico, ancorado nas evidências encontradas na literatura e por compreender a complexidade do trabalho na APS, que exige intervenções organizacionais, onde há menor governabilidade política, mas também intervenções individuais e subjetivas, tanto preventivas quanto potencializadoras.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

- Analisar as demandas e os recursos, no contexto de trabalho da APS, ancoradas na psicologia positive, sob a ótica do modelo JDR.

5.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as demandas organizacionais, quantitativas e qualitativas oriundas do trabalho na APS;
- Identificar os recursos pessoais, sociais, conteúdo de trabalho, desenvolvimento e organizacionais oriundos do trabalho na APS;
- Identificar estratégias de promoção da saúde mental dos trabalhadores, por meio de discussões do estresse ocupacional, baseados nos conceitos da psicologia positiva;
- Produzir cartilha com sugestões para prevenção ao estresse ocupacional na APS, a partir das discussões com os profissionais.

6 MÉTODO

A ciência constituiu-se como o caminho para a definição de verdades que expliquem os fenômenos naturais, dominando as ciências exatas na interpretação dessa realidade. Contudo, desde o final do século XX, há uma transição paradigmática que necessita de métodos alternativos para interpretar as questões sociais e humanas. No Brasil, este movimento ganha forças com o movimento de Reforma Sanitária e a valorização de debates e publicações críticas. No campo da saúde, a enfermagem foi pioneira em evidenciar que havia assimetrias em relação à teoria técnica e científica da categoria com a prática clínica que exigia uma responsabilidade humanista. Assim, o surgimento da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) atende a um modelo que relaciona elementos da pesquisa com a prática assistencial (PAIM e TRENTINI, 2014).

No formato da PCA, o desenvolvimento da investigação científica ocorre a partir do campo da prática assistencial, possibilitando a intervenção para o enfrentamento dos problemas, ao mesmo tempo em que se produz os dados. Os pesquisadores e objetos de pesquisa estão relacionados, aproximando a teoria da prática (CORTES; PADOIN; BERBEL, 2018). Alguns pressupostos da PCA são: o cenário da prática assistencial é um campo fértil de questões a serem estudadas, propiciando a união entre saber-fazer e saber-pensar, no qual o profissional de saúde é um pesquisador potencial e produtor de mudanças das questões cotidianas (PAIM e TRENTINI, 2014). Em estudo de pesquisa avaliativa da PCA foram destacados resultados que demonstram que este desenho de estudo possibilita o desenvolvimento da autonomia, do pensamento crítico, da valorização do conhecimento profissional e do senso comum e da abertura de um leque de temas para estudos que surgem dos desdobramentos de pesquisas convergentes assistenciais (PAIM, 2014).

As características da PCA, são: dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade. A dialogicidade corresponde a convergência entre ideias tanto da lógica assistencial, quanto da lógica investigativa, primando pela troca de conhecimentos entre os sujeitos envolvidos no cenário estudado, com potencial de gerar mudanças. A expansibilidade refere-se à ampliação do objetivo inicial da pesquisa, a medida que o diálogo entre pesquisa e prática vai ocorrendo, ou seja, emergirão temas e interesses durante o processo que exigirá flexibilidade do pesquisador para reformular teorias ou até mesmo identificar a necessidade de novos projetos. A imersibilidade exige que o pesquisador faça parte do contexto assistencial durante o processo de pesquisa, coletando os dados ao mesmo tempo em que atua como profissional situado dentro da situação problema. A simultaneidade traz o paradigma da complexidade da PCA, pois determina que as ações de pesquisa e assistência ocorram em

simultâneo, dialogando com as informações, mas guardando as suas particularidades, sem dominância de nenhuma das partes (TRENTINI; PAIM, 2014).

O desenho da pesquisa em PCA apresenta quatro fases (TRENTINI, 2014):

- **Concepção:** consiste na seleção de uma temática e de um problema a ser modificado na prática profissional, negociado com a equipe participante. A partir da definição da questão norteadora e dos objetivos da pesquisa, são realizadas aprofundamento teórico do tema, argumentação da justificativa da pesquisa e alinhamento com a metodologia da PCA, além da definição de cenário e participantes.

- **Instrumentação** define o desenho metodológico da pesquisa de forma mais detalhada do que na concepção, portanto descreve os procedimentos para definição de espaço físico, escolha dos participantes, negociação do projeto com a equipe e delimitação dos instrumentos de produção de dados. Devido as características da PCA, com a necessidade do envolvimento crítico de sujeitos com o seu cenário de prática para induzir qualificação na assistência, há uma tendência ao uso de instrumentos de pesquisa qualitativa, que possibilitam uma melhor análise dos componentes sociais e subjetivos da pesquisa.

- **Perscrutação** é a coleta dos dados na prática, interligada com as fases de instrumentação e análise. Consiste na busca minuciosa e profunda das condições relacionadas com o contexto da pesquisa e das informações que podem gerar mudanças, no aspecto físico, técnico, científico, emocional, cultural, social, ético, etc.

- **Análise dos dados** coletados, seguem os princípios da pesquisa qualitativa e constituem quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. A apreensão consiste na coleta de dados propriamente dita, sendo fundamental o registro de forma organizada. A partir do registro, é possível identificar unidades de informações semelhantes, codificar e reunir em categorias temáticas, permitindo a observação da saturação os vazios das questões da pesquisa. Na síntese, o investigador irá examinar as ideias que surgem das categorias e reuni-las em um todo que seja capaz de explicar de forma coerente a situação investigada. Na teorização, serão identificadas as relações entre o que foi investigado e outras produções para oferecer uma estrutura teórica para as mudanças que podem ser

implementadas. Já a transferência, refere-se na possibilidade de compartilhar o que foi produzido em situações similares (TRENTINI; PAIM, 2014).

Este estudo tem caráter qualitativo, com abordagem da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Esse método permite a exploração do cenário de prática com participação ativa do pesquisador, em busca de respostas e mudanças sobre o problema da desmotivação dos profissionais, diante do estresse laboral crônico vivenciado na APS. Nesse sentido, partindo-se dos princípios da PCA, essa pesquisa, ao mesmo tempo em que se propôs a realizar a coleta dos dados, proporcionou a discussão do cotidiano de trabalho, as experiências dos participantes, orientação e educação relacionada ao fenômeno do estresse laboral, como também a introdução da psicologia positiva como uma possível ferramenta para mudança dos cenários de prática.

6.1 CONCEPÇÃO

Neste trabalho, a fase da concepção consistiu na percepção da pesquisadora sobre o estresse profissional como uma questão problema no seu campo de trabalho, devido a experiências pessoais e de colegas de equipe que demonstravam sintomas de estresse laboral, levando a afastamentos ou desligamentos do trabalho. Em discussões com colegas de trabalho, da USF e do programa de residência multiprofissional, foi também identificada a necessidade de pensar estratégias para reduzir o estresse e apoiar aqueles que evoluem para o adoecimento psíquico.

Em congruência com estas observações, este estudo discutiu entre os trabalhadores possíveis estratégias de enfrentamento para o estresse ocupacional, levando em conta as evidências existentes na área. Para isso, a pesquisadora realizou revisão integrativa de literatura considerando como descritores “estresse ocupacional”, “pessoal da saúde” e “atenção primária à saúde”, no qual os resultados subsidiaram o desenvolvimento deste projeto de pesquisa e as discussões realizadas entre os profissionais da atenção primária.

6.2 INSTRUMENTAÇÃO

6.2.1 Cenário do Estudo

A cidade de Camaçari está localizada na Bahia, sendo Região Metropolitana de Salvador. De acordo com as estimativas do IBGE, em 2017 a população chegou em torno de 297 mil habitantes, contando com um grande crescimento populacional. Este crescimento nos últimos anos foi impulsionado pela forte industrialização, com a presença de um polo petroquímico e indústria automobilística, gerando um fluxo migratório de pessoas atraídas pelo mercado de trabalho. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Camaçari (2018), a

organização do município é baseada em uma sede ocupada pelos trabalhadores da indústria e uma costa, caracterizada por grandes atrativos turísticos. O município também é considerado sede da microrregião do estado, sendo referência assistencial para os municípios de Conde, Pojuca, Mata de São João, Simões Filho e Dias D'Ávila.

Há cinco anos, desenvolve-se no município um programa de residência, que integra residentes de medicina de família e comunidade e residentes multiprofissionais em saúde da família, que assumem como profissionais das equipes seis USF (Nova Aliança, PHOC III, PHOC CAIC, Parque das Mangabas, Verde Horizonte 2 e Piaçaveira). Cada equipe de saúde da família atende cerca de 3500 pessoas e é formada por médico, enfermeiro e dentista residentes, apoiados ombro a ombro por preceptores de cada categoria profissional. Além disso todas as unidades dessa região são apoiadas por um NASF-AB, também composto por profissionais residentes. Os demais profissionais de nível técnico e administrativos são servidores públicos do município.

Os serviços oferecidos pelas USF seguem diretrizes definidas pelo programa de residência e se caracterizam em acolhimento à demanda espontânea; consultas individuais com médicos, enfermeiros e dentistas com organização da agenda não programática; consulta coletivas; visitas domiciliares; realização de procedimentos; atividades coletivas com a comunidade, entre outras. Além disso, são realizadas reuniões de equipe semanalmente e reunião geral das USF mensalmente. Preconiza-se uma gestão colegiada, com reunião semanal dos representantes das diversas categorias do serviço e incentiva-se a participação social, com implantação de conselhos locais de saúde em algumas unidades.

O estudo foi desenvolvido junto aos profissionais das USF que compõem o programa de residência, do município de Camaçari, por ser a área onde atua a pesquisadora, na função de preceptora médica da USF PHOC III. A inserção no campo de prática, permitiu a imersibilidade da PCA e melhor articulação com os diferentes atores para pautar a discussão e intervenção sobre o estresse ocupacional dos profissionais da atenção primária à saúde.

6.2.2 Sujeitos do Estudo

Os participantes foram dez profissionais das USF que compõem o programa de residência, no município de Camaçari. Foram enviados convites (Apêndice 2), por meio eletrônico, para gerentes e preceptores para que fossem divulgados em suas USF, explicando brevemente a proposta de grupos de discussão virtuais, de forma que os profissionais interessados pudessem escolher participar espontaneamente. O critério para inclusão do participante foi ser profissional de saúde, lotado em USF do programa de residência,

priorizando a participação de preceptores de qualquer categoria e servidores municipais, por possuírem vínculos mais permanentes com as USF.

6.2.3 Produção dos Dados/Coleta de Dados

A PCA possibilita o uso de diversas metodologias de pesquisa para coleta de dados. Nesse estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa para compreender o desenvolvimento do problema no local estudado, assim como a percepção dos trabalhadores sobre o estresse ocupacional na atenção básica, considerando que a pesquisa qualitativa permite uma maior aproximação entre o pesquisador e o campo, valorizando o aspecto descritivo e as diferentes perspectivas dos atores envolvidos (GODOY, 1995).

De acordo com a PCA deve-se privilegiar a triangulação de técnicas de produção de dados, ou seja, o pesquisador deve utilizar-se de mais de um instrumento para pesquisar determinada temática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Portanto, considerando-se os objetivos, o objeto e o referencial metodológico, optou-se pelas técnicas da entrevista semiestruturada (MINAYO, 2012) e da técnica do grupo de convergência (TRENTINI; PAIM. SILVA, 2014).

Enquanto o projeto estava sendo desenvolvido, o mundo foi afetado por uma pandemia que causou grandes impactos na sociedade. Em março de 2020, A OMS (2020) declarou a corona vírus como uma pandemia, a partir de então, mundialmente, foram adotadas estratégias para reduzir a propagação do vírus, como o fechamento de todos os serviços comerciais não essenciais, suspensão das atividades escolares e eventos culturais. A recomendação padrão passou a ser evitar sair do domicílio, em caso de necessidade seria adequado o uso de máscara de proteção facial, higienização constante das mãos e manter distância entre as pessoas, evitando aglomerações (OMS, 2020).

No Brasil, a atenção primária precisou passar por adaptações diante da pandemia da corona vírus. No seu papel de porta de entrada, foi recomendado para as USF identificar precocemente pessoas com sintomas respiratórios e deixar uma equipe de profissionais e uma sala isolada para o atendimento de casos suspeitos de corona vírus (BRASIL, 2020).

Aliado a isso, foi recomendada a suspensão de consultas eletivas, mantendo o acompanhamento de gestantes e pessoas com doenças crônicas de forma virtual ou com horários agendados bem planejados para evitar a espera do usuário no serviço de saúde. Também foram suspensas as atividades de reuniões de equipe, atividades coletivas ou grupos (BAHIA, 2020).

Diante desse cenário, o projeto precisou adaptar-se às recomendações de prevenção à corona vírus, utilizando ferramentas que evitassem reuniões presenciais, principalmente em aglomerações em grupos. Portanto, para produção e coleta dos dados, foram realizados encontros virtuais com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, através de plataforma de reunião online do Google Meet.

Inicialmente, foi enviado convite (Apêndice 2) por meio eletrônico, através de e-mail e aplicativos de mensagens, para os profissionais das USF elegíveis para o estudo. Os profissionais que se disponibilizaram a participar da pesquisa entraram em contato com a pesquisadora e foram agendados horários presenciais ou por via telefônica, a depender do desejo e disponibilidade dos participantes, para apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1) e aplicação de questionário individual sobre o tema (Apêndice 4). Após a concordância com o TCLE, uma cópia do mesmo foi encaminhada para o e-mail dos participantes.

6.3 PERSCRUTAÇÃO

Os dados foram coletados a partir dos registros da pesquisadora do seu campo de trabalho (documentos, relatos pessoais), das escutas nas entrevistas e da participação nos grupos convergentes. Estes registros, partiram da observação da pesquisadora nas atividades, com a utilização da escrita em diário de campo, logo após as atividades.

O instrumento que permitiu a coleta de dados foram as entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado contendo: dados sócios demográficos e questões que abordavam a percepção dos profissionais e suas experiências com a temática em discussão. As nuvens de palavras sobre demandas e recursos do trabalho na APS, produzidas na atividade em grupo convergente, também foram considerados fonte de dados para pesquisa. Tanto as entrevistas para aplicação do questionário como os próprios grupos convergentes foram gravados, com aplicativo gravador de voz e tela do computador, que posteriormente foram transcritas, para possibilitar a análise de conteúdo temático.

6.3.1 Entrevista Semiestruturada

A técnica de entrevista é uma das estratégias mais utilizadas nas pesquisas de campo. Representa uma conversa entre interlocutores, por iniciativa de um entrevistador, podendo contemplar um participante ou até um grupo. O objetivo da entrevista é produzir informações sobre o tema que é objeto da pesquisa e que são produzidas através do diálogo e das reflexões do indivíduo sobre a realidade vivenciada, apresentando ideias, sentimentos, comportamentos,

opiniões. Dessa forma, a entrevista reflete a própria sociedade e a dinâmica existente nas relações e esse contexto deve ser considerado no momento da análise dos dados (MINAYO, 2012).

As entrevistas podem ser classificadas de acordo com sua organização, podendo ser uma sondagem de opinião, aberta, focalizada, projetiva ou semiestruturada. Neste trabalho foi optado pela entrevista semiestruturada, na qual o entrevistador pode combinar perguntas abertas e fechadas e através da conversação discutir sobre o tema, sem precisar se prender a questões formuladas previamente (MINAYO, 2012).

Foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, de forma individual com os participantes do estudo. De acordo com a disponibilidade do participante, algumas entrevistas foram feitas presencialmente, enquanto outras foram realizadas por meio de ligação telefônica. A duração média das entrevistas foi de 30 minutos e elas ocorreram no período de novembro de 2020 a março de 2021. As perguntas iniciais foram feitas com base no roteiro elaborado para esta pesquisa (APÊNDICE 4) que serviram como disparador para as reflexões do participante, enquanto outras perguntas surgiram a partir da conversação com cada sujeito.

6.3.2 Grupo de Convergência

O grupo convergente consiste em uma modalidade de utilizar a formação de pequenos grupos de discussão para desenvolver a pesquisa, ao mesmo tempo em que trabalha questões da clínica, da educação para saúde e do cotidiano do trabalho. Estratégia também coerente com os pressupostos da PCA (TRENTINI, 2014).

Em um segundo momento foram realizadas três reuniões em grupo envolvendo todos os participantes da pesquisa, durante o mês de março de 2021, com periodicidade semanal e duração média de duas horas, através da plataforma online e gratuita do Google Meet.

As reuniões foram planejadas em formato de grupos convergentes, visando partir de situações concretas do cotidiano dos profissionais para levantar reflexões sobre as práticas e discutir estratégias de transformação da realidade. O referencial do modelo JDR subsidiou o embasamento teórico das reuniões, com foco na identificação e discussão das demandas e recursos disponíveis no cotidiano das USF da residência, em Camaçari. Antes de cada reunião, eram enviados lembretes da data e horário para todos os participantes, por meio de aplicativo de mensagens.

Na primeira reunião, ocorreu a apresentação pessoal dos sujeitos e as suas trajetórias na APS, além da exploração das expectativas dos mesmos sobre os encontros da pesquisa. Em um segundo momento, a pesquisadora apresentou a proposta da pesquisa e a programação dos

encontros, sendo pactuado em grupo o melhor dia e horário para as reuniões subsequentes. Dando continuidade, os participantes foram questionados sobre a diferença entre os conceitos de estresse ocupacional e esgotamento profissional. Também foram apresentados alguns dados epidemiológicos da revisão integrativa deste trabalho, evidenciando o impacto do estresse ocupacional na APS e suas principais características, assim como o aparecimento da psicologia positiva entre as estratégias de enfrentamento deste problema.

Em seguida, foi proposta a leitura do artigo “Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida” (VASQUEZ et al., 2019), com tempo para leitura individual e posterior discussão em grupo sobre os pontos que chamaram atenção na leitura e a definição de demandas e recursos do trabalho. Ao final, a pesquisadora apresentou as principais demandas e recursos que foram identificados nas entrevistas individuais e o grupo validou as respostas, acrescentando algumas sugestões.

Para atividade durante a semana, foi proposto o Diário das Bênçãos, com apresentação da sua metodologia e evidências dos impactos no bem-estar dos seus praticantes. Antes da reunião seguinte, foi enviado para os participantes, por aplicativo de mensagens, um lembrete sobre o exercício do Diário das Bênçãos e algumas orientações de como executá-lo (Apêndice 5).

A segunda reunião iniciou com o compartilhamento das experiências dos participantes com o exercício do Diário das Bênçãos, sendo questionados quais sensações despertaram, quais benefícios e dificuldades percebidos com a atividade. Em seguida, foi compartilhada a narrativa de uma situação de estresse vivenciada pela pesquisadora, similar a situações descritas pelos participantes no questionário, com a proposta de discutir: quais problemas podem ser identificados na situação, quais as principais causas desses problemas e como os profissionais costumam lidar com esse tipo de situação na sua rotina. Estava previsto o debate de uma segunda situação problema, porém com o desenvolvimento e aprofundamento da primeira discussão, não houve tempo disponível para seguir o planejamento. Para finalizar foi realizada uma breve avaliação do encontro pelos participantes e solicitado que os mesmos preenchessem um link do Menti Meter, com as três principais demandas que elas identificavam no seu trabalho na APS.

Na última reunião do grupo, a pesquisadora iniciou compartilhando a nuvem de palavras construída pelo grupo sobre as demandas do trabalho na APS, a partir da ferramenta do Menti Meter. A partir dessa imagem, foi solicitado que o grupo compartilhasse quais os recursos costumavam utilizar para enfrentar essas demandas na prática das USF. Em seguida, foram apresentados os dados obtidos nas entrevistas individuais, sobre os principais recursos

citados pelos profissionais, classificando-os em recursos individuais, sociais e organizacionais. Para cada tópico, foi proposto que eles escolhessem um recurso, para si ou sua USF, que gostariam de investir mais e refletissem sobre os benefícios e desafios para potencializá-los na rotina de trabalho. Após, foi solicitado que preenchessem um link do Menti Meter, com os três principais recursos que elas identificavam no seu trabalho na APS. Para finalizar, foi aberto espaço para os participantes avaliarem os encontros e compartilhassem a contribuição dessa experiência para sua prática profissional.

O planejamento dos grupos está resumindo na tabela abaixo e o roteiro com a descrição das atividades encontra-se no Apêndice 3.

Quadro 1- Planejamento dos encontros do grupo convergente.

Encontro	Conteúdo	Atividade
Primeiro	Apresentação da pesquisa Estresse ocupacional na APS Modelo JDR	Apresentação dos participantes Discussão sobre modelo JDR, através do artigo “Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida” Apresentação das demandas e recursos do questionário previamente aplicado Atividade para Casa: Diário das Bênçãos Avaliação do encontro
Segundo	Demandas do trabalho na APS	Compartilhamento da experiência com o Diário das Bênçãos Discussão de situação problema, exemplo do estresse ocupacional na APS Levantamento das demandas do trabalho na APS – Menti Meter Avaliação do encontro
Terceiro	Recursos de trabalho na APS	Compartilhamento da experiência com o Diário das Bênçãos Apresentação dos recursos individuais, sociais e organizacionais do questionário previamente aplicado e discussão sobre desafios e potencialidades do uso desses recursos Levantamento dos recursos do trabalho na APS – Menti Meter Visualização da balança de recursos x demandas Avaliação do encontro

Fonte: Elaborado pela autora.

6.4 ANÁLISE DE DADOS

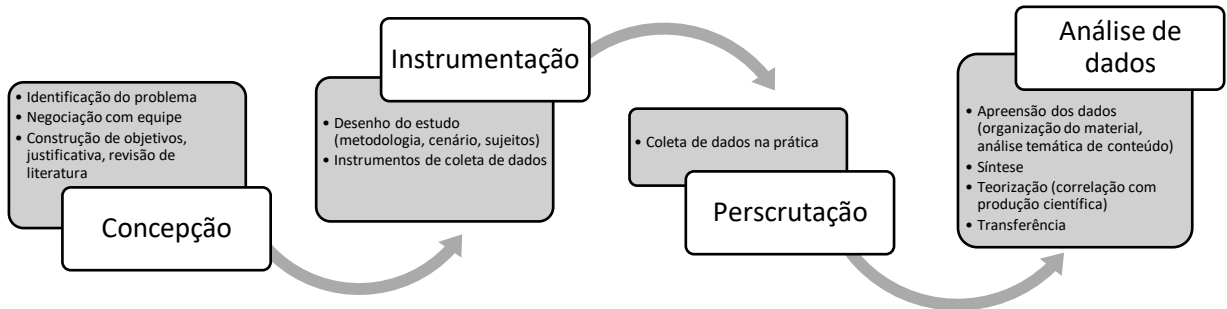
Segundo a metodologia da PCA, a análise de dados se constitui em algumas etapas, sendo elas a apreensão, síntese, teorização e transferência. A apreensão consiste na organização das informações conforme elas são coletadas. Para isso podem ser utilizadas técnicas de codificação e divisões em categorias, a partir do agrupamento dos dados por similaridade de conteúdo. A medida que essa organização é feita, é possível perceber os temas que emergem dos dados, observando que alguns podem sofrer saturação, enquanto outros podem apresentar vazios de conteúdo que podem ser melhor explorados retornando ao campo e aos participantes da pesquisa em busca de novas informações (TRENTINI; PAIM, 2008).

Seguindo a análise, a síntese do conteúdo permite o pesquisador reunir os dados e apresentá-los de forma que apresente um todo coerente para a pesquisa. A partir disso, podem ser formuladas hipóteses e questionamentos sobre os dados, de forma que permita a descrição e explicação do fenômeno no campo prático da pesquisa, o que caracteriza a etapa da teorização. Na transferência, os resultados obtidos podem ser ampliados e socializados de forma que possa contribuir para a transformação da realidade discutida, principalmente no que se refere as práticas assistenciais, como prevê a PCA (TRENTINI; PAIM, 2008).

Nesta pesquisa, a partir das gravações foram realizadas as transcrições das entrevistas e dos grupos, além do diário de campo da pesquisadora. Com o fim de preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, utilizou-se a letra E de entrevistado, seguido do número de inserção do sujeito no estudo (E1, E2, sucessivamente) na pesquisa. Assim, foi realizada leitura de todo material, selecionados alguns trechos e organizados em categorias temáticas, que se relacionavam com os objetivos e marco teórico deste trabalho. Sendo as categorias que emergiram dos dados: as demandas do trabalho na APS, os recursos do trabalho na APS, os desafios do trabalho da preceptoría na APS e os efeitos da pandemia nos trabalhadores da APS.

A partir das categorias temáticas que emergiram dos dados, foi possível a síntese do pesquisador sobre a temática, contextualizando as informações recebidas e realizando algumas inferências que permitiram a associação com as experiências do próprio pesquisador. Ao final, houve a teorização, correlacionando a síntese com outros dados encontrados na literatura, para o embasamento teórico das mudanças que pretendem-se aplicar a prática, convergindo a dimensão da pesquisa com a dimensão assistencial da PCA. Essa produção serviu de subsídio para a etapa de transferência, através da construção de uma cartilha com os principais recursos apontados pelos profissionais que podem ser investidos para redução do estresse ocupacional da APS.

Figura 2 - Fases da Pesquisa Convergente Assistencial.



Fonte: Elaborado pela autora.

7 ASPECTOS ÉTICOS

Anteriormente à realização da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CEP-UFRB), conforme a Resolução nº 466/12, a qual dispõe sobre as Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O projeto obteve a aprovação por meio do processo nº CAAE 36480520.6.0000.0056 de 25/10/2020 (APÊNDICE 6).

Por tratar-se de estudo que envolve profissionais de instituições de saúde e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foi necessária a anuência da Secretária de Saúde do município de Camaçari e da Coordenação do Programa Integrado de Residências Multiprofissional e de Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS.

Respeitando as Resoluções 466/12 (dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) e 510/16 (dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais), os participantes da pesquisa receberam esclarecimentos orais e por escrito e declararam, por e-mail, a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), que explicita os riscos e benefícios da pesquisa e garante o anonimato dos participantes, através da utilização de nomes fictícios na escrita dos resultados. Após a concordância em fazer parte da pesquisa, foi enviado por e-mail uma cópia do TCLE, assinada pela pesquisadora, para cada um dos participantes.

8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse tópico serão apresentados o perfil dos participantes do estudo e as principais categorias temáticas que emergiram da análise de conteúdo dos dados coletados.

8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram das atividades da pesquisa 10 profissionais, das seis USF que compõem o programa de residência da FESF SUS, no município de Camaçari. Entre as seis USF, quatro delas contaram com a participação de dois profissionais representantes e duas delas contaram com um profissional representante de cada unidade.

Sobre o perfil sócio demográfico dos profissionais, a maioria eram mulheres, correspondendo a 7 participantes. Sobre a etnia, 8 profissionais se declararam pardos e dois se declararam brancos. Em relação ao estado civil, 4 eram casados, 1 declarou união estável e 5 eram solteiros, quando questionados sobre filhos, a maioria não possui, correspondendo a 6 pessoas, enquanto 3 pessoas declararam possuir 1 filho e 1 pessoa declarou possuir 2 filhos. Sobre nível de escolaridade, 8 profissionais possuem pós-graduação completa nas áreas de saúde da família, saúde coletiva e saúde mental e psiquiatria, enquanto dois relataram mestrado completo, nas áreas de saúde da família e de ciências sociais.

Em relação às atividades profissionais, o grupo foi composto por: 4 médicos, 3 cirurgiões dentistas, 1 enfermeiro, 1 psicólogo do NASF e 1 sanitarista que atua como apoiador institucional em duas USF. A maioria dos profissionais declararam trabalhar na APS há mais de cinco anos (entre 6 e 10 anos), enquanto os outros 4 declararam trabalhar entre 1 a 5 anos na APS. Sobre o tempo de serviço na USF que estão alocados atualmente, 8 profissionais relataram trabalhar entre 1 e 5 anos na mesma USF, enquanto 1 trabalha há menos de 1 ano e outro entre 6 e 10 anos.

Estudo realizado por Tonelli et al. (2018) relatou que 18 meses é o tempo médio de permanência dos profissionais das USF de Montes Claros em Minas Gerais, a partir da análise dos dados de 811 profissionais, do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), em um período de 15 anos (de 2001 a 2016). Contudo esse apresenta variações, como por exemplo, observa-se maior permanência dos profissionais de nível técnico do que de nível superior. Os principais motivos de desligamento do profissional das equipes do CNES foram transferência para outras unidades e término de contrato, refletindo que pode haver fatores internos como insatisfação com o processo de trabalho das USF ou externos como política salarial e a dinâmica do mercado de trabalho de cada categoria profissional.

Em relação a carga horária de trabalho, 8 dos profissionais são vinculados a 40h semanais, enquanto 1 profissional possui carga horária de 30h e outro de 60h (residente). Quando questionados se possuem outros vínculos empregatícios, a maioria respondeu que sim, correspondendo a 6 profissionais. Lima, Farah e Bustamente-Teixeira (2017) e Silva et al. (2015), identificaram em seus estudos transversais, que os profissionais com maior carga horária nos serviços da APS, principalmente superior a 40h, e também aqueles que possuíam outros vínculos de trabalho apresentaram maior percentual de desenvolvimento de SB.

Apesar das profissões de formação, os profissionais exercem diferentes funções nas USF, principalmente pela vinculação com o programa de residência. Dessa forma, 9 dos 10 participantes são preceptores, sendo que 8 voltados para o seu núcleo profissional (medicina, enfermagem, odontologia) e 1 deles preceptor do NASF-AB.

Historicamente, esse papel de preceptor é observado na Medicina, como uma prática de acompanhar profissionais mais experientes para o desenvolvimento de competências da profissão (SOUZA e FERREIRA, 2019). Essa atividade consolidou-se como uma prática de ensino, com políticas de integração entre instituições de ensino superior e serviços de saúde, visando a qualificação da formação de profissionais em saúde, sejam eles na graduação ou em programas de pós-graduação, como as residências médicas e multiprofissionais (SOUZA e FERREIRA, 2019).

Segundo a Resolução Nº 02, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2012):

[...] função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

Outras funções também são previstas para o preceptor, como acompanhar plano de atividades teórico-práticas, organizar escalas e férias, integrar os estudantes aos profissionais e equipes, participar de projetos de intervenção ou pesquisa condizentes com a qualificação dos serviços de saúde, identificar lacunas e dificuldades de aprendizagem dos estudantes, realizar avaliações e elaborar relatórios sobre o desenvolvimento dos estudantes, participar da avaliação e implementação dos projetos pedagógicos dos programas de ensino (BRASIL, 2012).

Dessa forma, observam-se múltiplas atribuições para o preceptor que são adaptadas de acordo com a diversidade dos cenários de prática e projetos de ensino, porém o que há de comum em documentos oficiais e na literatura acadêmica é o reconhecimento da função pedagógica do preceptor (AUTONOMO et al, 2015).

Espera-se que além de um profissional competente no âmbito técnico-científico, apresente também habilidades de ensino, sendo responsabilidade das instituições de ensino a que estão vinculados capacitarem-lhes para essa atividade (SOUZA e FERREIRA, 2019).

Portanto, os participantes desta pesquisa conformam um grupo de trabalhadores da saúde da família, constituído em sua maioria por mulheres, pardas, solteiras e sem filhos. A maioria médicas, com pós-graduação em saúde da família, atuando há mais de 5 anos na APS, porém com menos de 5 anos de alocação na USF em que trabalham atualmente. Além disso, são profissionais com função de preceptoras de um programa de residência, sendo um fator diferencial para o envolvimento das mesmas com a qualificação da APS, a partir da formação de futuros profissionais especialistas nesta área.

Quadro 2 - Caracterização dos profissionais da APS participantes da pesquisa.

Identificação	Gênero	Cor/Raça	Estado Civil	Nº filhos	Escolaridade	Formação profissional	Tempo atuação na APS (anos)	Tempo atuação USF atual (anos)	Função na USF
E1	F	Parda	Solteiro	0	Pós-grad	Médico	4	1,5	Preceptor
E2	M	Parda	Solteiro	1	Pós-grad	Dentista	3,5	1,5	Preceptor
E3	F	Parda	Solteiro	0	Mestrado	Psicólogo	7	1,5	Preceptor
E4	F	Parda	Casado	0	Pós-grad	Médico	5	1,5	Preceptor
E5	F	Branca	Solteiro	0	Mestrado	Médico	7,5	5	Preceptor
E6	M	Parda	Casado	1	Pós-grad	Sanitarista	5	1,5	API
E7	F	Parda	U. estável	1	Pós-grad	Enfermeiro	7	4	Preceptor
E8	F	Parda	Casado	0	Pós-grad	Dentista	6	2	Preceptor
E9	F	Parda	Solteiro	0	Pós-grad	Dentista	6	6	Preceptor
E10	M	Branca	Casado	2	Pós-grad	Médico	10	0,5	Preceptor

Legenda: F – feminino; M- masculino; U. estável – união estável; Pós-grad – pós-graduação; API – apoiador institucional. Fonte: Elaborado pelos autores.

8.2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

A seguir apresenta-se as categorias temáticas que emergiram da análise de conteúdo temático dos dados produzidos, considerando o referencial teórico da psicologia positiva, essencialmente o Modelo JDR. As categorias são: Demandas do trabalho na APS, Recursos do trabalho na APS, Efeitos da pandemia de Covid-19 sobre os trabalhadores da APS e Desafios da Preceptoria na APS.

8.2.1 Demandas do trabalho na APS

Demandas são aspectos físicos, sociais ou organizacionais que requerem esforço físico ou mental e, portanto, tem repercussões fisiológicas ou psicológicas. Altas demandas no trabalho exigem maior energia para alcançar os objetivos e para isso são necessárias estratégias para recuperar essas energias. Quando a recarga não é suficiente ou adequada, o trabalhador pode chegar a exaustão e o adoecimento, levando a problemas de saúde como depressão, doenças cardiovasculares e queixas psicossomáticas (SCHAUFELI e TARIS, 2014).

As demandas também podem ser interpretadas como obstáculos, associados a conflitos interpessoais, conflitos de valores, ambiguidade e insegurança no trabalho ou como desafios, associados a complexidade das atividades, prazos e atribuição de responsabilidades. Estes últimos podem ser promotores de desenvolvimento dos trabalhadores e levar ao maior engajamento no trabalho (VAZQUEZ, FERREIRA e MENDONÇA, 2019).

Durante as discussões do grupo, foi construída a nuvem de palavras com as três principais demandas que cada profissional identifica na sua rotina de trabalho (Figura 3).

Figura 3 – Demandas do Trabalho na APS

Demandas do trabalho na APS

Mentimeter



Fonte: Elaborado pelos participantes da pesquisa

Durante as discussões, os participantes da pesquisa citaram diversas demandas que identificam no trabalho da APS. Dentre as demandas organizacionais, os pontos mais discutidos se referem a questões relacionadas a problemas na gestão central do município, como por exemplo, materiais e insumos insuficientes, profissionais incapacitados para exercer suas funções, falta de documentos oficiais orientadores dos processos de trabalho e falta de planejamento que impactam na desorganização dos serviços de saúde. Conforme trechos abaixo:

“A falta de insumos e equipamentos, eu acho que a gente não tem governabilidade sobre isso, então não tenho nenhum artifício, nenhuma forma, a forma que eu tenho utilizado de lidar é jogar para a gestão, de que eu vou parar se não tiver” (E9)

“Falta de profissionais capacitados para ocuparem lugares de gerência, de gerenciamento. É uma questão política de ter muito cargo comissionado, de mudar bastante os gestores, as pessoas que organizam o serviço (...). Espaços de gestão, são pessoas que não tem capacidade técnica, emocional, nem de vivência para gerir aquele lugar, e aí você fica de mãos atadas” (E1)

“Ninguém apresenta nada para a gente, ninguém conversa com a gente, é tudo mediado por um que fala para o outro, que fala para o outro, que fala para o outro, a gente nunca sabe de fato o que é que está acontecendo” (E6)

“ (Gestão) quer saúde na hora, a saúde até mais tarde um pouco, a unidade de saúde funcionando, atendendo COVID. O ponto do suporte é a gestão central, ela também tem que ficar até mais tarde, para poder auxiliar e encaminhar as demandas, dar resolutividade nas demandas, pressionar para que a gente consiga uma vaga quando precisa” (E6)

Também foi discutido sobre a baixa de autonomia dos profissionais no processo de trabalho e cobranças de atividades burocráticas. Os trabalhadores se sentem sem governabilidade para resolver os problemas, com agendas e atividades pré-definidas e determinadas pela gestão, poucos espaços de diálogo dos gestores com os profissionais dos serviços para tomada de decisões, constantes mudanças no processo de trabalho e composição das equipes, que impactam no desenvolvimento do trabalho e no sofrimento do trabalhador. São exemplos os trechos abaixo:

“Refleti que recursos como autonomia nas decisões quando não estão presentes podem ser fator de estresse, algo que identifiquei frequentemente na prática na unidade de saúde” (E8)

“O processo de trabalho eu tenho mais dificuldade, porque nem sempre tem espaço para discutir por pares. (...) Não é uma orientação de trabalho, é uma obrigação, que você tem de fazer naquele formato, então não tem um processo de adaptação, não tem um meio termo” (E7)

“Serviço de saúde ele estar voltado só para a gestão né, hoje a gente está recebendo um modelo de agenda, engessada, bem colocada, eu não sou contra, nem a favor, eu toco o que o barco dança, mas assim, eu acho que as equipes de saúde têm perdido a autonomia” (E7)

“Atividades burocráticas, eu também não sei lidar muito bem ainda com elas, tenho dificuldade de não fazer, que eu acho que vou ser cobrada” (E9)

Entre os princípios organizativos do SUS está a descentralização da gestão, na qual é prevista a divisão de responsabilidade e verbas entre as três esferas de governo – municipal, estadual e federal, de forma organizada e hierarquizada. Assim, os municípios têm grande importância na execução das ações, adesão à programas nacionais, no funcionamento e estrutura física dos serviços e na contratação de profissionais, mas são apontados alguns problemas para sua atuação efetiva, como a capacidade gestora dos próprios municípios, principalmente no que se refere a garantir vínculo dos profissionais e organizar a prestação de cuidado contínuo e coordenado nas USF (FREITAS e ARAÚJO, 2018; SOUZA, 2016).

Apesar das diretrizes do SUS, que direcionam a gestão do sistema de saúde, na prática muitos são os desafios para essa operacionalização, que impactam diretamente nas dimensões organizacionais das unidades e na autonomia dos profissionais no processo de trabalho (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2018; BRASIL, 2002). Entre esses desafios estão as práticas gerenciais pautadas em modelos tradicionais, com ações autoritárias, definição de tarefas mecanizadas e sem diálogo. Muitos gestores lançam mão de estratégias de controle do processo de trabalho, visando alcançar as metas, entendendo os trabalhadores como simples executores (GALAVOTE, 2016)

Outro ponto é a falha de comunicação adequada entre os diversos setores da administração municipal, dificultando o desenvolvimento do trabalho, além de limitação no orçamento financeiro e a influência de disputas políticas partidárias na consolidação das políticas de saúde (GABRIEL LOPES et al., 2017; CARDOSO, OLIVEIRA e FURLAN, 2016; FREITAS e ARAÚJO, 2018).

Alguns estudos sobre os desafios da atenção primária, corroboram as reflexões dos participantes, pois têm apontado que os profissionais estão insatisfeitos com questões relacionadas a falta de estrutura física e instrumentos adequados, recursos humanos insuficientes, excesso de atividades burocráticas e influência política na assistência (PIRES et al., 2020; COSTA, MOREIRA e BRITO, 2020; ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2018). Esses são fatores que geram repercussão negativa nos profissionais e sua relação com o trabalho, podendo comprometer a saúde e o bem-estar dos mesmos (COSTA, MOREIRA e BRITO, 2020).

Um outro ponto que apareceu bastante nas discussões e que geram um grande desgaste é a desorganização da rede de atenção à saúde, há uma dificuldade da APS dialogar com outros serviços da rede e garantir encaminhamentos seguros, muitas vezes tendo que disputar a vaga

para o usuário e também assumindo a responsabilidade por casos com complexidade maior do que é capaz de resolver, também há uma falta de fluxos bem definidos com mudanças constantes na organização pela gestão do município. Ou seja, há uma demanda obstáculo maior do que os recursos disponíveis para os profissionais da APS, no que se refere a Rede de Atenção à Saúde. Exemplificados pelos trechos seguintes:

“Um paciente desse (emergência grave) tem que ligar para a SAMU, não, mas agora mudou o fluxo, tem que ligar para regulação e tem que ser o regulador, aí depois na semana seguinte muda de novo e isso não acontecia só no cenário COVID, acontecia no cenário de todos os processos de trabalho” (E1)

“Tentar mediar a entrada da pessoa no CRAS, tentar mediar a entrada da pessoa no CAPS, eu parava tudo e tinha que ir lá saber o que estava acontecendo, por que essa pessoa não foi atendida? Isso na agenda, tinha outras coisas lá de demanda, mas aquilo se transformou na demanda prioritária naquele momento, tive que abandonar outras para, naquele momento, resolver isso, e assim, todo dia, toda hora, aparecendo” (E6)

“Você aciona o SAMU e o SAMU diz que não é uma atividade dele, que não é responsabilidade dele, isso é muito complexo, e o que é que define o que é cada um? Existem normativas que estão definindo isso?” (E7)

Para organizar o sistema de saúde, é necessário conhecer as necessidades de saúde da população. No Brasil, há uma transição epidemiológica, passando do predomínio de doenças infecciosas para um aumento crescente de doenças crônicas, devido ao envelhecimento da população. Dessa forma, o país possui um modelo de tripla carga de doenças, onde ainda não foram resolvidas as doenças infecciosas, desnutrição e problemas da saúde reprodutiva, ao mesmo tempo há um aumento das condições crônicas e seus fatores de risco e forte expressão de causas externas de morbidades (BRASIL, 2017).

Portanto, é necessário pensar uma organização que contemple atendimentos agudos e o acompanhamento de condições crônicas e, para atender essas necessidades, evidências da literatura de diversos países apontam que a organização em redes de atenção à saúde trouxe resultados positivos (FREITAS e ARAÚJO, 2018; ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2018).

Mendes (2010) considera que a rede de atenção deve ser uma organização dos serviços de saúde, sem hierarquias, articulados de forma cooperativa e interdependente, coordenados pela atenção primária, com foco na saúde integral e contínua entre os diferentes níveis de assistência. A base para o funcionamento dessa rede são a população, a estrutura operacional que versa sobre a articulação entre os elementos da rede e o modelo de atenção à saúde que orienta a lógica de sistema de saúde, o foco das intervenções, a visão de cuidado com base na situação, demográfica, epidemiológica e social (BRASIL, 2017).

Ainda que se preconize a organização das redes de atenção à saúde, há muitos desafios para sua implantação. Freitas e Araújo (2018) verificaram que os principais desafios atuais são: falta de conhecimento da população e dos próprios profissionais sobre o funcionamento do SUS, insuficiência na informatização dos serviços de saúde e uso do prontuário eletrônico, deficiência no estabelecimento de fluxos formais entre os diferentes serviços da rede, falha no diálogo entre esferas da gestão sobre a manutenção dos serviços ser de responsabilidade municipal ou estadual, disputas políticas partidárias e a influência do setor privado, que não dialoga com o público, gerando fragmentações na rede (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2018; SILVA et al., 2021).

Mesmo diante das dificuldades para organização da rede de saúde, algumas experiências têm se destacado com avanços na articulação entre serviços. Nóbrega, Silva e Sena (2016), em um estudo qualitativo com 51 profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da Região Centro-Oeste do município de São Paulo, foi identificada como uma das fortalezas da RAPS a articulação com a APS, como caminho para qualificação do cuidado em saúde mental, a partir da potencialização do vínculo, abordagem territorial, compartilhamento do cuidado entre as equipes.

Outra estratégia que contribui para uma abordagem em rede é o NASF-AB, que a partir do apoio matricial de profissionais de outras categorias é possível potencializar o cuidado integral das equipes de saúde da família, além da coordenação do cuidado e da articulação com outros pontos da rede de atenção (MELO et al., 2018; SALES et al., 2020). Porém, desde 2019, há um grande retrocesso nas políticas de saúde, gerando ainda mais desafios na prática, onde não está previsto recursos financeiros para o NASF, tornando inviável a sua manutenção em muitos municípios e causando prejuízo na assistência à população (SALES et al., 2020).

Outro aspecto discutido pelos profissionais são os conflitos do modelo de atenção à saúde proposto para APS contrapondo o modelo biomédico ainda vigente, o que gera obstáculos para uma melhor troca de saberes entre profissionais, disputa de ideias com usuários e sobrecarga dos profissionais nos serviços no contexto da APS, conforme os trechos elencados a seguir:

“Há conflitos no modelo de atenção à saúde, choque de ideias entre os profissionais, por exemplo, médico e enfermeiro tem formações acadêmicas com pensamentos diferentes e muitas vezes se os profissionais não encararem como uma possibilidade de troca, acaba virando um conflito A própria população tem essa ideia (médico centrada) e muitas vezes entra em conflito com o que nós queremos ofertar de cuidado” (E6)

“Será que é possível pensar em um formato menos adoecedor de trabalho na saúde com o modelo biomédico ainda hegemônico?” (E6)

“Um acolhimento como um pronto atendimento né, eu acho que isso sobrecarrega todo mundo, eu acho que isso deixa a unidade muito estressada assim, como se fosse um pronto atendimento que fica em vigilância o tempo inteiro. Modelo aí de atenção voltado mais para os profissionais de nível superior, formato hospitalocêntrico” (E10)

Historicamente, o cuidado em saúde foi pautado no tratamento de doenças, na valorização do diagnóstico e de altas tecnologias, com centralidade na figura do médico e no modelo de assistência hospitalar. Porém, esse modelo tornou-se muito caro para maioria dos países e pouco resolutivo em termos de indicadores de saúde coletiva, levando a busca por novas formas de organizar os sistemas de saúde (FREITAS e ARAÚJO, 2018; MATTA e MOROSINI, 2009).

A própria APS se constitui como uma proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, a partir dos princípios e diretrizes - porta de entrada do sistema, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, que se propõem a ordenar o sistema de saúde, passando de um modelo fragmentado e especializado para um modelo universal e descentralizado (FREITAS e ARAÚJO, 2018; ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2018; SOUZA, 2016).

Contudo, há muitos desafios para mudança de um modelo, observamos na prática dos serviços o foco na assistência às doenças, terapêuticas voltadas para prescrição medicamentosa e valorização de exames complementares em detrimento de estratégias de promoção da saúde (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2018).

Na prática esses desafios se expressam de várias formas, como por exemplo, nas dificuldades de articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que traz como proposta a aproximação dos serviços especializados com a atenção básica, entendendo esta como a coordenadora do cuidado, através de estratégias de matriciamento das equipes. O matriciamento é uma prática pedagógica de comunicação entre as equipes dos serviços, que prevê uma construção conjunta de um plano terapêutico para os usuários, considerando sua autonomia, as singularidades e o olhar multiprofissional para uma clínica ampliada. Porém para sua execução há uma série de barreiras que dialogam com a dificuldade de mudança de modelo, como a priorização de práticas curativistas e biologicistas, com enfoque em consultas ambulatoriais, em detrimento de outras práticas de cuidado (SILVA et al., 2021; GAMA et al., 2021).

Essas dificuldades são atravessadas por uma diversidade de fatores políticos, como relação próxima com o setor privado, a valorização do capital financeiro, as iniquidades sociais determinantes das condições de vida e saúde, modelo de gestão insuficiente, falta de recursos

e planejamento adequado, entre outras, que acabam sendo obstáculos para a execução do SUS, com avanço na mudança do modelo de atenção à saúde (FREITAS e ARAÚJO, 2018).

Apesar de todos os desafios citados para organização da rede de atenção à saúde e para mudança de modelo de atenção à saúde no Brasil, também são observados avanços com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Entre eles são citados a expansão da cobertura assistencial para populações historicamente desassistidas (como áreas rurais, ribeirinhas, situação de rua), a valorização do trabalho multiprofissional, maiores índices de vínculo, acolhimento e humanização nas USF que ajudam a dialogar com as necessidades de saúde da população, quando comparadas aos modelos tradicionais de assistência (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2018; GAMA et al., 2021).

Pinto e Giovanella (2018) realizaram um estudo ecológico, com dados secundários dos Sistemas de Informações nacionais, analisando o número de internações, entre 2001 e 2016, por condições que são sensíveis a atuação da APS e assim evidenciou uma redução de 45% dessas internações. Apesar de diversos fatores influenciarem o número de internações, é possível relacionar com o aumento da cobertura da APS nos municípios, principalmente no que se refere a melhoria do acompanhamento de condições crônicas, diagnósticos oportunos e acesso a medicações (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

Portanto, os desafios para organização da rede de atenção à saúde, a partir de um novo modelo de atenção, centrado na APS, atravessa diversas questões da nossa sociedade, como fatores políticos, culturais, econômicos. Dessa forma, o trabalho dos profissionais na APS, muitas vezes pode ser exaustivo, por se propor a atuar na contramão dos determinantes sociais da saúde. Uma mudança de modelo de atenção, requer uma articulação intersetorial capaz de impulsionar mudanças na sociedade que contemplem o cuidado em saúde, no seu sentido mais ampliado, com garantias de direitos humanos e sociais.

Apesar das dificuldades encontradas para o desenvolvimento da APS, percebe-se que o investimento no fortalecimento dos seus princípios, com ampliação do acesso aos usuários das áreas mais remotas, aposta no trabalho multiprofissional, estratégias de matriciamento para coordenação do cuidado, dentre muitas outras iniciativas das equipes ou de políticas públicas, ao longo dos anos, estão apontando benefícios desse modelo de atenção e sendo capazes de demonstrar avanços na saúde da população. Ainda há um longo caminho para percorrer na construção do SUS e da APS, mas no tempo histórico são o início de uma política de saúde que resiste com saldo positivo, em meio a tantos desmontes e adversidades políticas.

No que se refere as demandas consideradas quantitativas, houve muitas falas sobre a sobrecarga de trabalho na rotina da APS pela alta demanda assistencial das comunidades, por

uma cobrança de produção sem valorização da qualidade do trabalho realizado e por equipes incompletas ou com profissionais não capacitados, que geram desvio de funções dos outros para cobrir e garantir o bom funcionamento das atividades do serviço.

Essas percepções dos participantes são encontradas em outros estudos que demonstram alta carga de trabalho na saúde da família, no que se refere a número de atendimentos realizados, atender uma população maior do que a recomendada, características de alta vulnerabilidade da população (COSTA, MOREIRA e BRITO, 2020; PIRES et al., 2020).

Martins e Carneiro (2014) discutem que desde os anos 1980, junto as reformas dos sistemas de saúde nos países centrais, há uma discussão sobre novos modelos gerenciais em saúde, principalmente sobre os aspectos de contratuais, visando diminuir a burocracia e dar mais autonomia às gestões. Porém esses novos modelos, demonstram maior aproximação à lógica dos setores privados, como cobranças de metas, terceirização, desprofissionalização das funções e desenvolvimento atrelado às questões orçamentárias (FREITAS e ARAÚJO, 2018; ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2018).

No âmbito do SUS, observamos esse movimento com as mudanças nas políticas de saúde, entre elas uma nova proposta de financiamento para a APS, denominado Previne Brasil. Nesse novo formato há extinção de um piso fixo repassado aos municípios e o pagamento passa a ser feito a partir de captação ponderada dos usuários cadastrados nos serviços, metas de produção focadas em aspectos clínicos e incentivo para ações estratégicas. Dessa forma, são desvalorizadas características importantes do APS, como a vinculação com território, a clínica ampliada e multiprofissional, o foco comunitário, além de desconsiderar as desigualdades assistenciais dos diversos municípios pelo país. Percebe-se que essa nova política, faz um movimento de aproximação com a lógica de mercado e a privatização da saúde e aumentando ainda mais a sobrecarga e cobrança sobre os profissionais de saúde (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020).

Dessa forma, é possível compreender alguns aspectos da precarização dos vínculos empregatícios na APS e das cobranças quantitativas, que se expressam nos trechos abaixo:

“Bem corriqueira é a questão da demanda, o alto fluxo das unidades, e mesmo antes da pandemia, era uma demanda muito grande, tanto de atendimento à demanda espontânea, como atendimento programado” (E1)

“O incentivo do profissional é ser valorizado, eu não tenho plano de carreiras, eu não tenho estímulo ao estudo né (...) Quando eu trabalho até mais tarde, como segunda feira, tem uma indecisão de receber a minha hora extra, não tenho os meus direitos garantidos né, e é muito chato, muito difícil você ficar disputando isso, e às vezes você disputa isso sozinha, porque a gente não tem uma relação de coletivo” (E7)

“Quando a gente não tem material humano, então, por exemplo, quando falta recepcionista, e isso é um problema assim lá na unidade, a recepcionista até tem, mas ela chega muito tarde, então isso gera uma sobrecarga de trabalho que a gente tem que começar fazendo o trabalho dela” (E4)

“Eles valorizam a carga horária né, ou seja, a disponibilidade do sujeito para estar no quartel com o chicote no lombo, e eu acho que isso é uma prática que tem que ser revista e mudada” (E10)

Em relação às demandas da dimensão qualitativa, apareceram aspectos emocionais como angústias, inquietações éticas, excesso de cobranças, insegurança sobre os direitos do trabalhador diante de vínculos precários, assim como a dificuldade de compartilhar esse sofrimento com alguém que compreenda e acolha a realidade desses profissionais. Conforme trechos abaixo:

“Em geral somos levados a acreditar que precisamos cuidar dos outros e quando isso não acontece ou não é possível gera uma frustração. Questiono-me quem cuida desse profissional, que geralmente é o cuidador. “Ah, é assim mesmo, não tem jeito não”, como alguns servidores já estão assim, isso já entrou no fazer da pessoa, para ela perdeu a esperança, está ali e vai ganhar seu dinheiro, contando o tempo para ir embora no dia ou o dia de se aposentar logo e sair dali” (E6)

“Às vezes eu faço muito mal ao paciente por estar fazendo um atendimento precário, sem o EPI, sem equipamento, mas eu estou ali naquela ânsia de ajudar (...). O trabalho não funciona dessa forma, e a cada dia mais a gente não está olhando para o usuário, a gente está olhando só para as equipes ou para quem é conveniente o recurso financeiro ou da gestão e isso está me frustrando muito” (E7)

“Essas coisas que são colocadas na nossa cabeça de que a gente só é merecedora de alguma coisa se a gente ralar muito, se a gente sofrer muito e tem que ser tudo na base do sofrimento” (E5)

“Essa demanda objetiva demais na saúde né, a ciência dura, pela questão da precisão cirúrgica para fazer as intervenções, das políticas, as condições e as demandas do dia a dia, e você é desconectado de sua subjetividade de uma forma que você depois não consegue não trabalhar ela, externalizar” (E6)

Os fatores quantitativos, como sobrecarga de atividades e alta demanda de produção, relatados pelos profissionais desta pesquisa são listados em estudos que descrevem cargas de trabalho excessivas, acúmulo de funções, mudanças muito frequentes e limitações na capacidade de execução, como fatores que levam a exaustão emocional e são um dos pilares da SB (COSTA, MOREIRA e BRITO, 2020; PIRES et al., 2020).

Já os fatores qualitativos citados pelos entrevistados, como aspectos emocionais, desgaste mental e físico, também são fatores que predispõem ao adoecimento do trabalhador e outros estudos os descrevem associados com baixa autonomia, discrepância entre expectativa e realidade do trabalho, sentimento de insegurança social ou econômica ou de injustiça nas relações de trabalho, normas muito rígidas e conflitos nas relações interpessoais

(KATSURAYAMA et al., 2013; HELFRICH et al., 2014; MARTINS et al., 2014; RILEY et al., 2018).

Franco e Merhy (2013) argumentam que o trabalho em saúde é essencialmente subjetivo, por mais diretrizes e normas que sejam estabelecidas para orientar o trabalho na APS, há um lado que cada profissional desenvolve na relação com o usuário, no encontro para o cuidado com cada indivíduo e suas singularidades, na relação com os colegas de trabalho, que sempre será diferente para cada pessoa e são as fontes propulsoras para a formação dos sujeitos e a transformação das realidades, mesmo que pareça restrito na micropolítica do seu local de atuação.

Vale destacar as questões individuais e sociais que também influenciam esse processo de adoecimento no trabalho. É comum a identificação de perfis com maior envolvimento no trabalho, competitivos, idealistas, altruístas, perfeccionistas, controladores entre os profissionais que desenvolvem SB (PEREIRA, 2011). Também há maior incidência da SB entre jovens, solteiros, gênero feminino e com maior nível de escolaridade (LIMA, FARAH E BUSTAMENTE-TEIXEIRA, 2017; SILVA et al., 2015).

Entre as discussões da dimensão qualitativa foi discutido sobre o impacto das questões de gênero no trabalho na APS. Os participantes refletiram que a maioria das equipes é formada por mulheres e que a construção social em cima do comportamento e do papel da mulher na sociedade podem refletir alguns comportamentos no trabalho que favorecem o sofrimento, como discutem nos trechos seguintes:

“Venho pensando sobre o SUS, que é um símbolo e reflexo de uma sociedade patriarcal, o homem faz uma péssima gestão com o dinheiro disponível e as mulheres, a maioria no SUS, fazem milagres com nenhum recurso” (E5)

“A forma como eu me relaciono com ele (trabalho), eu me relaciono de uma forma muito energética, eu deposito muita energia e isso não é saudável para mim, a gente tem assumido essa responsabilidade, talvez por ser mulher, por ser mais maternal, eu acho que versa por aí” (E7)

“A complacência da mulher né, a forma um pouco mais maternal da mulher mesmo de poder lidar com as situações que homem não tolera. Achando que a mulher, “não, a mulher não vai reclamar disso, a mulher vai fazer isso” e começa a moldar essa função social” (E10)

“Essas coisas com as mulheres, que eu acho que pode piorar muito o ambiente de trabalho porque a mulher vai ali aguentando, vai ficando calada, vai fazendo coisas que muitas vezes, por essa construção, o homem tem a chance de falar e ela não” (E10)

A depender do contexto sociocultural em que está inserida, a mulher pode assumir diferentes papéis na organização da sociedade, porém em todos os casos eles ainda parecem

ser menores se comparados aos homens e também influenciado por questões de raça e classe (COSTA, 2018; PEREIRA e LIMA, 2017).

No Brasil, ao longo da história, a mulher teve seu papel associado ao espaço privado do ambiente doméstico, responsável pelo cuidado da casa e da família, como uma função primordial na maternidade. Resultado de muitas lutas acumuladas, desde o século XX, observa-se uma curva ascendente na conquista das mulheres na vida pública, acessando escolas, o direito ao voto, a inserção no mercado de trabalho e um maior debate sobre os direitos igualitários entre gêneros (COSTA, 2018; PEREIRA e LIMA, 2017; BRUSCHINI e LOMBARDI, 2016).

Apesar das conquistas no mercado de trabalho, ainda há muitos desafios a serem superados. Para as mulheres o trabalho ainda é um lugar de subordinação, objeto de grande exploração na sociedade, com discriminação de atividades por gênero, pagamentos de salários mais baixos, maior instabilidade nos empregos e menos expressão política na condição de trabalhadora (PEREIRA e LIMA, 2017; BRUSCHINI e LOMBARDI, 2016).

Observa-se que atividades de cuidado são propensas a ter um maior número de mulheres trabalhando. Cerca de 70% das equipes de saúde e serviço social são compostas de mulheres, porém essa feminização leva a transformação do valor social dessas profissões, que passam a ser vistas como menos qualificadas, com redução de prestígio e remuneração (HERNANDES e VIEIRA, 2020; OMS, 2019).

No desempenho das funções, as mulheres são consideradas com maior responsabilidade e melhor qualidade nas relações interpessoais, além de um perfil de liderança voltado para os sujeitos e não para os resultados, o que facilita o processo de trabalho. Porém mesmo essas qualidades não são reconhecidas para valorização profissional e garantia de direitos iguais, o que pode gerar mais sofrimento (BENEDICTO, SILVA e PEREIRA, 2007). Além disso, o cenário mais comum ainda é uma sobrecarga de trabalho das mulheres por equilibrar trabalho com atividades domésticas e da maternidade, eximindo-se de tempos de lazer e autocuidado (COSTA, 2018).

A partir das reflexões desse trabalho, percebe-se que o próprio trabalho na APS tem um forte cunho como espaço de cuidado, que historicamente são direcionados para mulheres. Ao mesmo tempo, apesar da importância da APS para o sistema de saúde, é um ponto da rede fortemente desvalorizado e precarizado nos aspectos trabalhistas, assim como as mulheres no mercado de trabalho.

As mulheres desta pesquisa refletem como ser mulher pode influenciar nas dificuldades que encontram na rotina do trabalho na APS, em questões como dificuldade na

definição de limites ou imposição de hierarquias, com impacto na sua saúde mental. Quando analisadas as reflexões a partir da literatura, percebe-se que apesar dos avanços nos direitos das mulheres, ainda há muitos problemas no campo trabalhista e na construção do papel social da mulher, que continuam remetendo a exploração, submissão e desvalorização em novos cenários. Portanto, é necessário ampliar o debate e aprofundar as discussões sobre gênero e seus impactos na saúde da trabalhadora da APS.

Portanto, neste trabalho os profissionais da APS apontaram como demandas organizacionais as dificuldades com a gestão municipal (falta de materiais e insumos, déficit de profissionais capacitados, falta de planejamento), a baixa autonomia no processo de trabalho, o excesso de atividades burocráticas, a desorganização da rede atenção, os conflitos devido a proposta de mudança do modelo de atenção. Como demandas quantitativas foram relatadas sobrecarga de atividades e funções, alta demanda assistencial, cobranças de produtividade. Enquanto as demandas qualitativas foram identificadas como angústias, afetos negativos sobre o trabalho, inquietações éticas, insegurança dos direitos trabalhistas e a relação do gênero feminino com o trabalho.

Quadro 3 - Demandas identificadas pelos profissionais da APS.

DIMENSÕES DAS DEMANDAS	DEMANDAS IDENTIFICADAS
Organizacional	Falta de materiais e insumos Déficit de profissionais qualificados Falta de planejamento na gestão em saúde Baixa autonomia de decisões no processo de trabalho Excesso de atividades burocráticas Desorganização da Rede de Atenção à Saúde Conflitos entre os modelos de atenção
Quantitativa	Sobrecarga de atividades e funções Alta demanda assistencial Cobranças relacionadas à produtividade
Qualitativa	Afetos negativos sobre o trabalho Inquietações éticas Insegurança de direitos trabalhistas Ser do gênero feminino

Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se que há uma alta demanda de trabalho relacionada a questões organizacionais do trabalho na APS. Outros estudos com profissionais de saúde, que utilizaram o modelo JDR como referência, obtiveram resultados semelhantes e demonstraram a relação positiva entre essas demandas e o desenvolvimento de SB. Um destes estudos foi realizado por Mijakoski et al. (2018), com aplicação de questionários para profissionais do ambiente hospitalar, na Macedônia, com um recorte transversal em dois momentos, 2011 e 2014, nele foi demonstrado que as principais demandas foram organizacionais, seguidas de demandas qualitativas (emocionais e cognitivas).

Já em estudo para avaliação do engajamento das equipes de Saúde Bucal da APS, em São José do Rio Preto, observou-se como principais demandas, questões como: falta de autonomia na execução do trabalho, deficiência nos treinamentos para capacitação profissional, falta de perspectivas de crescimento na carreira, forma como as tarefas são distribuídas, pouca valorização por superiores, falta de tempo para realizar o trabalho (CASTRO et al., 2019). Ou seja, o estudo traz demandas semelhantes as citadas pelos participantes deste estudo, demonstrando que há uma convergência nas adversidades enfrentadas pelos profissionais da APS em diferentes contextos do país.

Essas diferentes dimensões de demandas do trabalho da APS, parecem estar interligadas e alimentadas por questões sociais complexas, como a escolha de um projeto neoliberal de sociedade, onde há redução dos investimentos do Estado nas políticas públicas, aumento das iniquidades sociais, precarização das relações com os trabalhadores e maior dificuldade no manejo das subjetividades.

Sendo assim, os trabalhadores da APS aparecem como em uma trincheira entre um modelo de trabalho exigente, com múltiplas atribuições e cobranças e as necessidades subjetivas que emergem do seu trabalho vivo no cuidado. Assim, é preciso refletir que há questões complexas e singulares envolvendo o trabalho em saúde e que são facilmente preditoras do adoecimento mental. Até mesmo algumas características individuais são influenciadas pelo modelo de sociedade do qual fazemos parte, como a questão de gênero citada. Muitas dessas questões exigirão uma mobilização social para o seu enfrentamento, pois fazem parte de uma estrutura macropolítica. Outras poderão ser enfrentadas a partir da instrumentalização dos sujeitos para lidar melhor com essas demandas através do investimento em recursos para o trabalho em saúde.

8.2.2 Recursos do trabalho na APS

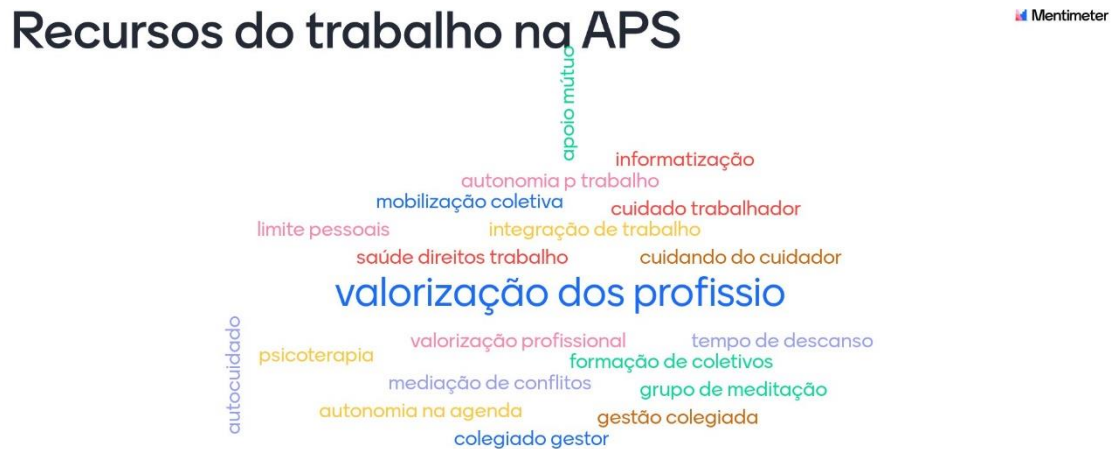
Os recursos de trabalho são aspectos físicos, sociais ou organizacionais que são capazes de trazer funcionalidade para atingir os objetivos do trabalho ou reduzir as demandas do trabalho ou estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento. Quando presentes os recursos ajudam no equilíbrio para a execução das demandas, com papel motivacional, não só para alcance das metas e produtividade, mas para atender as necessidades humanas de autonomia, relações e desenvolvimento de competências. Porém, se ausentes os recursos podem comprometer o alcance dos objetivos e levar a comportamentos de desligamentos ou desmotivação, até como estratégia de proteção para evitar o esgotamento (SCHAUFELI e TARIS, 2014).

Por outro lado, trabalhadores que estabelecem uma relação de engajamento no trabalho, apresentam estado de espírito positivo, gratificante, maiores níveis de energia e resiliência, dedicação através do entusiasmo com o significado do trabalho e seus desafios e foco que geram bem-estar e felicidade. Dessa forma parece haver um ciclo de ganho, a disponibilidade de recursos promove o engajamento que por sua vez tem impacto positivo na percepção do aumento de recursos (SCHAUFELI e TARIS, 2014).

Inicialmente os recursos do trabalho foram classificados em algumas dimensões relacionadas aos fatores ambientais, como: sociais, organizacionais, conteúdo do trabalho e desenvolvimento (SCHAUFELI, 2017). Os recursos pessoais foram acrescentados, pelo entendimento que o comportamento humano depende da interação entre o pessoal e o ambiente e são considerados características psicológicas, geralmente associados à resiliência, e que controlam e impactam o ambiente de forma positiva, estimulando o crescimento e desenvolvimento pessoal (SCHAUFELI e TARIS, 2014). Podem ser exemplos de recursos pessoais: resiliência, auto eficácia, otimismo, flexibilidade, estabelecendo seus próprios limites, direcionamento de objetivos, pro atividade, autodesenvolvimento (SCHAUFELI, 2017).

A figura (Figura 4) a seguir contém uma nuvem de palavras, construída pelos participantes da pesquisa, durante os encontros coletivos virtuais, em que foi solicitado que eles indicassem três recursos que eles desejariam ter na sua rotina de trabalho. Nesse caso, o recurso mais citado pelos profissionais foi o desejo de valorização do seu trabalho.

Figura 4 – Recursos do Trabalho na APS.



Fonte: Elaborado pelos participantes da pesquisa.

Em relação aos recursos pessoais, neste trabalho, um dos aspectos que mais foi citado na discussão dos participantes, foi a importância de estabelecer limites individuais na relação com o trabalho. Isso demonstra o reconhecimento do profissional sobre o seu papel no enfrentamento do estresse e faz com que ele exercite a sua resiliência, porém, na prática são percebidas muitas dificuldades para estabelecer esses limites, como medo de retaliações, crença que deve ser sempre resolutivo para ser competente. Contudo, investir na reflexão do profissional sobre suas potencialidades e limites pode ser um mecanismo de estímulo e auxiliar no enfrentamento das demandas e na qualidade do trabalho.

Alguns exemplos dessas reflexões são vistos nos trechos seguintes:

“Não me afetar com as coisas externas que não são da minha governabilidade, que não compete a mim receber essa carga emocional, ou absorver todo esse estresse. Aquilo que me cabe, eu vou fazer da forma que deve ser feita, e o que não me cabe, eu tento não transformar o sofrimento assim externo seja meu também” (E1)

“O próprio profissional médico ele já tem esse tipo de postura, eu acho que a gente até que, não sei se essa é uma medida protetiva da própria prática né, que a gente acaba por falar: não, eu vou fazer o meu serviço e estou fazendo o possível” (E10)

“Entender que algumas coisas não serão resolvidas e eu não posso ficar angustiado com isso e isso refletir no processo de trabalho” (E2)

“Estou tentando rever as posturas no trabalho, escolher quais brigas vou comprar, quais situações não posso resolver e como ficar bem com isso, de não fazer tudo e filtrar as atribuições para não adoecer. Está faltando a gente se posicionar e dar limites, tanto a gestão, tanto ao usuário, tanto as demandas que estão aí esdrúxulas” (E7)

“Que a gente não coloca limites também né, eu acho que esse é um ponto, e eu acho que a gente precisa aprender a fazer isso, mas eu acho também que a gente precisa aprender a fazer isso junto” (E5)

“Minha estratégia hoje que é colocar limites, ‘Não tem EPI? Paciência, para o serviço, na hora que acabar o último EPI’, a gente para o serviço, sabe? Eu tenho tentado não sofrer por conta dessas questões, porque não é de minha governabilidade, o que eu tenho criado é formas de me justificar porque isso eu tenho aprendido né, ‘não tenho cilindro de O₂’, mandou um e-mail para a diretoria do distrito ‘Oh, a unidade de saúde não contém cilindro de O₂’. Estou respaldada, porque eu já notifiquei aos responsáveis” (E7)

A resiliência é considerada a capacidade de se adaptar uma situação negativa e permanecer confiante. Há debates sobre ser uma característica pessoal, um processo ou um resultado da interação com o meio ambiente, a cultura e a sociedade, portanto teria uma natureza multidimensional (BRASSINGTON e LOMAS, 2020). Em uma revisão sistemática, Robertson et al. (2015) avaliou a eficácia dos treinamentos de resiliência no local de trabalho e observou que é uma ferramenta útil para desenvolver recursos a nível individual, como melhoria da saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores, que também demonstraram uma melhor performance nas suas atividades.

Contudo, é importante a reflexão que o desenvolvimento individual precisa ser simultâneo as intervenções organizacionais sobre as demandas do trabalho para que haja resultados positivos. Rogers (2016) realizou uma revisão sistemática sobre quais os melhores treinamentos de resiliência para profissionais de saúde, apontando que as evidências mais robustas são para workshops e abordagem cognitiva-comportamental ou uma combinação de intervenções, como reflexões em grupos, atenção plena, mentorias, técnicas de relaxamento.

Neste trabalho, também foi proposto aos profissionais uma prática de intervenção da psicologia positiva, o diário das bênçãos. Foi solicitado que durante o período dos grupos de discussão da pesquisa, os participantes anotassem diariamente três coisas pelas quais eram gratos e a justificativa. No encontro virtual em grupo, foi discutido as dificuldades e potencialidades dessa ferramenta. Kaplan et al. (2013) analisou os efeitos dessa mesma intervenção de gratidão em funcionários universitários e constatou que houve aumento significativo do bem-estar dos trabalhadores e da gratidão autorrelatada.

Os participantes desta pesquisa também relataram melhor percepção da gratidão e do bem-estar ao refletir sobre a sua rotina, porém eles também indicaram dificuldades na execução da atividade, apesar de simples e sem custos, algumas esqueceram, demoraram para inserir como uma prática da rotina e isso acabou prejudicando a intervenção, como relatado a seguir:

“Nunca tinha feito e eu acho que valorizei mais esses pequenos acontecimentos assim, coisas pequenas, um elogio, ganhei um doce ou alguma coisa. Tem horas

que você acha que o dia foi horrível, e aí quando eu anotei, eu falei: ‘ah, de todo não foi tão ruim né, teve isso aqui’ “. (E9)

“Eu peguei das coisas ruins assim que aconteceram, eu tentei tirar o lado positivo e tentar justificar o porquê seria positivo. Eu tentei fazer nesse sentido assim, olhar para as questões negativas e tentar tirar um aprendizado e ser grata por isso. Mas tive uma dificuldade que eu preciso sistematizar algumas coisas no papel para criar como rotina. Se eu conseguisse sistematizar todos os dias, criar um horário ou rotina, facilitaria” (E7)

“Eu não sistematizei assim, não organizei um horário para fazer e aí eu fazia quando eu lembrava. Eu não consegui achar um momento em que eu conseguisse encaixar isso assim, e eu acho que foi a maior dificuldade, mas eu acho que é uma dinâmica muito interessante. Às vezes está tão afundado nas coisas ruins, mas aí quando a gente lembra de uma coisa interessante, uma coisa legal que aconteceu, aí a gente dá uma respirada” (E5)

“Nos primeiros dias, como eu não tinha a prática, eu esquecia, mas depois eu fui entrando no ritmo e era bem positivo. Tinham coisas que eu não considerava positivas, mas que depois eu observava e via que era positivo aquilo, tipo, uma mudança de um horário, uma prática, um exercício que eu incluía. Coisas mínimas eu via que fazia muita diferença” (E3)

Outro aspecto que, a nível pessoal, os profissionais estão buscando como recursos são estratégias de autocuidado. Foram citadas diferentes ferramentas que auxiliam os sujeitos no seu autoconhecimento, como a psicoterapia por exemplo, na sua espiritualidade e no bem-estar e que se refletem em uma melhor relação com o trabalho. Dessa forma, os profissionais têm tentado trazer para o ambiente de trabalho essas experiências pessoais como mais um recurso para equilibrar as altas demandas, e que pode ser também um fator de motivação do trabalho. As PICS foram muito sugeridas pelos profissionais, entre elas foram citadas nas entrevistas ioga, acupuntura, auriculoterapia, aromaterapia, fitoterapia, mas a mais comentada foi a meditação, pode ser uma sugestão de investimento para o cuidado dos profissionais no ambiente de trabalho. São exemplos, os trechos a seguir:

“Eu retornei para a terapia, e a psicoterapia é algo que me ajuda muito, sabe? Eu acho que potencializa todas as outras, para mim potencializa habilidade de comunicação, potencializa criatividade, resiliência, empatia, práticas integrativas também, eu consigo me aproximar um pouco mais, e principalmente na definição de limites pessoais e clareza de função assim” (E4)

“A espiritualidade, eu acho que está me ajudando a conectar o meu subjetivo que vai se perdendo aos poucos” (E6)

“Poder investir também na meditação, que tem me ajudado muito assim, ioga, buscar práticas e buscar formas de que eu consiga fortalecer um pouco mais o meu eu interno, meu centramento, eu acho que isso vai me ajudar a lidar melhor com esse espaço do, na verdade, lidar melhor com os espaços do trabalho que podem me trazer sofrimento” (E1)

“Eu acredito muito na meditação, até para a construção da resiliência, do controle emocional, então, assim, é um dos recursos que eu quero investir” (E7)

Algumas PICS já são estudadas como uma intervenção ao estresse de profissionais, uma delas são treinamentos para desenvolver a atenção plena, considerada um estado da mente voltado para manter a atenção e a consciência no momento presente, o que pode ser facilitado por práticas de meditação. Lomas et al. (2018) conduziu uma revisão sistemática e meta-análise avaliando o impacto de intervenções para atenção plena no local de trabalho sobre o bem-estar dos trabalhadores e observou efeitos positivos de forma geral, com melhores resultados nos aspectos de saúde, regulação do estresse, sofrimento e ansiedade, demonstrando que o investimento nessas práticas pode ter um efeito positivo na saúde do trabalhador.

Experiências nacionais também são descritas no cenário da APS. Silva (2018) realizou um estudo descritivo, experimental do tipo pré e pós-teste, com 75 enfermeiras da APS, no Rio Grande do Norte (RN). Elas foram avaliadas com SB de leve a grave e feita dosagem do hormônio cortisol – relacionado ao estresse, antes e depois de 12 sessões de auriculoterapia e foi observado que a prática foi capaz de reduzir sintomas físicos e mentais do estresse, além de reduzir o nível de cortisol, principalmente das profissionais que apresentavam doença moderada a grave, demonstrando o efeito benéfico que a PICS pode ter na saúde do trabalhador.

Outro exemplo é o projeto de extensão desenvolvido em parceria entre a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em que profissionais e estudantes da universidade realizavam atendimentos itinerantes para os profissionais de saúde no horário de funcionamento das USF, utilizando PICS como: reflexologia podal, massagem, reiki, auriculoterapia e meditação. Com esses atendimentos, os trabalhadores relataram sensação de gratidão, bem-estar, redução de sintomas físicos e mentais (RIBEIRO e AFONSO, 2020).

Estes tipos de experiência, de implantação de espaços de cuidado para os trabalhadores no ambiente de trabalho, estão entre as principais sugestões dos participantes desta pesquisa, como recursos sociais do trabalho. Percebe-se que, na discussão, os profissionais compreendem que para esse espaço acontecer é necessário que eles sejam proativos, planejem e também executem o cuidado entre pares, pois não há um programa ou estímulo a ações por parte das instituições. A experiência do Rio de Janeiro aponta uma possibilidade para a implantação de programas de cuidado ao trabalhador, através da parceria com outras instituições. Exemplos dessas reflexões estão nos trechos seguintes:

“Quando a gente proporcionou um momento de cuidado, mesmo que mínimo, mesmo que pouco, a gente percebeu o quanto isso fez diferença para o nosso

processo de trabalho, então faz diferença até para a gente lidar melhor, para a gente olhar para o outro com mais empatia, para a gente ter uma sensibilidade maior de ajudar o colega (...) faz com que as próprias pessoas se mobilizem a modificar um pouco o cenário que eles estão vivenciando, tenham um olhar diferenciado” (E1)

“As práticas integrativas, eu tenho um desejo algum tempo de fazer um grupo de meditação voltado para as pessoas no trabalho. A ideia é que seja contínuo mesmo e que esse recurso esteja disponível todos os dias, ou minimamente 3 vezes por semana para ter uma regularidade e a meditação ter um efeito a longo prazo” (E7)

“Grupo de cuidado com as ACS, foi muito interessante assim, então tinha acompanhamento nutricional do NASF, tinha acompanhamento de fisioterapia, tinha acompanhamento de educação física, tinham metas né, elas foram avaliadas e foi tão bom assim que elas acabaram gerando um fruto mesmo” (E4)

“Fazer um acolhimento, uma escuta, fazer um encaminhamento, eu acho que já é uma coisa legal” (E6)

“Pensar em um espaço no início da manhã, uns 30 minutinhos, 20 minutinhos, de forma mais regular e mais frequente, ou um espaço de meditação, ou um espaço de alguma atividade mais prazerosa de cuidado nesse momento inicial, ser algo mais regular. Reunião de equipe, na reunião de unidade, trazer isso de forma mais frequente, como se fosse uma pauta dessas reuniões” (E1)

“Tentar fazer uso de alguns textos de poesia, antes, durante ou depois de algum espaço, vai ajudando, pode ser de um livro de algum autor, trazer assim né, trazer essa opção para que as pessoas se coloquem” (E6)

“Eu queria criar um lugar de cuidado, como se fosse um lugar reservado em que a gente pudesse ter um cantinho do cuidado, que tivesse lá parado e que a gente pudesse acessar esse lugar ou quem estivesse precisando de cuidado. Poderia fazer isso de forma com envelopes e o nome das pessoas, e aí cada um poderia botar uma mensagem nesse sentido, poderia presentear alguém, como se fosse uma árvore né de cuidados” (E1)

Ainda sobre recursos sociais, os participantes apontaram alguns aspectos das relações interpessoais no ambiente de trabalho como recursos importantes do trabalho. A PNAB (BRASIL, 2017) aponta como uma das características do processo de trabalho da APS o trabalho em equipe multiprofissional, destacando a necessidade de diferentes formações profissionais, agindo de forma compartilhada para alcançar uma clínica ampliada no cuidado das necessidades de saúde da população.

Em estudo de revisão integrativa sobre o tema Santos et al. (2016) e Bezerra e Alves (2019) destacam que o trabalho multiprofissional favorece a humanização do serviço, a democratização das relações e a valorização dos profissionais. Santos et al. (2016) aponta que na prática essa troca ocorre essencialmente na retirada de dúvidas e avaliação conjunta de casos acompanhados pelas equipes. Ambos os estudos discutem que esse trabalho

multiprofissional é essencial para o objetivo da APS de reorientação do modelo de atenção à saúde, pois a percepção da importância do trabalho do outro é transformadora e qualificadora da assistência prestada aos usuários.

Além disso, o trabalho em equipe e o compartilhamento de experiências e dificuldades com os colegas de trabalho é um fator de suporte e também de motivação para o trabalho. Diante disso, estimular ações que propiciem essas trocas e afetos entre os profissionais pode favorecer o engajamento no trabalho, são citadas como exemplos espaços de convivência e confraternização no ambiente de trabalho. Georganta e Montgomery (2016) estudaram que atividades que promovem a diversão no trabalho são consideradas recursos pelo seu potencial motivador para os profissionais, como fator de proteção para altas demandas e, portanto, promotor de engajamento no trabalho. Além disso, valorizar e incentivar habilidades de comunicação dos profissionais pode ser um recurso importante diante de conflitos e na busca por soluções em equipe, características fortes do processo de trabalho na APS. A seguir, alguns trechos sobre estes tópicos:

“A gente tem uma equipe legal, tem pessoas que querem aprender, que querem se colocar, eu acho que esse é um ponto positivo que a gente precisa estar destacando” (E6)

“Muitas vezes a gente tenta dialogar antes, ‘oh, aconteceu isso, como é que a gente vai tentar resolver? Vamos tentar resolver dessa forma? E aí a gente combina e vai mais fortalecida” (E1)

“Tem que amadurecer algum espaço para poder fazer o diálogo, fomentar o diálogo e construir um lugar de trocas mesmo. Um ambiente de clima de trabalho agradável, como é que vai cultivando isso né, e às vezes estruturando, consegue dinamizar o processo, tornar mais suave, as pessoas comemoram aniversário, alguma coisa assim, fazer um café da manhã segunda-feira, sexta-feira tem um almoço coletivo, pensar em todos né” (E6)

“Trabalho em equipe e alinhamento é um recurso que a gente vai precisar utilizar bastante” (E2)

“A gente não pode deixar de lado é a presença do afeto. Em vários momentos o trabalho em equipe na unidade é o que salva mesmo né, as pessoas salvam a gente muitas vezes de muitos momentos difíceis no trabalho, de muitos estresses, são os nossos colegas de trabalho que salvam isso” (E4)

Os participantes também refletiram que a organização política em torno de coletivos com interesses comuns e também o incentivo a participação popular na gestão dos serviços de saúde são um importante recurso para lidar com a complexidade das demandas do trabalho da APS, considerando que o contexto político influencia diretamente o trabalho em saúde. Fernandes, Spagnuolo e Bassetto (2017) realizaram revisão integrativa sobre a participação comunitária no SUS e apontaram que a APS têm potencial de desenvolver espaços coletivos

por sua maior aproximação com as comunidades e territórios e que ações como implantação de conselhos locais de saúde, incentivo à ouvidoria, articulação com associação de moradores e sindicatos são possibilidades para o estímulo dessa participação democrática dos usuários e profissionais na tomada de decisões em saúde. Neste trabalho, os participantes relataram algumas experiências e como elas podem favorecer o enfrentamento de algumas demandas do trabalho, citados nos trechos a seguir:

“Em outros momentos a gente teria acionado a comunidade, teria feito uma reunião de emergência, suspenso o atendimento, com quinze minutos chegaria todo o EPI e o profissional que precisasse” (E7)

“A comunidade se posicionava né, então a gente conseguia fazer esse diálogo de forma mais frequente, com uma certa regularidade, então eles se sentiam mais apropriados do serviço e cobravam também, então acabava sendo um recurso que a gente tinha assim, eram parceiros” (E)

“Organização de coletivos, eu acho que a gente não vai conseguir muita coisa individual e, geralmente, de forma individual tem tido algumas perseguições. A Potencialidade é envolver né várias pessoas com a mesma demanda, com a mesma pauta, para dar qualidade do trabalho e do SUS” (E7)

“A organização em coletivos também vem demandando algumas questões, inclusive com o direcionamento da comunidade né, quais caminhos podem se propor para determinadas disputas junto ao município, junto ao Estado. A questão seria organizar, mobilizar os coletivos dos profissionais, para direcionar a demanda das comunidades” (E6)

No que se refere a recursos de conteúdo do trabalho, os participantes destacaram a necessidade de dividir melhor suas atribuições e relataram que têm buscado reorganizar suas atividades, compartilhando com outros colegas ou até mesmo delegando funções para outros atores. Reafirmando essa discussão, Norful et al. (2018), em revisão sistemática sobre co gerenciamento entre médicos e enfermeiros na APS constatou que o modelo baseado em comunicação, respeito e confiança mútuos e alinhamento quanto a filosofia de cuidados, alivia a carga de trabalho individual e melhora o acesso e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Peduzzi e Agreli (2018) discutem que as práticas colaborativas entre profissionais da APS e também a colaboração com usuários e outros serviços da rede, refletem um melhor clima no ambiente de trabalho e, portanto, podem repercutir promovendo maior satisfação dos profissionais envolvidos.

No caso desta pesquisa, os participantes sugerem mudanças na quantidade de trabalho e na sua percepção de que o trabalho pode ser compartilhado com demais colegas, essas sugestões podem ser um importante sinal do engajamento dos profissionais, na busca por adaptações que reduzam a sobrecarga e qualifiquem o trabalho na saúde. Os trechos a seguir demonstram essas reflexões.

“Uma coisa que me ajudou muito, eu cheguei a adoecer sobre isso é: eu trabalhar pessoalmente sobre o que eu preciso fazer e do que é da minha responsabilidade como preceptoria, e delegar funções, quando eu comecei a delegar, ficou muito mais leve” (E7)

“Uma das coisas que a gente tem feito muito também é delegar essas funções, então acho que tem facilitado. A gente já pensa em funções que são da equipe inteira, mas que tem sido uma sobrecarga para a gente e a gente tenta ao máximo diminuir e devolver para essas pessoas, que eu acho que é uma das coisas que ajuda assim” (E1)

“Questão de compartilhar cuidado, o compartilhamento de atendimento, atendimentos compartilhados, (...) eu acho que do ponto de vista multiprofissional, a gente precisa avançar um pouco” (E6)

Em relação a recursos de desenvolvimento do trabalho, os profissionais apontaram que ter espaços de formação e discussão são atividades motivadoras para o trabalhador, além de poder receber feedbacks do seu desempenho de forma mais regular. Essas são ações que propiciam a reflexão sobre o trabalho, valorizando os pontos positivos e apontando diretrizes para melhorias e evolução dos profissionais. Em um estudo transversal, em 31 hospitais de Michigan, foi avaliado que quando as lideranças realizaram ações de engajamento no trabalho dos profissionais da linha de frente do cuidado, ao fornecer feedback a estes trabalhadores houve uma melhor percepção do ambiente de trabalho, em tópicos como trabalho em equipe, maior segurança do paciente, papel de liderança, oportunidades de crescimento (SEXTON et al., 2018). Nos trechos a seguir, são feitas algumas sugestões sobre o tema.

“Espaços de discussão sobre saúde do trabalhador e direitos do trabalhador também poderiam ser ferramentas úteis” (E6)

“Tem gente que tem habilidade e que pode ofertar esses cursos internos, precisa multiplicar esses saberes, então acho que tem esse cuidado” (E6)

“Perspectiva mais de poder ter mais feedbacks, ficar mais próximo, fazer com que esse processo né de valorização dos profissionais e do espaço faça com que isso os motive também para estarem lá” (E1)

Enquanto recursos organizacionais, os participantes destacaram a importância da comunicação como um recurso que deve ser incentivado no processo de trabalho das instituições e uma potente ferramenta para resolução de problemas, incentivo a decisões compartilhadas e valorização dos profissionais. Alguns profissionais relataram que uma boa comunicação é capaz de evitar situações de estresse e sofrimento no trabalho, como nos trechos a seguir:

“É preciso escutar as pessoas, é preciso escutar a gestão, é preciso escutar os profissionais, é preciso fazer encontros que sejam bem mediados, inclusive na hora que as pessoas estão bem estressadas” (E6)

“Antigamente eu ficava em um outro patamar, era tentar evitar que o conflito chegasse. Hoje, eu tento visualizar e colocar os pares, principalmente, para discutir. Quando tem conflito, a depender de que ordem, a ideia é sentar e conversar, e aí às vezes eu estou envolvida, às vezes não” (E7)

“Conversar logo e tentar resolver o mais rápido possível, não deixar com o que isso estoure, então, na hora que acontecer, você já tenta conversar logo” (E1)

“A gente teve primeiro que entender esse lugar, de fala, de fazer, de circular o território, de dialogar com a diversidade de profissionais, e a partir de aí mediar esse conflito, tentar auxiliar as unidades e as equipes com diversas demandas” (E6)

“A mediação de conflitos, tentar levar para um espaço reservado, geralmente um consultório, ou alguma sala, acho que é bem bacana, às vezes, a gente pode falar algo que pode constranger, então, isso é muito importante. Trazer alguém para participar dessa mediação, se possível ter que conversar antes para tentar dar um norte e evitar um conflito maior” (E2)

Outra sugestão dos profissionais para recursos organizacionais foi o estímulo ao planejamento. A estratégia de uma gestão do serviço colegiada, em que é possível discutir sobre os problemas e dividir as responsabilidades tem sido utilizada nas unidades de saúde destes profissionais e mostram benefícios no processo de trabalho, à medida que auxiliam os profissionais a pensar as suas demandas do trabalho e de forma coletiva mobilizar os recursos de cada equipe. Slomp et al. (2019) realizou uma cartografia sobre espaços colegiados de gestão em um município no sul do Brasil e analisou que esses espaços podem ser cenários propícios para mudanças, a partir da promoção de uma democracia institucional e de uma maior governabilidade. Outras experiências em municípios brasileiros têm sido relatadas na literatura, apontando desafios, mas também potencialidades dessa estratégia de gestão participativa (JUSTINO et al., 2016; LIBERALI et al., 2018; LOPES, 2018). Isso pode ser percebido nos trechos seguintes:

“É o planejamento prévio, dialogar também e fazer essa parceria com a gestão, o fortalecimento do colegiado gestor, para o planejamento das ações e dividir essas funções” (E1)

“Para o processo de trabalho, eu acho que a ferramenta que a gente tem é reunião: reunião de unidade, reunião de equipe, reunião da preceptoria, reunião do corpo pedagógico” (E9)

“Fazer uma gestão inteligente do processo relacionado a insumo e aproveitar o que tem e equipamentos que quebrem, sinalizem bote no grupo, levem para as assembleias” (E6)

“O colegiado gestor sempre deu um norte lá, ajudou muito nesse processo para dividir trabalho, dividir essa sobrecarga” (E2)

“Uma saída para que esses trabalhos não fiquem apenas na mão da preceptoria, talvez seja realmente discutir em colegiado gestor e pensar como

um plano para a unidade toda né, tentar pensar um processo de gestão assim do trabalho, em que a gente possa identificar potencialidades nesse grupo” (E4)

Os recursos organizacionais são considerados fatores primordiais para o desenvolvimento do engajamento com o trabalho e conseqüentemente tem o potencial de proteção do sofrimento dos profissionais. Em uma pesquisa com diferentes organizações australianas, foi analisado que seis recursos organizacionais são capazes de promover um clima de engajamento no ambiente de trabalho, sendo eles: a percepção dos funcionários sobre as práticas de recursos humanos das empresas, a liderança, a clareza de objetivos, a flexibilidade, o alinhamento estratégico e a autonomia (ALBRECHT, BREIDAHL e MARTY, 2018).

Dessa forma, é possível notar que as sugestões dos participantes desta pesquisa sobre melhorar a comunicação, planejamento e gestão colegiada apontam uma maior necessidade de investir nos recursos organizacionais na APS, como desenvolvimento de lideranças, alinhamento e autonomia. Tambasco et al. (2017), em um estudo exploratório transversal, avaliaram a satisfação de equipe multiprofissional atuante na APS, em São Paulo e identificaram que o componente de relações e comunicação é o de maior impacto na satisfação dos profissionais com a instituição, sugerindo mudanças organizacionais, como a gestão participativa e ampliação de recursos humanos e materiais, para um impacto positivo na satisfação e saúde do trabalhador.

Portanto, neste trabalho os profissionais da APS refletiram sobre alguns recursos que já costumam utilizar na sua prática e outros que podem ser melhor explorados para um melhor desenvolvimento do trabalho. Em relação aos recursos pessoais foram citados estabelecimento de limites, autocuidado e resiliência. Os recursos sociais foram os mais citados e sugeridas atividades como: grupos, ações de promoção da saúde com PICS, trabalho em equipe, atividades sociais recreativas e afetivas no ambiente de trabalho, organização política para uma gestão participativa. No que tange ao conteúdo do trabalho foram citadas a importância de melhor divisão das atividades entre equipe, com estratégias para evitar a sobrecarga ocupacional. Sobre os recursos de desenvolvimento do trabalho, eles sugerem maior investimento em treinamentos e feedbacks, que não ocorrem comumente. Já nos aspectos organizacionais, os participantes percebem que a comunicação assertiva, planejamento, espaços de decisões colegiadas são estratégias que promovem maior engajamento com o trabalho.

Quadro 4 - Recursos identificados pelos profissionais da APS.

DIMENSÕES DOS RECURSOS	RECURSOS IDENTIFICADOS
Pessoal	Definição de limites para o trabalho Resiliência Autocuidado
Social	Grupos de apoio entre profissionais Grupos de promoção da saúde Práticas Integrativas e complementares (PICS) Trabalho em equipe Atividades recreativas Organização política
Conteúdo do trabalho	Divisão das atividades em equipe
Desenvolvimento	Incentivo a treinamentos Feedback
Organizacional	Importância da comunicação assertiva Planejamento Gestão colegiada

Fonte: Elaborados pela autora.

Dessa forma, percebe-se que há uma variedade de sugestões nas diferentes dimensões dos recursos que podem ser exploradas no ambiente de trabalho dos serviços de saúde. A maioria das intervenções realizadas parecem ser dependentes dos próprios profissionais planejarem e executarem, muitas vezes ficando restritas ao desenvolvimento de recursos pessoais ou sociais de forma pontual, sem continuidade ou proteção de carga horária, por exemplo. Também se percebe uma maior tendência na exploração de recursos sociais, como atividades de grupos, PICS, trabalho em equipe, talvez por serem ferramentas já utilizadas pelos profissionais no seu cotidiano de trabalho, para o cuidado com a comunidade.

O estabelecimento de uma política organizacional que tenha como foco o investimento nos recursos do trabalho pode ser impulsionador de estratégias de promoção para o engajamento e prevenção de maiores níveis de esgotamento entre os profissionais. Os estudos sobre as intervenções propostas para aumento de recursos no trabalho demonstram um impacto positivo. Uma revisão sistemática e meta-análise foi conduzida por Donaldson e Lee (2019) sobre intervenções da psicologia positiva no ambiente de trabalho e evidenciou que há um efeito

pequeno a moderado no bem-estar e engajamento dos profissionais, principalmente em intervenções sobre pontos fortes dos funcionários e gratidão. Já a revisão sistemática e meta-análise conduzida por Knight, Patterson e Dawson (2017) sobre intervenções para promoção do engajamento destacaram que atividades em grupo demonstraram melhor efeito entre os trabalhadores, condizente com algumas sugestões feitas pelos participantes desta pesquisa.

Contudo, a introdução de ações ou programas de prevenção nos ambientes de trabalho, mesmo com resultados positivos no aumento do bem-estar e engajamento, por si só, não demonstraram ser suficientes para redução do esgotamento dos profissionais e costumam apresentar efeitos transitórios (VAZQUEZ, FERNANDES e MENDONÇA, 2019). Com isso é necessário ter um olhar multifatorial do modelo JDR, compreendendo que é preciso um equilíbrio entre as demandas e os recursos, encarando os desafios de questões estruturais e organizacionais que não podem ser negligenciadas e responsabilizar as instituições e não apenas os indivíduos pelo cuidado dos trabalhadores. No âmbito de instituições públicas de saúde, esse debate precisa ser ampliado e as gestões precisam investir em recursos humanos para além das burocracias contratuais, priorizando o bem-estar dos trabalhadores também como um caminho para qualificação dos cuidados prestados à população.

8.2.3 Efeitos da pandemia de COVID-19 sobre os trabalhadores da APS

Em dezembro de 2019, foi identificado na cidade de Wuhan, na China, um novo tipo de coronavírus, já conhecido por causar infecções respiratórias, como resfriados comuns. O novo vírus, intitulado de SARS-CoV-2, é responsável por causar a doença COVID-19 que se apresenta nos seres humanos de forma similar a uma gripe, em sua maioria com sintomas leves a moderados, porém 15% dos indivíduos desenvolvem maior gravidade e podem evoluir com a necessidade de suporte respiratório avançado, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (OMS, 2020). Pessoas com doenças crônicas prévias, como diabetes, doenças cardiovasculares ou respiratórias, neoplasias ou idade muito avançada, são grupos com maior risco de evoluir para um desfecho negativo, diante da infecção pelo SARS-CoV-2 (OMS, 2020).

A COVID-19 possui alta taxa de transmissibilidade, espalhando-se rapidamente pela China e em pouco tempo alcançando outros países. Assim, em março de 2020, A OMS (2020) declarou o surto de corona vírus como uma pandemia, que já atingia a maioria dos países no mundo. A partir de então, mundialmente, foram adotadas estratégias para reduzir a propagação do vírus, como o fechamento de todos os serviços comerciais não essenciais, suspensão das atividades escolares e eventos culturais. A recomendação padrão passou a ser evitar sair do domicílio, em caso de necessidade seria adequado o uso de máscara de proteção facial,

higienização constante das mãos e manter distância entre as pessoas, evitando aglomerações (OMS, 2020).

No Brasil, no campo da saúde pública, além da necessidade de expansão dos serviços de emergência e leitos de UTI, a atenção primária precisou passar por adaptações diante da pandemia da corona vírus. No seu papel de porta de entrada, foi recomendado para as USF identificar precocemente pessoas com sintomas respiratórios e deixar uma equipe de profissionais e uma sala isolada para o atendimento de casos suspeitos de corona vírus (BRASIL, 2020). Aliado a isso, foi recomendada a suspensão de consultas eletivas, mantendo o acompanhamento de gestantes e pessoas com doenças crônicas de forma virtual ou com horários agendados bem planejados para evitar a espera do usuário no serviço de saúde. Também foram suspensas as atividades de reuniões de equipe, atividades coletivas ou grupos (BAHIA, 2020).

A experiência da pandemia de COVID-19 tem provocado grandes repercussões na sociedade, assim como outras situações de crise históricas demonstraram grande impacto na saúde mental da população (DANTAS, 2021; BARBOSA et al., 2020). A APS constitui-se como uma das principais portas de entrada no sistema de saúde, portanto nesse momento torna-se um dos serviços de linha de frente no enfrentamento da pandemia e isso traz repercussões importantes. Desde o início percebe-se uma maior sobrecarga dos serviços de saúde, levando ao desgaste dos profissionais e é previsto que sejam crescentes com a evolução da pandemia (DANTAS, 2021; BARBOSA et al., 2020).

Durante as discussões do grupo, inevitavelmente surgiram reflexões acerca da pandemia atual, relacionando alguns efeitos dessa crise sanitária com o estresse dos trabalhadores da saúde. Foram citados impactos nos serviços, como aumento da demanda assistencial, instabilidade na organização do processo de trabalho e maior visibilidade dos problemas da APS, como falta de recursos e desorganização da rede de saúde.

“Já era frequente a falta de insumos, a dificuldade de solicitar o SAMU já era uma coisa rotineira, mas a gente tem sofrido com uma maior intensidade na pandemia, porque a quantidade de insumos é muito maior utilizada, então falta com muito mais rapidez e a gente precisa muito mais da rede atualmente. Ficou muito claro quanto a nossa rede de saúde é frágil né, rapidamente aparecem os problemas, quando a pandemia chegou a gente viu que a gente não estava preparada para nada” (E9)

“A gente enquanto equipe de saúde da família também está falhando e isso a pandemia trouxe e deixou mais escancarado as fragilidades do serviço de saúde e a precarização que a gente tem hoje, também de insumos, materiais, equipe reduzida, isso é uma realidade muito comum e tem sobrecarregado os profissionais de saúde” (E7)

“Com a tensão da corona vírus, os pacientes chegam muito cedo ao serviço e ficam até mais tarde, às vezes a gente tem muita instabilidade pensar em questão de

horário, o que pode acontecer na unidade, se a gente vai conseguir garantir as agendas” (E1)

A APS torna-se um ponto fundamental do sistema de saúde diante de situações de crise, seja na pandemia atual ou em outras epidemias como a dengue, Zyka e Chikungunya. As características de primeiro acesso, coordenadora do cuidado, vínculo com o território, acompanhamento de situações de maior vulnerabilidade são estratégicas no cuidado integral, colaborando para contenção da transmissão do vírus e o manejo da evolução de casos mais graves. Porém, concordando com o relatado pelos participantes desta pesquisa, nota-se que para operacionalizar essas ações são necessários alguns investimentos, que cronicamente tem se mostrado deficientes, como financiamento, provisão de profissionais e capacitação dos mesmos, infraestrutura adequada, fornecimento de insumos regular, organização da rede e do processo de trabalho com fluxos definidos (SARTI et al., 2020; RASANATHAN e EVANS, 2020).

Os trechos das falas dos participantes evidenciam que na prática essas deficiências tornaram-se mais evidentes e têm impactado na qualidade da assistência prestada, durante a pandemia, sendo também um fator de maior sofrimento para os profissionais. Sarti et al. (2020) discute que a crise sanitária coloca em debate o papel do Estado, a precarização dos direitos trabalhistas, dos serviços públicos e de proteção social e a desvalorização da ciência e da tecnologia. Contudo, pode ser uma oportunidade de construir uma agenda de valorização da APS, diante do seu papel na pandemia de COVID-19.

Além disso, outros desafios se apresentaram para atuação da APS nesse cenário, entre eles estão a reorganização dos serviços e a mudança de algumas demandas, por exemplo, aumento dos casos de violência doméstica, abuso de substâncias psicoativas, transtornos mentais, agudização de doenças crônicas, entre outras, muitas vezes acompanhado de questões sociais devido ao isolamento social prolongado (ESPOSTI et al., 2020; SARTI et al., 2020).

Assim, os profissionais traçaram estratégias, muitas vezes por iniciativa própria, para manter o cuidado longitudinal da sua comunidade. A implantação de tecnologias para o atendimento em saúde foi uma opção, sendo utilizado o monitoramento telefônico de usuários com sintomas de COVID, centrais de atendimento ou aplicativos para orientação sobre sintomas, isolamento e funcionamento dos serviços de saúde (RAWAF et al., 2020; ESPOSTI et al., 2020; SARTI et al., 2020). Para uso dessas ferramentas, foi necessário regulamentar a prática do telessaúde com a liberação legal do Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde, diante do contexto da pandemia (ESPOSTI et al., 2020; SARTI et al., 2020). Os

participantes trouxeram trechos que refletem um pouco das dificuldades de se comunicar nesse cenário e o reconhecimento das tecnologias como uma alternativa potente para o cuidado.

“Depois que a pandemia se instalou, essa comunicação tem sido mais difícil né, porque a gente tem evitado reuniões, a gente evita que as pessoas fiquem circulando na unidade” (E)

“Para acontecer a clínica tem que ter o encontro, mas agora no momento vai ter que ser por telefone, vai ter que ser por WhatsApp, ele precisa acontecer” (E6)

Com a evolução da pandemia COVID-19, há também a percepção de um maior sofrimento psíquico na população, potencializados pelos efeitos do isolamento social, o impacto econômico aumentando as vulnerabilidades, o medo diante da doença e o consumo de informações de forma acelerada e exacerbada. Assim, torna-se fundamental identificar os grupos de risco para o desenvolvimento de maior sofrimento mental, no intuito de pensar estratégias de apoio e enfrentamento (DANTAS, 2021; BARBOSA et al., 2020; NI et al., 2020; Fiorillo e Gorwood, 2020).

Entre esses grupos, destacam-se os profissionais de saúde. Com o aumento das demandas em saúde, os profissionais passam a encarar maiores jornadas de trabalho, em geral com menos recursos, maior exigência no uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – que geram inseguranças sobre a qualidade e uso adequado e desconforto físico pelo uso prolongado, também há maior insegurança sobre o manejo clínico diante de uma doença nova, além do medo de infecção própria ou dos contatos próximos – que levam a mudanças drásticas da rotina e barreiras na relação com familiares e amigos (ORNELL et al., 2020). Também é percebido uma grande preocupação com o futuro e o prolongamento da pandemia e a possibilidade de contaminação de familiares (YUAN et al., 2020).

Em outros momentos de epidemia da história, foi possível identificar um aumento de transtornos mentais entre os profissionais envolvidos na assistência, como por exemplo, depressão, ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e SB (ORNELL et al., 2020; GALBRAITH et al., 2020). WEINTRAUB et al. (2020) aponta sinais que podem ser mais intensos ou frequentes e servirem de alerta para os profissionais como: irritabilidade, problemas com sono, falta ou excesso de apetite, baixa concentração, desânimo ou aceleração, dificuldade para relaxar ou ficar pensando nos acontecimentos do dia no período de descanso, dores persistentes e desesperança.

Assim como nesse trabalho, Joshi e Sharma (2020) utilizam o modelo JDR para discutir que no contexto da pandemia por mais que haja recursos positivos, como o enriquecimento de experiências profissionais e desenvolvimento de competências clínicas

singulares, há um aumento das demandas de trabalho dos profissionais de saúde, expondo os mesmos a maior probabilidade de evolução para SB.

No mundo todo, algumas medidas estão sendo discutidas com o objetivo de reduzir os efeitos da pandemia na saúde mental dos profissionais. Destaca-se a implementação de redes de apoio psicológico para os profissionais psicoeducação e orientações para o reconhecimento de sintomas, desenvolvimento de folhetos informativos com aconselhamento psicológicos, investimento em espaços de compartilhamento de emoções e comunicação das equipes de saúde (ORNELL et al., 2020).

Também se destaca a importância do autocuidado, manter uma rotina de atividades, cultivar rede de apoio social mesmo que virtual (PETZOLD, PLAG e STRÖHLE, 2020). Galbraith et al., 2020, aponta que estratégias como treinamento das equipes para gestão emocional e de crises ou ainda intervenções baseadas em atenção plena podem ser estratégias eficazes para o suporte dos profissionais.

Weintraub et al. (2020) aponta orientações para o cuidado com os profissionais brasileiros nesse período. Entre as orientações estão capacitações sobre psicoeducação e estratégias de acolhimento psicológico ou assistência psicológica regular. Sobre autocuidado, recomenda cuidados com sono e alimentação, evitar uso abusivo de substâncias psicoativas, evitar excesso de informações, manter-se atualizado sobre as pesquisas científicas, buscar apoio dos colegas para troca de experiências, reservar tempo para lazer, atividades físicas ou de relaxamento, comunicar-se com conselhos de classe ou sindicatos sobre situações irregulares. Sobre o ambiente de trabalho, WEINTRAUB et al. (2020) sugere garantir que todos conheçam os protocolos e normas de biossegurança, realizar reuniões curtas diárias para alinhamento, expor informações sobre serviços de apoio em saúde mental, buscar estratégias de alternância entre funções dos profissionais, organizar tempos de pausa, estimular cultura organizacional de apoio entre colegas, autonomia e satisfação com sua função, organização do ambiente.

Neste trabalho, destaco trechos em que os participantes demonstram preocupação com esse tema e apontam algumas ideias de intervenções que corroboram com a literatura, como espaços de troca e cuidado no ambiente de trabalho:

“A quantidade de gente que está com problema de saúde mental na residência e fora dela também (profissionais do serviço) e a demanda que está aumentando, porque não está tendo válvula de escape, o pessoal tinha um lazer, um teatro, um cinema, um carnaval, um São João, uma coisa assim, mas tudo isso bloqueado” (E6)

“O quanto que isso tem sido difícil nesse ano de pandemia, em que as pessoas não podem aglomerar, mal as pessoas podem almoçar juntas, então eu acho que é um momento desafiador e, por isso mais importante ainda seriam as práticas de cuidado entre os trabalhadores mesmo” (E2)

“Cantinho do abraço, quem precisasse de algum espaço de cuidado, a gente poderia colocar um plástico com um braço e aí as pessoas abraçariam, porque a gente não vai estimular o abraço sem proteção no COVID, mas trazer um pouco mais da humanidade, do contato com humano, do contato com o outro” (E1)

Por ser um evento histórico recente, muito ainda está em discussão sobre os impactos da pandemia e como intervir da melhor forma. Este trabalho, de abordagem qualitativa, traz a possibilidade de compreender a percepção dos profissionais de saúde que enfrentam a pandemia, através da APS - um campo nem sempre destacado como linha de frente. A grande repercussão da atual crise da saúde pode ser um impulsionador para discussões que vêm sendo historicamente negligenciadas, como a importância da APS na rede de saúde e o sofrimento mental dos trabalhadores.

As intervenções que estão sendo realizadas para apoio à saúde do trabalhador são iniciativas importantes nesse momento e trazem abordagens variadas, desde o atendimento clínico, até o incentivo ao autocuidado e investimento nas relações e comunicação no ambiente de trabalho. Os efeitos da pandemia podem trazer mudanças a nível individual e coletivo, entre elas a própria percepção do profissional de saúde sobre cuidado, quando se vê em um cenário de incertezas, exposto a muitas vulnerabilidades, em que a ciência não apresenta todas as respostas e as relações sociais estão mais distantes. Pode ser a chance de cuidar de si para que possa cuidar do outro. Novos estudos podem trazer contribuições importantes sobre este tema e a eficácia das intervenções na saúde do trabalhador, podendo servir de subsídio para a consolidação de ações permanentes de proteção e cuidado aos profissionais de saúde.

8.2.4 Desafios da preceptoria na APS

Com a sua criação, a partir da Constituição de 1988, o SUS passou a ser responsável também pela formação de profissionais para atuação na área da saúde. A partir disso, algumas estratégias foram implantadas para atender essa demanda, como a instituição de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pautando uma maior aproximação entre as instituições de ensino e os campos de prática em serviços do SUS, de modo a contemplar as necessidades de saúde da população, à medida que forma profissionais aliados dos princípios e diretrizes do sistema de saúde (STEINBACH, 2015; SOUZA e FERREIRA, 2019).

Vale destacar que a APS foi a estratégia preconizada, pelo SUS, para uma mudança do modelo de atenção à saúde, o que implica na necessidade de formar mais profissionais para essa área, com a adequação dos programas de ensino para esta nova realidade. Com isso espera-se a formação para além da técnica e da clínica generalista, mas precisa haver um compromisso

ético e político, responsabilidade social, entendimento da dinamicidade do sistema público de saúde e a habilidade de trabalhar em equipe multidisciplinar (STEINBACH, 2015; SOUZA e FERREIRA, 2019).

O modelo de educação também precisou se adaptar, abrindo maior espaço para um ensino que estimule a autonomia e um processo de aprendizagem centrado nos sujeitos, privilegiando as reflexões e o olhar crítico sobre as atividades práticas. Assim, houve maior espaço para os Programas de Residência, que preconiza a formação em serviço, a partir do exercício cotidiano da profissão, com o auxílio de um profissional mais experiente na área, visando tanto a formação de profissionais como a qualificação dos serviços. Esses programas começaram com atividades médicas e tornaram-se o padrão ouro na especialização destes profissionais, com as mudanças políticas de formação de profissionais para o SUS, houve um crescimento das Residências Multiprofissionais em Saúde (STEINBACH, 2015).

Assim como, a implantação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas estratégicas (Pró- Residência Médica) e o Programa Mais Médicos, que incentivou o crescimento de Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, para o incentivo de médicos voltados para APS (SBMFC, 2020; GIROTTO, 2016).

De forma geral, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Medicina de Família e Comunidade, são vinculados ao Ministério da Saúde, e são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, constituindo-se como pós-graduação lato sensu. A carga horária total é de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, que devem ser divididas em 80% de atividades práticas ou teórico práticas e 20% de atividades teóricas, com uma média de 60h semanais.

Os programas também preveem a presença do preceptor no campo de prática, como um profissional especialista, responsável pelo acompanhamento dos residentes nas atividades práticas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015). A organização dos residentes nos serviços pode adquirir diferentes formatos, com preceptor e residente dividindo uma mesma equipe, ou cada um assumindo uma equipe diferente ou até os residentes assumindo a equipe como profissionais e o preceptor como volante no serviço (SBMFC, 2020)

O Programa de Residência, que fez parte do cenário deste estudo, contempla dois programas que ocorrem de forma integrada, compartilhando todas as atividades e corpo pedagógico, sendo eles o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, através de uma instituição pública de direito privado, a nível estadual, com foco na saúde da família.

O programa segue as diretrizes nacionais da carga horária dos programas, com duração de 2 anos, contemplando as categorias profissionais de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia; Saúde Coletiva e Medicina. O Projeto Político Pedagógico tem como objetivo geral propiciar uma formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuarem no campo da atenção primária e das Redes de Atenção à saúde, com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS.

Também se baseia numa prática pedagógica pautada pela Educação Permanente em Saúde – entendendo que a inserção como trabalhador e a experiência nos serviços de saúde geram reflexões e aprendizados; e da Pedagogia Problematizadora, através da espiral construtivista de aprendizado que prevê movimentos de identificação de problemas na realidade, formulação de explicações e questões de aprendizagem e uma nova síntese com a busca de informações e construção de novos significados (FESF-SUS e FIOCRUZ-BA, 2018).

Estudos apontam que as metodologias ativas são bastante utilizadas na formação de profissionais de saúde convergindo com a ideia de que esses profissionais precisam desenvolver a habilidade de resolução de problemas, a partir da sua autonomia, integração entre teoria e prática, trabalho em equipe, todos esses aspectos incluídos como resultados benéficos das metodologias ativas em contraste com o modelo tradicional de ensino (COLLARES e OLIVEIRA, 2018; PAIVA et al., 2016).

Um dos pontos chave no processo de trabalho do SUS, principalmente na atenção básica, é o trabalho em equipe e atividades coletivas, o uso das metodologias ativas permite uma maior troca de saberes entre os sujeitos, responsabilização e soluções mais apropriadas à realidade. Em uma pesquisa apreciativa com preceptores de uma residência multiprofissional em saúde, eles destacaram as metodologias ativas como uma das práticas exitosas que contribuem para a formação de diferentes sujeitos envolvidos na construção do SUS (ARNEMANN et al., 2018)

O Programa de Residência da FESF SUS também prevê a inserção de residentes nas equipes de saúde, compostas por médico, enfermeiro e dentista, com o acompanhamento de uma equipe de três preceptores da mesma categoria para cada quatro equipes de residente. Os preceptores devem acompanhar e auxiliar o desenvolvimento dos residentes a partir das competências previstas pelo programa, tanto das específicas de cada categoria (núcleo), como as que são comuns a todos os trabalhadores da equipe de saúde da família (campo).

Devem trabalhar, nos cenários de práticas, todas as dimensões da produção do cuidado, como aspectos técnicos, afetivos, políticos, sociais e as competências de campo como gestão,

educação e participação social. O programa conta ainda com outros atores no corpo pedagógico, como: apoiador pedagógico de núcleo, responsável pelo apoio técnico-pedagógico do preceptor-residente da sua mesma categoria; apoiador pedagógico de campo, profissional especialista em saúde da família ou área afim, que trabalhará os saberes e práticas relacionados ao trabalho em equipe e ao desenvolvimento da atenção à saúde no território; além de outros sujeitos que colaborarão com a sua formação e educação de forma mais pontual, conforme a necessidade (FESF-SUS e FIOCRUZ-BA, 2018).

As atividades da preceptoria reúnem a complexidade do trabalho na APS e os desafios da educação nos serviços de saúde. Dessa forma, os profissionais relatam muitas questões que os mobilizam nesse processo de trabalho, entre eles a sensação de grande responsabilidade que gera cobranças excessivas, tanto por parte da instituição, quanto dos próprios preceptores, que não se sentem preparados para algumas atribuições. Os trechos a seguir demonstram reflexões dos participantes sobre as demandas da preceptoria e suas responsabilidades nesse papel:

“Quando um residente traz uma queixa ou uma demanda, enquanto preceptora fico me cobrando dar respostas, mesmo que ela não exista, mas me sinto nessa responsabilidade” (E5)

“A gestão cobra que o paciente precisa ser atendido, e a coordenação quer que a gente faça pela metodologia do exemplo, e a gente fica sufocado nisso tudo e não consegue agir de uma forma que seja bom para a gente também né” (E5)

“Com profissionais além da residência percebo que as queixas e problemas são os mesmos, mas muitas vezes como preceptores queremos resolver e nos envolvemos em um nível que não é saudável” (E2)

“Eu não recebi nenhum curso pela residência, eu não fiz um mestrado pela residência (...) Muita gente não está preparada para, por exemplo, ser informatizado do nada, tem pessoas aqui que não tem experiência em ser um educador que use ferramentas digitais, e a gente precisou se reinventar” (E9)

Considera-se que o perfil do preceptor ideal contemple habilidades para além da técnica em saúde, que desenvolva competência pedagógica para auxiliar no processo de ensino aprendizagem dos residentes e que sirva de exemplo ético e na prática multiprofissional e integral, além de ter habilidade para uma boa comunicação (SOUZA e FERREIRA, 2019; AUTONOMO et al., 2015).

Contudo, não há uma garantia de formação para os profissionais de saúde na função de preceptoria, gerando insegurança e desconforto no desenvolvimento desse papel, como citado pelos participantes da pesquisa (AUTONOMO et al., 2015). As instituições de ensino a qual são vinculados os programas de residência deveriam se responsabilizar por essa formação, principalmente voltado para o aprimoramento do papel de educador e para o incentivo da educação permanente nos serviços de saúde (SOUZA e FERREIRA, 2019).

A questão da falta de clareza nas atividades e funções da preceptoría é um tópico bastante comentado pelos participantes, sendo também um ponto de sobrecarga no trabalho e de desgaste emocional. O fato de não ter uma consolidação desse papel de preceptor, parece abrir brechas para o acúmulo de diversas funções e cobranças, como assumir demandas tanto da assistência, como do ensino, como também administrativas, o que faz com que muitas vezes eles se dediquem a fazer tudo para não comprometer nem o serviço, nem o aprendizado dos residentes (SILVEIRA et al., 2020; AUTONOMO et al., 2015; AGUIAR et al., 2017).

A definição das atividades e atribuições do preceptor são variáveis e parecem se adequar as necessidades de cada programa de residência, por exemplo, essa sobrecarga parece ser potencializada em programas de residência multiprofissionais, por assumir a heterogeneidade entre as categorias profissionais (AUTONOMO et al., 2015). Preceptores também relatam em outros estudos que precisaram reorganizar suas agendas e dedicar mais tempo para atividades com estudantes, o que pode representar uma barreira para atrair mais profissionais para essa função (GIROTTO, 2016).

Ao mesmo tempo, os participantes apontam que investir nesse tópico poderia melhorar a qualidade de vida no trabalho e fazem sugestões de divisão de tarefas com residentes e outros componentes das equipes, como estratégia para redução do estresse. Nesse mesmo sentido, Peduzzi e Agreli (2018) defendem que práticas colaborativas e a valorização do trabalho em equipe são estratégias importantes da saúde da família, com repercussões tanto na melhoria do acesso e qualidade da assistência prestada aos usuários, quanto na maior satisfação dos profissionais com o trabalho na saúde da família. Os trechos seguintes trazem algumas dessas reflexões:

“O papel da preceptoría é uma das maiores demandas no trabalho. Muitas vezes o preceptor se sente responsável pelo serviço e assume funções que estão além do alcance e isso gera uma grande sobrecarga. É preciso rever esses papéis do preceptor e a energia gasta” (E2)

“Então eu sou competente, eu tenho competência para tais funções, só que é atribuição minha? Eu não fui atribuído com o ganho de preceptoría para isso daqui do que eu estou fazendo” (E10)

“Na falta da gerência, havia uma cobrança que a preceptoría resolvesse essa demanda (gerência), uma demanda que é de responsabilidade do município” (E2)

“Eu não consigo me ver nem como professora, nem como profissional” (E9)

“A teoria do que é dito da nossa função é muito diferente do que acontece na prática. Eles têm uma noção muito diferente da prática, e eu acho que o preceptor é visto muito mais como um organizador do serviço, do que como um professor né, como um preceptor assim, então eu acho que isso é algo que a gente precisa realmente conversar” (E4)

“Dividir essas funções para que não fique muita sobrecarga para a preceptoria, para a gente estar mais no papel de orientação e de auxílio, ao lado deles, fazer com e não fazer por” (E1)

“Tem uma particularidade de ser multi também, então é multi e médica, então você tem duas residências, com duas complexidades, duas dimensões grandes. A gente também não é preceptor só da nossa categoria, a gente é preceptor de todos, não existe isso, então não tem como eu dizer: ‘oh, eu vou parar de ser preceptor agora de...’, não” (E1)

O sentimento de desvalorização do trabalho do preceptor é um ponto comum das falas dos participantes. Aspectos da relação com os residentes e com a instituição alimentam esse sentimento, além do próprio preceptor ter dificuldade de perceber a importância do seu trabalho, já que o retorno dele nem sempre acontece. Apesar da literatura científica afirmar a importância da preceptoria para formação dos profissionais de saúde, na prática questões como remuneração insuficiente, necessidade de estudos e atualização frequentes, falta de investimento na formação do preceptor, pouco espaço para crescimento profissional e desenvolvimento na área acadêmica, baixa autonomia na participação da proposta pedagógica das instituições de ensino e condições de trabalho inadequadas são tópicos que aparecem em estudos e também nas falas dos participantes (AGUIAR et al., 2017; GIROTTO, 2016; AUTONOMO, 2015):

“Como o trabalho na preceptoria é invisível e por isso pouco reconhecido. O preceptor presta assistência, mas não é uma agenda bem definida então ninguém percebe, o preceptor se envolve nas questões administrativas, nas articulações com outros serviços, nas mediações de conflitos, mas são diversas situações do aspecto mais subjetivo e por isso mais desgastante e pouco compreendido ou valorizado” (E5)

“Eu também não me valorizo nesse lugar, porque eu acho que eu estou sendo mais ou menos, tenho essa sensação de inferioridade em relação aos outros trabalhadores. Não tenho uma estrutura, não tenho uma fixação, não tenho incentivo para trabalho, eu só recebo mais demandas, mais demandas e mais demandas” (E7)

“A remuneração, você se desagra de tudo para se dedicar, exige muito estudo, atualização o tempo todo” (E6)

“Como é feito (o feedback) não me parece valorização, eu acho que talvez a oferta é muito mais punitiva, muito mais de apontar as coisas do meu trabalho que não são consonantes com o projeto que se propõe dentro da residência” (E9)

“Eu vou entrar em um lugar que eu sei que eu não vou conseguir crescer de forma mais acadêmica”, então, eu estou em um lugar que eu sou dita como uma docente, estou aqui e eu não consigo ser qualificada e nem tenho um programa de investimento. É uma coisa assim bem difícil para você estar em um processo, estar na docência, uma pessoa que está na educação e você é extremamente desvalorizado assim, não incentivado” (E1)

Os participantes relataram muitas inseguranças sobre os seus direitos enquanto preceptores. Há documentos oficiais que elencam, de maneira geral, atribuições dos preceptores, principalmente com cunho pedagógico, como organização de atividades teóricas,

desenvolvimento de projetos de pesquisa e avaliação dos residentes (BRASIL, 2012). Também são feitas recomendações sobre o perfil desse profissional, com preferência para especialistas na área de formação e com experiência no campo de prática, porém pouco é dito sobre os direitos desse preceptor (BRASIL, 2012).

Não há uma legislação nacional que oriente a remuneração por esse trabalho, muitas vezes o profissional recebe o estudante de forma voluntária, como parte das suas atividades, por entender que o SUS é um campo de ensino para os futuros profissionais. Além disso, também não há garantia de carga horária para participar de atividades teóricas, planejamento pedagógico ou de formações que apoiariam o desenvolvimento dessa função (AGUIAR, 2020; GIROTTI, 2016). Essas incertezas de direitos, pode gerar disputas com as instituições e somado com a precarização, que já ocorre no trabalho da APS, são potenciais fontes de sofrimento psíquico desses profissionais (SILVEIRA et al., 2020) e se expressam de diversas formas na prática, como nos trechos a seguir:

“Também não tem uma regulamentação do que é esse lugar da preceptorial assim né, tem do residente, tem do meu código de ética enquanto profissional, do meu sindicato, mas e o preceptor, ele fica em que lugar?” (E)

“Instabilidade também financeira, que a bolsa (para preceptorial) não é uma coisa regular, não é toda hora certinha, a gente já teve problemas” (E1)

“Quando você coloca no grupo (com a instituição), as pessoas te silenciam, quando você questiona algo no grupo de WhatsApp, as pessoas te chamam no privado, “olhe, não fale isso não”. Esse silêncio perturbador, sabe? Um silêncio de que muita gente está insatisfeita e que não consegue verbalizar?” (E7)

“Esses controles que a coordenação tenta fazer né, “ah, se você não entregar a lista de frequência, você não recebe a bolsa”, mas minha bolsa está atrasada tem três dias, e eles não dão uma satisfação, que lugar é esse incoerente, sabe?” (E7)

“Eu tenho muita dificuldade assim que eu acho que nós somos substituíveis, mas a gente está sendo descartado mesmo né, não é nem substituído, eu acho que nesse momento, a qualquer momento vai ter um residente que aceite trabalhar mais que eu, com menos dinheiro e que vai ser colocado no meu lugar” (E9)

Os participantes também apontaram dificuldades no processo de trabalho relacionado a residência, principalmente no que se refere as mudanças constantes que a presença no residente traz, com a rotatividade desses profissionais e também de atividades que vem pré-definidas pelo programa, gerando uma sensação de não ter autonomia nas atividades pedagógicas.

Em estudo com preceptores do Brasil e Espanha, Aguiar et al. (2017) descreveu que muitos preceptores precisaram readequar suas atividades no serviço e organizar sua carga horária para conseguir exercer as atividades da preceptorial no processo de trabalho da APS.

Também foi apontada como uma dificuldade a interação limitada desse profissional com as instituições de ensino provedoras da residência, que nem sempre incentivam os profissionais do campo de prática a se envolver com as atividades acadêmicas, participar de eventos científicos ou do planejamento das ações pedagógicas e da construção do projeto político pedagógico das residências em saúde (AGUIAR, 2017; GIROTTO, 2016).

Dessa forma percebe-se que é necessário um investimento na integração entre ensino e serviço, de modo a aprimorar os profissionais para a prática da preceptoria e potencializar a qualificação dos serviços de saúde (SOUZA e FERREIRA, 2019; GIROTTO, 2016). Essas percepções podem ser percebidas nas falas a seguir:

“Essas mudanças e esse processo de trabalho muito dinâmico é muito comum na APS e principalmente na preceptoria” (E3)

“Cada ano você faz um novo ciclo, com novos residentes né, e tudo se repete, parece até que você está vivendo um déjà-vu” (E7)

“São as mudanças constantes que a gente tem no nosso processo de trabalho e que, muitas vezes, se a gente se opõe ou se a gente, “poxa, como assim? ”, é como se a gente tivesse traindo a fundação, então somos os rebeldes e os revoltados” (E1)

“Esse momento de instabilidade é uma das coisas que nos fazem adoecer, porque não é uma coisa que tem uma constância, é uma coisa que você fica o tempo todo sem saber” (E1)

“Eu não tenho autonomia não, então eu vou investir, não tenho autonomia nenhuma sobre a agenda de trabalho hoje, não posso nem definir, nem sei se vai estar disponível a agenda de residência” (E7)

A relação deste programa de residência com a gestão municipal também se apresenta como um desafio, gerando muitas tensões no processo de trabalho das unidades de saúde que contemplam a residência. Parece haver uma maior cobrança e uma grande expectativa que as unidades de residência funcionem como modelo para o município. Em estudo sobre SB em residentes e preceptores, Silveira et al. (2020) identificou que um dos fatores de risco para adoecimento era a gestão organizacional, com a falta de planejamento para ações de continuidade do cuidado, atrelado a alta rotatividade de gestores comprometidos com as políticas públicas e a influência política nos serviços gerando impactos negativos na resolutividade e qualidade da assistência.

Em geral, a presença de estudantes nos serviços de saúde pode evidenciar lacunas e favorecer o aparecimento de conflitos, por trazerem dúvidas e elementos teóricos para dialogar com a prática. A inserção dos estudantes nas equipes pode variar com o desenho do programa de residência, e o preceptor pode ser vinculado ao serviço ou a instituição de ensino, os estudos demonstram que há maior facilidade na colaboração da equipe quando o preceptor é vinculado

ao serviço, potencializando a presença dos estudantes como incentivo para qualificação dos serviços de saúde (SBMFC, 2020; AGUIAR et al., 2017; AUTONOMO, 2015).

O fato da instituição que provê a residência, em questão neste trabalho, não ter característica de instituição de ensino superior, mas sim de uma entidade ligada a administração pública pode ser um potencial de conflito político, que são ressaltados nos trechos a seguir:

“Outra unidade de Camaçari, que não tivesse residência, jamais aceitaria trabalhar nas condições que a gente tem continuamente trabalhado, então eu acho que tem um agravante na situação que é a residência, não por ela nos forçar a trabalhar com menos material, mas porque ela tem uma visibilidade (política). A gente é muito visada e a gente quer sempre fazer mais e a gente acaba fazendo muito mais com pouco” (E9)

“A residência, por ser um contrato né, um consórcio, um convênio, existe uma relação dupla, tanto de submissão, como uma relação também de ter relações políticas, relações de poderes e de disputa. Ela se sujeita a alguns papéis, alguns lugares que é muito difícil estar, porque existe esse contrato e aí eu acho que existe muita disputa mesmo nesse lugar, é um lugar muito delicado, e acaba reverberando na gente que está na ponta, e aí a gente acaba sofrendo esse processo assim” (E1)

“Algumas gestões que são mais cooperativas né, em gestões que tem uma ideologia que é mais próxima daquilo que a residência está colocando, isso fique menos evidente, essa relação de disputa, mas em outras relações não” (E1)

“O município meio que abusa um pouco né, faz o assédio com a FESF, é a relação de força institucional” (E6)

A relação entre os preceptores e residentes também foi mencionada nas discussões, evidenciando conflitos entre esses atores ou questões relacionadas aos residentes que o preceptor precisa mediar e muitas vezes acolher as angústias e emoções dos profissionais em formação. Há estudos que indicam que os residentes apresentam tendência ao estresse ocupacional, com a presença de fatores de risco para desenvolver SB, em geral são profissionais mais jovens, com menos tempo de atuação, comumente profissionais buscam a residência logo após a graduação. Além disso, a carga horária de 60h junto com a dificuldade de conciliar a prática com o aprendizado teórico, demonstram ser fatores estressores (SILVEIRA et al, 2020; SILVA e MOREIRA, 2019).

Esses tópicos somados as dificuldades comuns do trabalho na APS se somam, por exemplo, estudos avaliaram que a presença dos estudantes nos serviços, por serem propulsoras de mudanças e qualificação da prática a partir da educação permanente, podem evidenciar maiores conflitos e resistências nas equipes de saúde (AGUIAR et al, 2017; GIROTTO, 2016; AUTONOMO et al., 2015).

Dessa forma, espera-se que a preceptoría estabeleça uma boa relação com o residente, a fim de proporcionar uma aprendizagem respeitosa, efetiva e horizontal, pautada na pedagogia para adultos, visando não só o desenvolvimento técnico, mas também habilidades e atitudes

desses futuros profissionais (RIBEIRO et al., 2020; ARNEMANN et al. 2018; GIROTTO, 2016). Na prática, isso pode ser um grande desafio e colocar o preceptor como mediador de conflitos e suporte psicológico em diversas situações, o que seria relevante para pensar em estratégias de apoio a esse profissional, como evidenciado nos trechos seguintes:

“Às vezes eu acho que ele respeita a minha visão científica, às vezes eu acho que ele só respeita em momentos em que ele precisa de alguém para botar como testa de ferro em uma decisão” (E9)

“Geralmente são conflitos entre os próprios residentes né, na nossa realidade, em que são besteiras mesmo, que variam com o perfil de cada um, a personalidade de cada um, e a gente vai aprendendo a conviver com isso” (E2)

“A gente tem que acolher o residente, a gente tem que estar lá mediando conflito, o residente chora no nosso colo, o residente chora no nosso ombro, é uma loucura, e aí a gente olha para um lado, olha para o outro, e fala “é, engole, porque vai fazer o que” (E1)

“A gente, na preceptoría, vivencia muito isso, de lidar com as emoções” (E1)

“Muitas vezes até o residente ele é mais escutado nesse processo do que até a gente né, eu acho que é muito para o residente, e muito pouco para a gente assim, nesse processo de barganha mesmo” (E4)

Nesse grupo de participantes, dos nove preceptores, cinco deles são egressos do programa e hoje atuam como preceptores. Eles refletiram o impacto de ser ex residente do mesmo programa como um efeito negativo, principalmente pela expectativa e cobrança que sentem ao assumir o lugar da preceptoría. Diferente do que aparece na literatura, onde preceptores egressos de programas de residência se sentem mais seguros e tem melhor referência sobre o fazer do trabalho da preceptoría (AUTONOMO et al., 2015; GIROTTO, 2016). Cabe refletir se é uma característica do programa que os participantes fazem parte, pois surgem as reflexões seguintes:

“A residência acha que eu ser residente dela é um investimento em mim, e quando ela me prepara e eu assumo a preceptoría, eu sou obrigada a dar tudo que eu puder nessa residência” (E9)

“Psicologicamente é como eu me sinto, acuada, eu sou ex residente, eu preciso ser o melhor, e também, como ex residente, eu me sinto na obrigação de mostrar para os residentes no qual eu estou implicada em ensinar, em apoiar, de que eles podem dar o melhor de si, e eu acho que esse é um ciclo vicioso” (E9)

“Como egressos do programa de residência, ao ver os mesmos problemas que vivemos acontecendo com os residentes, há uma tentativa de resolver para que eles não passem pelo mesmo sofrimento que já passamos e isso muitas vezes gera mais frustração” (E2)

“A maioria do corpo pedagógico saiu da residência, então, de certa forma, algumas coisas se confundem nesse papel, então eu acho que a questão do lidar, do se investir, do se importar” (E1)

A relação com a instituição que provê a residência, nesse trabalho, aparece como muito fragilizada e com várias queixas dos trabalhadores. Estudos demonstram que o bom desenvolvimento da preceptoria, envolve o preceptor, o estudante e a instituição de ensino. A falta de clareza no papel de cada um ou a falha na comunicação com a instituição pode comprometer muito a inserção dos estudantes nas equipes e prejudicar o desempenho da preceptoria. Também é fundamental que haja trocas de saberes entre as instituições de ensino e os serviços, com tomada de decisões compartilhadas, para que os serviços de saúde não sejam tratados como um mero campo de prática e sim o local de produção de cuidado e conhecimento no mundo real, conectado com as necessidades de saúde da população (GIROTTI, 2016).

O programa de residência contemplado neste trabalho tem particularidades, pelo fato da provedora não ser uma instituição de ensino e propor um programa integrado de residência médica e multiprofissional e com forte cunho político na formação dos profissionais. Apesar dessas características serem pontos fortes dos programas, podem ser fatores que contribuem para uma maior sobrecarga dos profissionais e seria estratégico pensar em ações que minimizem esses danos. Os participantes apontaram questões de convivência, comunicação e capacitação como possíveis ferramentas para melhorar essa relação, o que corrobora com estudos que demonstram que o engajamento no trabalho requer o investimento nos aspectos positivos e motivacionais que levam à realização profissional, entre eles o bem-estar e a identificação com o processo de trabalho (VAZQUEZ, FERREIRA e MENDONÇA, 2019).

“Eu sinto falta de espaço de cuidado em relação a fundação, de ela ofertar, então, um espaço de cuidado, por que a fundação não tem? A gente nunca teve espaço de confraternização, nem no final do ano, em momento nenhum assim. Eles não lembram os nossos aniversários, eu não recebo um e-mail de parabéns, como assim, nem um chocolate” (E1)

“A redução lá do turno de formação, era o único momento às vezes em que a gente enquanto trabalhadores da FESF nos encontrávamos e ainda, tipo assim, além de ser no dia que vai ser o dia não presencial (turno de planejamento do preceptor), ainda é só metade” (E4)

“Eu acho que o que precisa melhorar são os espaços de convivência, da gente se sentir mais próximo”, final de ano não tem uma mensagem de final de ano, gente, isso não existe em lugar nenhum” (E7)

“Da FESF tem um peso maior, e um investimento político que ela faz né, ela faz um trabalho político em que a gente está sempre brigando pelo SUS, nós somos os últimos que estão aqui em pé” (E9)

“Semana de apresentação de preceptores e aí, convocar os preceptores a apresentar algum trabalho alguma experiência, alguma coisa, eu acho que seria bem legal isso, e assim, sei lá, consolidar, seria bem legal assim, porque tem muita coisa da vida, é muita vida, muita dinâmica, muito coisa que precisa, sei lá, ter oportunidade de a pessoa apresentar” (E6)

Outra proposta, bastante discutida pelos preceptores como uma estratégia para lidar com os desafios do trabalho da preceptoria, foi a promoção de espaços coletivos, tanto de organização política para melhor discussão dos seus direitos e papéis, como para fortalecer a troca de saberes e apoio entre preceptores. Souza et al. (2020), em pesquisa com docentes de instituições de ensino superior, evidenciou que uma das estratégias de enfrentamento à precarização social do trabalho é a organização dos trabalhadores em coletivos, como caminho para melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador. Além disso esses coletivos podem ser também espaços de trocas de experiências, acolhimento e escuta do sofrimento desses profissionais.

No campo da preceptoria, é instituído um Fórum Nacional de Tutores e Preceptores em Saúde, que defende pautas concordantes com o expresso pelos participantes, como regulamentar as atividades docentes nos serviços e suas diferentes atribuições, incentivo à formação e participação no fórum, definir número de residentes por docente, bases de remuneração, planos de cargos, carreiras e salários, estrutura mínima para o exercício da função, etc. (CECCIM et al., 2018).

Contudo, o principal espaço para discussão sobre os programas de residência, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), desde 2019, não está atuante e causa um impacto na qualificação dos programas e prejudica as articulações políticas (REDE UNIDA, 2020). No campo da residência médica, as organizações de preceptores são pulverizadas por especialidades, não havendo uma mobilização nacional dos preceptores em MFC. Dessa forma, as reflexões dos participantes são pertinentes, visto que há muito a se avançar nessa construção política da preceptoria, sendo uma possível estratégia de apoio aos desafios enfrentados pelos preceptores, como referidos nos trechos seguintes:

“É preciso criar espaços de mobilização e organização do coletivo de preceptores, pois há necessidade desse grupo de trabalhadores poderem buscar seus direitos, avaliar quais as políticas que os contemplam, entender quais os papéis e dificuldades enfrentadas” (E6)

“Quando há espaços de conversas entre os preceptores são muito terapêuticos, poder conversar com alguém que está passando os mesmos desafios e problemas é reconfortante, sinto-me acolhida” (E5)

“Espaços de troca entre os preceptores são muito potentes, acredito que essa troca entre pares é muito energizante” (E7)

“O próprio processo de falar sobre o problema é terapêutico e estar com pessoas que entendem as dificuldades que o preceptor passa deixa mais à vontade para falar e gera sentimento mais reconfortante” (E1)

“Quando haviam mais espaços de encontro dos preceptores na residência conseguíamos nos apoiar mais e ter mais ferramentas. Dias de formação por

exemplo, foram importantes para treinar habilidades de comunicação, trocar sobre situações complicadas de residentes” (E2)

Apesar de tantos desafios na prática da preceptoria, alguns relataram a gratidão no exercício desse trabalho e a importância desse suporte pedagógico na formação de outros colegas. Este aspecto demonstra um importante recurso no trabalho dos preceptores, diante de tantas demandas de trabalho, considerando o modelo JDR. Um estudo transversal com preceptores de Brasil e Espanha, avaliou que apesar das dificuldades na prática, a maioria dos preceptores se sentem motivados com esta atividade e pretendem continuar pelos próximos dois anos. Além disso entre os programas com maior índice de motivação estavam a residência de Medicina de Família e Comunidade. Entre os fatores de motivação desses profissionais, verificou-se a boa relação com os residentes e a contribuição dos estudantes para qualidade do serviço. No ambiente da APS, devido aos programas públicos de incentivo à formação, a remuneração adicional também aparece como um fator motivador (AGUIAR, et al., 2017). Nesse estudo, alguns preceptores também demonstraram essa motivação, nos trechos a seguir:

“Me sinto grata de poder trabalhar na residência” (E8)

“A preceptoria tem um lugar muito diferenciado, eu acho, no trabalho em saúde, se a gente olhar assim, é muito difícil você caminhar sem a preceptoria. Ajuda muito você estar com o suporte que você tem e precisa mesmo, tem decisões que você precisa tomar ali e agora, não vai ter outro momento” (E6)

Neste trabalho, foi possível discutir as percepções dos preceptores de uma residência médica e multiprofissional em saúde da família, sobre os desafios que este trabalho impõe. Eles perpassam por variadas questões, como: individuais, na auto cobrança pela grande responsabilidade de desempenhar esse papel; sociais, como a relação com os residentes, muitas vezes sendo mediador de conflitos e rede de apoio para os mesmos; políticas, como as nuances com a gestão municipal, as instituições de ensino e a disputa pelos direitos trabalhistas e até organizacionais, evidenciadas pela necessidade de maior investimento em ações de valorização do profissional, promoção de um ambiente de trabalho mais saudável. De forma que os desafios do trabalho dos preceptores que emergiram este trabalho, são muito similares as demandas e recursos do trabalho dos profissionais da APS, de forma geral.

As contribuições dos profissionais que estão nos campos de prática, desempenhando diversas funções, em uma importante interface entre ensino e serviço, devem ser valorizadas na consolidação dos programas de residência. Destaca-se a necessidade de regulamentação de alguns pontos do exercício dessa função, como clareza na definição de funções para evitar sobrecarga, garantia de remuneração, proteção de carga horária para atividades pedagógicas e investimento na formação dessas profissionais, principalmente no campo da educação. Esses

podem ser recursos importantes para a manutenção dessa função que por si só já acumula, demandas de duas grandes áreas de trabalho, a saúde e a educação.

Percebe-se uma sobreposição de funções de educador e assistente da saúde na preceptoria, que é muito potente para a formação dos profissionais a partir da realidade dos serviços de saúde, porém, parece haver também um acúmulo de fatores que podem contribuir para o estresse ocupacional, tão comum entre essas duas áreas. Assim há necessidade de pensar nos recursos que podem apoiar esses profissionais, como a garantia dos direitos, programas de valorização, redes de apoio à saúde do trabalhador ou às necessidades psicoeducacionais.

Enquanto essas intervenções ainda são incipientes, como sujeitos ativos na prática do SUS, muitos preceptores acabam usando a criatividade para o enfrentamento dos desafios que encontram na prática. Seria potente pensar mais espaço de troca entre esses profissionais, valorizando as suas práticas e disseminando as experiências exitosas, além do potencial terapêutico que esses espaços podem ter, colaborando para uma rede de apoio entre entes profissionais. As próprias reuniões dos grupos, neste trabalho, puderam contribuir como espaço de escuta, reflexão e apoio entre preceptores do mesmo programa. Além disso, a parceria entre os serviços de saúde e as instituições de ensino são uma aposta de investimento em educação permanente que pode ser capaz de impulsionar transformações não só nos serviços assistências, mas também em intervenções que promovam o engajamento dos próprios profissionais de saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho na APS possui uma gama de complexidade que impacta diretamente na saúde mental dos profissionais de saúde, com estudos crescentes demonstrando o aumento do esgotamento profissional na APS. Contudo, a Psicologia Positiva permite a ampliação da discussão da saúde do trabalhador, para além dos fatores de risco no desenvolvimento de transtornos mentais, considerando os fatores psicossociais do trabalho, que podem atuar sobre o trabalhador e levar a desfechos positivos ou negativos, a depender do contexto em que o trabalho é desenvolvido.

Nessa linha, o modelo JDR aprofunda as discussões sobre os fatores psicossociais, a partir do reconhecimento de demandas e recursos do trabalho. Onde demandas são necessidades físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais que o trabalho exige do profissional, enquanto os recursos são as ferramentas ou características que o profissional dispõe para a execução das suas atividades laborais. Esta teoria considera que é necessário o equilíbrio entre as demandas e recursos do trabalho, caso ele não ocorra, por excesso de demandas ou falta de recursos, pode haver o desenvolvimento do esgotamento profissional. Contudo, se há equilíbrio entre demandas e recursos suficientes, pode haver o engajamento do profissional com o trabalho, promovendo maior bem-estar e satisfação com suas atribuições.

Nesta pesquisa, um grupo de profissionais da APS de Camaçari-BA, identificou como demandas do seu trabalho, sobretudo, questões organizacionais que se referem a dificuldade da mudança de um modelo de atenção à saúde na qual a APS é protagonista, conflitos com modelos de gestão tradicionais que priorizam a burocracia, baixa autonomia dos profissionais nas decisões do processo de trabalho e falhas no planejamento e gestão municipais que dificultam direta ou indiretamente o trabalho nas unidades de saúde, como falta de materiais e recursos humanos, por exemplo.

Assim, é importante refletir que há grande dificuldade de intervir nas demandas do trabalho da APS que mais impactam nos profissionais e que geram sofrimento e desmotivação com o trabalho, por se tratar de questões relacionadas ao modelo de sociedade e política de saúde no Brasil, em um contexto político desfavorável, com retrocessos em programas já consolidados e crescente desmonte das instituições públicas que compõem majoritariamente o SUS.

Diante das demandas e recursos identificados nas tabelas anteriores, os profissionais apontaram algumas estratégias que têm utilizado na sua rotina de trabalho ou gostariam que houvesse maior investimento.

Em geral, os profissionais buscam atividades que favoreçam o autoconhecimento e a percepção dos limites de cada um, diante das demandas que o trabalho da APS exige. Entre os exemplos citados, um dos mais comuns, foi a psicoterapia individual, que é custeada pelo próprio trabalhador. Alguns serviços de saúde, especialmente no período da pandemia de COVID-19, iniciaram a implantação de redes de suporte psicológico para os profissionais, em formato virtual ou presencial, com abordagens individuais e coletivas, esta é uma sugestão que pode contribuir como apoio para saúde mental dos profissionais da APS. Também foram citados pelos profissionais a importância do estímulo a espiritualidade, independente da religião, como forma de fortalecimento dos valores e motivação por meio de maior conexão dos objetivos de vida com o trabalho. Outra estratégia é o incentivo a atividades físicas, como promoção da saúde física e mental.

O treinamento para o desenvolvimento de resiliência pode contribuir com a redução dos níveis de estresse, o que pode ser bastante útil diante da necessidade de se adaptar a diversas situações complexas do trabalho na APS. A combinação de diferentes estratégias para o desenvolvimento da resiliência demonstra maior eficácia, são exemplos a organização de oficinas sobre o tema, reflexões e trocas em grupos, atividades de atenção plena e técnicas de relaxamento, estabelecimento de mentorias no desenvolvimento do trabalho. As experiências de treinamento em atenção plena (mindfulness) estão crescendo no ambiente de trabalho e demonstrando bons resultados. Os profissionais sugeriram a prática de meditação em grupo dos profissionais, por ser uma prática acessível e com baixo custo, podendo ser organizado pelos próprios colegas de trabalho, como pactuar com a equipe um local dentro do serviço e horário (como início ou final dos turnos de atendimento ou reuniões) para que possam se reunir voluntariamente e realizar a meditação, visando a promoção à saúde mental do trabalhador.

As PICS foram muito sugeridas pelos profissionais, entre elas foram citadas ioga, acupuntura, auriculoterapia, aromaterapia, fitoterapia e a meditação. Esta pode ser uma sugestão de investimento para o cuidado dos profissionais no ambiente de trabalho, considerando que muitos utilizam essas práticas no cuidado com os seus pacientes. De forma geral, os profissionais que estão aptos a realizar as PICS se habilitam a organizar momentos individuais ou coletivos para os colegas no ambiente de trabalho. Há sugestão dos profissionais dessa pesquisa de tornar essa estratégia uma ação de cuidado continuado para os profissionais, através do pacto em equipe de incorporar como uma atividade da rotina, com divisão de responsáveis, organização de materiais, proteção e garantia de horário e ambiente apropriado, dentro do processo de trabalho. A presença do programa de residência pode ser um fator facilitador na implementação dessas ações, incorporando atividades de cuidado com PICS

como parte das atividades dos residentes e preceptores, incentivando a formação e a promoção da saúde mental dos profissionais.

Os profissionais também destacaram o trabalho em equipe como uma potência da APS, e há alguns pontos que podem ser considerados como fatores de motivação para os profissionais quando o trabalho em equipe acontece: qualificação do cuidado em saúde, cooperação entre colegas nas responsabilidades do trabalho e um clima de trabalho positivo.

A riqueza da troca de informações entre as diferentes categorias profissionais pode servir como uma forma de suporte entre colegas e valorização dos diferentes saberes das profissões. Investir na educação permanente dos profissionais, promovendo momentos de formação, discussão e matriciamento entre os mesmos, é capaz de produzir resultados positivos, como maior engajamento dos trabalhadores ou até uma melhor articulação da rede de saúde, quando se promove espaços de troca e comunicação entre as equipes. Além disso, amplia as possibilidades para um cuidado em saúde mais ampliado e maior resolutividade para as necessidades da população, tornando os resultados mais gratificantes.

A prática colaborativa e o compartilhamento das atividades entre os colegas de trabalho, constituem uma das possibilidades do trabalho em equipe e podem contribuir para uma melhor distribuição das demandas da rotina da APS e como forma de evitar sobrecarga dos profissionais. Como por exemplo, uma melhor divisão entre as categorias profissionais das tarefas administrativas, que historicamente são delegadas a enfermagem. Esta colaboração entre colegas pode produzir um melhor alinhamento e confiança entre os membros da equipe, que passam a ter mais propriedade e autonomia do processo de trabalho.

Também foi destaque a importância de valorizar espaços de confraternização e celebração do trabalho, como uma forma de valorização dos profissionais e motivação dos mesmos. Estas celebrações podem ser momentos de diversão e troca de afetos entre colegas, como uma forma de incentivar relações positivas no ambiente de trabalho e a constituição de uma rede de suporte entre os sujeitos que vivem a complexidade do cuidado em saúde na APS. Também podem ser promovidos eventos para apresentação das experiências exitosas dos trabalhadores nos campos de prática ou oficinas onde os profissionais possam compartilhar suas habilidades com os colegas, promovendo maior engajamento com sua equipe de trabalho.

Os profissionais revelaram o interesse em receber feedbacks sobre a sua atuação de forma mais qualificada e regular. Essas ações por parte das instituições propiciam a reflexão sobre o trabalho, valorizando os pontos positivos e apontando diretrizes para melhorias e evolução destes profissionais. Historicamente estas avaliações na APS são feitas através de indicadores de assistência e metas de desempenho, que muitas vezes são atravessadas pelos

problemas dos diferentes cenários de saúde pelo Brasil, gerando muito mais uma cobrança por produtividade dos profissionais, sem visar o desenvolvimento dos mesmos.

Diante das demandas organizacionais apontadas pelos profissionais, como falta de materiais e recursos humanos, baixa autonomia no processo de trabalho, conflitos do modelo de atenção e etc., os profissionais sugerem explorar mais algumas ferramentas de gestão como planejamento em saúde e organização de colegiado gestor nos serviços. Através do planejamento seria possível realizar um melhor diagnóstico da situação de saúde e das dificuldades enfrentadas no serviço e pensar soluções a partir dos recursos disponíveis, incluindo diversos atores, como os trabalhadores, os usuários e gestores. A experiência de colegiado gestor nas USF dos profissionais, com a participação de representantes diversos e os gerentes dos serviços, tem se mostrado positiva, com o compartilhamento da tomada de decisões, divisão de responsabilidades, melhor articulação para mediação de conflitos e maior autonomia dos profissionais, o que demonstra ser uma estratégia potencial para resolução de algumas demandas do trabalho da APS apontadas pelos profissionais.

Além da necessidade de maior participação na gestão da APS, os profissionais também refletiram que a organização política em torno de coletivos com interesses comuns e também o incentivo a participação popular na gestão dos serviços de saúde são um importante recurso para lidar com a complexidade da APS. Essa organização pode colaborar para unir forças de diferentes atores no enfrentamento dos problemas da APS, gerando uma maior governabilidade, além do potencial de produzir uma rede de apoio entre os sujeitos que buscam a qualificação do cuidado em saúde na APS.

Diante das demandas e recursos expostos pelos profissionais da APS, pode-se notar que a quantidade e a magnitude das demandas são maiores e demonstram grande impacto nos profissionais, quando comparados com os recursos. Alguns recursos citados acima nem estão disponíveis na prática, muitos são sugestões dos trabalhadores sobre o que poderia colaborar com a sua rotina de trabalho. Assim, à luz do modelo JDR, a sobreposição das demandas em relação aos recursos aponta para uma tendência ao esgotamento profissional, com o adoecimento mental dos profissionais de saúde.

Portanto, há maior necessidade de investimento em recursos para os profissionais da APS, que podem ser explorados em diversas dimensões, como pessoal, social, conteúdo de trabalho, desenvolvimento e organizacional. Há possibilidades de programas de treinamento de resiliência, atenção plena, liderança, estímulo a momentos de feedback, espaços de discussão entre profissionais, grupos de apoio e cuidado, entre outras estratégias. Porém, o debate sobre a importância de investir em recursos para esses profissionais precisa ser ampliado,

principalmente entre gestores, de modo que a oferta desses espaços seja institucional e continuada, com vistas a qualificação dos profissionais e seu engajamento, que pode trazer benefícios em menor esgotamento dos profissionais e maior desenvolvimento dos serviços de saúde. Esse investimento por si só, não leva a completa resolução do adoecimento mental dos trabalhadores, devido à complexidade do problema, já discutida acima, mas aponta possibilidades para equilibrar a balança entre as demandas e os recursos do trabalho da APS.

A discussão sobre o estresse ocupacional propiciadas por este trabalho, subsidiaram a construção da cartilha “Estresse ocupacional na APS: Recomendações aos profissionais”, que se encontra no APÊNDICE G. Nesta cartilha são apresentadas as principais demandas e recursos da prática laboral da APS, além das estratégias já utilizadas pelos profissionais no cotidiano de trabalho ou ainda sugestões para o enfrentamento do problema e redução dos danos ocasionados pelo sofrimento dos trabalhadores.

Além disso, neste trabalho também foi identificado que a pandemia de COVID-19, produziu um efeito negativo nos profissionais de saúde, inclusive na APS, que atuou como linha de frente na assistência à saúde. Os profissionais demonstram maior risco de esgotamento diante da alta demanda produzida pela crise mundial. Contudo, esta situação pode promover uma maior discussão sobre a necessidade de dispor recursos para esses trabalhadores, como algumas experiências demonstram o estabelecimento de rede de suporte psicológico, incentivo ao autocuidado, estímulo a comunicação para alinhamento entre equipes, entre outras.

Devido as características da população desta pesquisa, emergiu da discussão uma categoria sobre os desafios enfrentados pelos preceptores na APS. Eles discorrem demandas e recursos similares aos apontados pelos profissionais da APS, no seu trabalho cotidiano, porém com algumas particularidades das atividades de ensino, por exemplo relação fragilizada com as instituições de ensino, falta de clareza nas atividades de preceptor, deficiência na legislação sobre direitos dessa função. Ao mesmo tempo, as atividades da preceptoria são descritas como gratificantes e potenciais motivadoras do trabalho na APS, demonstrando a importância de aprofundar a discussão sobre este campo tão rico, que engloba características da saúde e da educação.

Este trabalho apresentou limitações, como a dificuldade da adesão dos profissionais na pesquisa, por necessitar da disponibilidade de carga horária para participar das atividades; redução na efetividade das interações entre os participantes e as intervenções realizadas em grupo virtual, devido as recomendações de distanciamento social da pandemia de COVID-19. Além disso, por se tratar de um estudo qualitativo, a pesquisa ocupou-se em aprofundar as discussões, reflexões e conhecimento sobre o tema do estresse ocupacional, em

um cenário de prática específico, não sendo capaz de afirmar que os resultados obtidos podem ser generalizados para outros cenários.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, AC de. Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e Espanhóis. In: Preceptorial em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão / Adriana Cavalcanti de Aguiar (Organizadora). Rio de Janeiro: **CEPESC/IMS/UERJ**, 2017. 207p
- ALBUQUERQUE, FJB de; MELO, CF; ARAÚJO NETO, JL de. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25(3), 542-549. Porto Alegre: UFRGS, 2012.
- ALMEIDA, LGN; TORRES, SC; SANTOS, CMF. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, dez. 2012; 1(1): 142-154.
- ANDERSSON, LM, GIACALONE, RA & JURKIEWICZ, CL. Sobre a relação de esperança e gratidão com a responsabilidade social corporativa. **Journal Bus Ethics** 70, 401–409 (2007)
- ARANTES, LJ; SHIMIZU, HE; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio 2016.
- ARNEMANN, CT et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v. 22, n. Suppl 2. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>.
- AUTONOMO, FROM et al. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, jun. 2015.
- AVEZUM, SGP. Avaliação da disposição para o perdão em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto sensu da Universidade Santo Amaro**. Orientadora: Dra. Caroline Nunes França. São Paulo, 2018.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. Assessoria da Atenção Básica. Nota Técnica - novo Coronavírus, Nº 01 de 16/03/2020. Orientações para organização da Atenção Básica, no enfrentamento do novo corona vírus. Salvador – BA, 2020.
- BARBOSA, D. J.; PEREIRA GOMES, M.; BARBOSA ASSUMPCÃO DE SOUZA, F.; TOSOLI GOMES, A. M. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 31, p. 31-47, 2020. DOI: 10.51723/ccs.v31iSuppl 1.651.
- BATISTA JUNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer? Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde / Organizadores, Maria Inês Souza Bravo ...[et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: **Rede Sirius/Adufrj-SSind**, 2008.
- BEZERRA, RKC; ALVES, AMCV. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Revista Expressão Católica Saúde**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 7-15, dec. 2019. ISSN 2526-964X.

BODENHEIMER, T; SINSKY, C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. **Ann Fam Med**. 2014;12(6):573–576. doi:10.1370/afm.1713

BRANDT, JA. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. **Vínculo, São Paulo**, v. 6, n. 2, p. 199-208, dez. 2009 .

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: **CONASS**, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução no 1 de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. **Diário Oficial da União** no 98, de 26 de maio de 2015, Seção 1; 2015 p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017. Supl., p. 01

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do corona vírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde, Versão 9. Brasília – DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - **Brasília: Ministério da Saúde**, 2002.

BRASSINGTON, K; LOMAS, T. O treinamento em resiliência pode melhorar o bem-estar de pessoas em ocupações de alto risco? Uma revisão sistemática através de uma lente multidimensional, **The Journal of Positive Psychology**, publicado online 27 de abril de 2020. DOI: 10.1080 / 17439760.2020.1752783.

BRAVO, M. I. S. et al. Agenda para a Saúde: Desafios a serem enfrentados. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde / Organizadores, Maria Inês Souza Bravo ...[et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.
BENEDICTO, S.C.; SILVA, A.M.P.; PEREIRA, W.D. Relações de Gênero e Poder nas

Organizações: uma análise do comportamento humano no trabalho. I Encontro de gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. Natal: **EnGPR**, 2007.

BRUSCHINI, C; LOMBARDI, MR. O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa. **Anais**, p. 483-516, 2016.

BUSS, PM; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMAÇARI. Plano Municipal de Saúde de Camaçari, 2018-2021. **Prefeitura Municipal de Camaçari**. Secretaria de Saúde. Departamento de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde. Camaçari – BA: 2018.

CAMPOS, GWS; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, pp 399-407. Rio de Janeiro, 2007.

CARDOSO, HF et al. Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 121-128, jun. 2017.

CARDOSO, JR; OLIVEIRA, GN de; FURLAN, PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00009315, 2016.

CARREIRO, GSP et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.15(1), pp. 146-55, 2013.

CASTRO, JR; et al. Estresse ocupacional e engajamento em profissionais de saúde bucal. **Rev. bras. promoç. Saúde** (Impr.); 32: 1-11, 28/03/2019. Artigo em Inglês, Português | LILACS | ID: biblio-1097358

CECCIM, RB et al. Preceptoria e tutoria: ação docente nas residências em saúde. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva [recurso eletrônico] Porto Alegre: **Rede UNIDA**, 2018. p. 113-123, 2018.

CHIODI, MB; MARZIALE, MHP. Riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde: revisão bibliográfica. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 212-217, junho de 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200014>.

CORTES, LF; PADOIN, SMM; BERBEL, NAN. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 2018;71(2):440-5.

COSTA, FA da. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. **Rev Grad Psicol. PUC Minas**, v. 3, n. 6, p. 434-52, 2018.

COSTA, IP; MOREIRA da; BRITO, MJM. Sentidos do trabalho: articulação com os mecanismos de risco e proteção para resiliência. Texto **Contexto Enferm** [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29: e20190085. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0085>

COSTA, SM; et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 27, p. 90-96, abr. 2013. ISSN 2179-7994. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530).

COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. **Journal of Pain and Symptom Management**, 60(1), 60-65

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 25, supl. 1, e200203, 2021.

DEJOURS C; ABDOUCHELI E; JAYET C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. **São Paulo: Atlas**; 1994.

DONALDSON, SI; LEE, JY. Evaluating Positive Psychology Interventions at Work: a Systematic Review and Meta-Analysis. **Int J Appl Posit Psychol** 4, 113–134 (2019). <https://doi.org/10.1007/s41042-019-00021-8>

EMMONS, RA; MCCULLOUGH, ME. Counting blessings versus burdens: Experimental studies of gratitude and subjective well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 2003, vol 84, pp. 377-389.

ESPOSTI et al. O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19. | **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 22(1): 4-8, jan-mar, 2020.

FERNANDES, M. Os efeitos de um programa de mindfulness para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois. Orientadora: Giovana Campos Braga. **Dissertação (Mestrado em Ciências), Programa de Pós-Graduação de Saúde na Comunidade**, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

Fernandes, VC; Spagnuolo, RS; Bassetto, JGB. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. promoç. Saúde** (Impr.); 30(1): 125-134, 29/03/2017.

FESF-SUS - Fundação Estatal Saúde da Família; FIOCRUZ-BA – Fundação Oswaldo Cruz Bahia “Gonçalo Muniz”. Projeto Político Pedagógico. Programas de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família. Revisão: Alessandra Martins dos Reis, Grace Fátima Souza Rosa, Rebeca Barros. Salvador, 2018.

FIORILLO, A; GORWOOD, P. (2020). As consequências da pandemia COVID-19 na saúde mental e implicações para a prática clínica. **European Psychiatry**, 63 (1), E32. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.35

FONTANA, KC; LACERDA, JT; MACHADO, PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, Sept. 2016

FORTNEY, L. et al. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. **Ann Fam Med**. 2013 Sep; 11(5): 412–420.

FRANCO, TB; MERHY, EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos São Paulo: **Hucitec**; 2013. p. 151-171.

FRANCO, TB; MERHY, EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **São Paulo: Hucitec**, 2003. p. 55-124.

FREDRICKSON, B. Positivity: Top-Notch Research Reveals the Upward Spiral that will change your life. 2009.

FREITAS, MAS de; ARAÚJO, MRN de. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Rev. Bras. Polít. Públicas**, Brasília, v. 8, nº 3, 2018 p.14-33

FROH, J.; SEFICK, W. J.; EMMONS, R. A. Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. **Journal of School Psychology**, v. 46, n. 2, p. 213-233, 2008.

GABRIEL LOPES, Thais Rosental et al. Gestão Participativa e a interface com trabalhadores do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, [S.l.], v. 2, n. 11, p. 130-139, abr. 2017. ISSN 2447-1801.

GALAVOTE, HS et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, Dec. 2016

GALBRAITH, N, et al. (2021). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. **BJPsych Bulletin**, 45(2), 93-97. doi:10.1192/bjb.2020.44

GAMA CAP, et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface** (Botucatu). 2021; 25: e200438. <https://doi.org/10.1590/interface.200438>

GARCIA, ÁL et al. Estresse Ocupacional na Mídia Impressa: Uma Perspectiva de Christophe Dejours. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023570, 2020.

GEORGANTA, K; MONTGOMERY, A. Exploring Fun as a Job Resource: The Enhancing and Protecting Role of a Key Modern Workplace Factor. **Int J Appl Posit Psychol** 1, 107–131. Publicado em 06 de novembro de 2016. <https://doi.org/10.1007/s41042-016-0002-7>

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: **POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2a Ed. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro: Cap. 16, pp 493-545, 2013.

GIROTTI, LC. Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde / Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Programa de Ciências Médicas**. Área de Concentração: Educação e Saúde. Orientadora: Patrícia Zen Tempiski. São Paulo, 2016.

GODOY, AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. v. 35, n. 2, pp. 57-63. São Paulo, 1995.

GOMIDE JUNIOR, S; SILVESTRIN, LHB; OLIVEIRA, AF. Bem-estar no trabalho: o impacto das satisfações com os suportes organizacionais e o papel mediador da resiliência no trabalho. **Rev. Psicologia, Organizacional e Trabalho**, Florianópolis, v.15, n.1, pp.19-29, mar. 2015.

GRAZIANO, LD. A felicidade revisitada: um estudo sobre bem-estar subjetivo na visão da psicologia positiva. **Tese de Doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo**. Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Maria Isabel da Silva Leme. São Paulo, 2005.

HALL, LH; et al. Strategies to improve general practitioner well-being: findings from a focus group study. **Fam Pract**. 2018;35(4):511–516. doi:10.1093/fampra/cmz130

HARTER, JK; SCHMIDT, EL; HAYES, TL. Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement and business outcomes: a meta-analysis. **Journal of Applied Psychology**, 2002, vol. 87, pp. 268-279.

HELFRICH, CD; et al. Elements of Team-Based Care in a Patient-Centered Medical Home Are Associated with Lower Burnout Among VA Primary Care Employees. **J Gen Intern Med**. 2014 Jul; 29(Suppl 2): 659–666.

HERNANDES, E. S. C.; VIEIRA, L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental (ANESP). Brasília: **ANESP**, 17 de abril de 2020.

IVTZAN, I. et al. Introduction. In: IVTZAN, I. et al. *Second wave positive psychology: embracing the dark side of life* (1. ed.). **New York: Routledge**, 2016.

JOSHI, G; SHARMA, G. Burnout: Um fator de risco entre profissionais de saúde mental durante COVID-19. **Asian J Psychiatr**. Dezembro de 2020; 54: 102300. doi: 10.1016 / j.ajp.2020.102300. Epub 2020, 8 de julho. PMID: 32683251; PMCID: PMC7341036.

JUSTINO, LCL, et al. Produção do colegiado da atenção primária em saúde de Campo Grande, MS. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Suplemento **Revista Saúde em Redes** ISSN 2446-4813 v.2 n.1, Suplemento, 2016.

KAPLAN, S; et al. Um teste de duas intervenções de psicologia positiva para aumentar o bem-estar dos funcionários. **J Bus Psychol** 29, 367-380 (2014).
<https://doi.org/10.1007/s10869-013-9319-4>

KARASEK, R. *Healthy Work: Stress, Productivity and the reconstruction of working life*. **New York: Basic Books**, 1990.

KATSURAYAMA, M; et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad. Saúde Colet.**, 2013, Rio de Janeiro, 21 (4): 414-9

- KNIGHT, C; PATTERSON, M; DAWSON, J. Construindo o engajamento no trabalho: uma revisão sistemática e meta-análise que investiga a eficácia das intervenções de engajamento no trabalho. **J Organ Behav**. 2017; 38 (6): 792-812. doi: 10.1002 / job.2167
- KOVALESKI, DF; BRESSAN, A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.3, n.2, p.107-113, 2012.
- KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010.
- KUSHNIR T, et al. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? **Fam Pract**. 2014 Feb;31(1):44-50.
- LACERDA, RB. et al. Contexto de trabalho e Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Cultura de los Cuidados**, 20, 44, 2016.
- LARGER, E. Well-being: mindfulness versus positive evaluation. In: CR Snyder e SJ Lopez, **The handbook of positive psychology** (pp. 214-230). New York: Oxford University Press, 2002.
- LEAL-COSTA, C. et al . Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. **Anales Sis San Navarra**, Pamplona, v. 38, n. 2, p. 213-223, agosto 2015.
- LEONI, L. O trabalho na Estratégia Saúde da Família / Luamorena Leoni. – Salvador, 2018. 325 f. Orientador: Paulo Gilvane Lopes Pena. Coorientadora: Mônica Angelim Gomes de Lima. **Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho)** – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, 2018.
- LEWIS, G. J. et al. Neural correlates of the “good life”: eudaimonic well-being is associated with insular cortex volume. **SCAN**, v. 9, p. 615–618, 2014.
- LIBERALI, J et al. Inovação no Processo de Gestão Local da Atenção Básica – Relato de Experiência do Município de Canoas, RS. Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida: **Saúde em Redes**, v. 4, Suplemento 1 (2018). ISSN 2446-4813.
- LIMA, AS; FARAH, BF; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, MT. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 283-304, jan./abr. 2018.
- LOMAS, T; et al. Mindfulness-based interventions in the workplace: An inclusive systematic review and meta-analysis of their impact upon wellbeing. **The Journal of Positive Psychology**, Publicado em 30 de setembro de 2018. DOI: 10.1080/17439760.2018.1519588
- LOPES, RA. Gestão compartilhada e atenção primária à saúde: Contribuições do apoio institucional para a implementação de um colegiado gestor em uma unidade de saúde da família (USF) no município de Camaçari/Ba. **Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)** / Orientador: Renan Vieira de Santana Rocha - Fundação Estatal Saúde da Família. Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2018. 52 f.

- MACHADO, L; CANTILINO, A. A systematic review of the neural correlates of positive emotions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2016.
- MARKUS, P. M. N.; LISBOA, C. S. M. Mindfulness e seus benefícios nas atividades de trabalho e no ambiente organizacional. **EDIPUCRS**, Porto Alegre, v.8, n.1, p. 1 – 15, 2015.
- MARQUES, I; BALREIRA, ML; TEMÓTIO, JL. Psiquiatria Positiva, Psicologia Positiva E Mindfulness: Uma Visão Comum. **Rev. Psicologia, Saúde & Doenças**, 2018, 19(2), 354-368.
- MARSIGLIA, RMG. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.900-911, 2011
- MARTINS, LF. et al . Burnout Syndrome in Primary Health Care Professionals. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, Dec. 2014.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846). – São Paulo: Boitempo, 2007.
- MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Marcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
- MAZUR, A. et al. Existential attitudes as predictors of burnout in Polish nurses employed in rural primary healthcare settings. **Ann Agric Environ Med**. 2018; 25(3): 552–558.
- MELO, EA et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 328-340. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010.
- MIJAKOSKI, D. et al. "Job Demands, Burnout, and Teamwork in Healthcare Professionals Working in a General Hospital that was Analyzed two points in time." Open access **Macedonian journal of medical sciences** vol. 6,4 723-729. 14 de abril de 2018, doi: 10.3889 / oamjms.2018.159
- MINAYO, MCS; DESLANDES, SF. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 108p.
- MONKEN, M; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. **Fiocruz: Educação Profissional e Docência em Saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsj/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=22&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 14/07/2017.
- MOREIRA, IJB et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2016;11(38):1-12.

MORELLI, SGS; SAPEDE, M; SILVA, ATC da. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 34, p. 1-9, mar. 2015. ISSN 2179-7994.

MOROSINI, et al. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 9. Epub 04 Set 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.

MURTA, SG; TRÓCCOLI, BT. Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades.

NI, MY , et al. Saúde mental, Fatores de risco e uso de mídia social durante a epidemia de COVID-19 e Cordon Sanitaire entre a comunidade e a saúde Profissionais em Wuhan, China: Pesquisa Transversal **JMIR Ment Health** 2020; 7 (5): e19009

NICHOLLS, AR, et al. Mental toughness, optimism, pessimism, and coping among athletes. **Personality and Individual Differences**, vol. 44, pp. 1182-1192. 2008.

NÓBREGA, Maria; SILVA, Giovanna; SENA, Andreza. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. **CIAIQ**2016, v. 2, 2016.

NORFUL, AA; et al. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. **Ann Fam Med**. 2018;16(3):250–256. doi:10.1370/afm.2230

NUNES, APL. Programa de intervenção para prevenção do burnout em unidades de cuidados intensivos: Um dever ético. Tese apresentada para obtenção do grau de **Doutor em Bioética. Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa**. Orientação: Professora Doutora Sandra Martins Pereira e Coorientação: Professora Doutora Ana Sofia Carvalho. Portugal, Julho de 2017.

NUNES, APMP. Estresse Ocupacional em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família**, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí. Orientadora: Profª Dra. Adriana de Azevedo Paiva. Teresina, 2019.

NUNES, M. P.; MULLER, D. H. A utilização do mindfulness nas organizações – uma análise através da perspectiva dos gestores. **Organizações em contexto**, São Bernardo do Campo, v.11, n.22, p. 457-485, 2015.

OLIVEIRA, OC de; CASTRO, UB de. Estresse ocupacional (Burnout) em profissionais da área da saúde: revisão de literatura. **Trabalho de conclusão de curso**, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), outubro 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5062?show=full>>. Acessado em 24 de abril de 2019, às 20:30h.

OMS, OPAS. Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo corona vírus). Atualizada em 26 de junho de 2020. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico. Acesso em 27 de junho, 2020.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. **Human Resources for Health Observer** - Issue No. 24, 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

ORIOU Y, et al. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Med Ethics*. 2017; 18: 54.

ORNELL, F; et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 4, e00063520. Epub 30 Apr 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>.

PACHECO, EN; CARNEVALLI, LM; PINHO, PH. Estresse ocupacional na atenção primária à saúde. In: **Saúde da família em terras baianas** / Organizadores: Paula Hayasi Pinho... [et al.]._ Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2020. 260p. (Coleção Pesquisas e Inovações Tecnológicas na Pós-Graduação da UFRB; volume 7).

PACICO, JC; BASTIANELLO, MR. As origens da Psicologia Positiva e os primeiros estudos brasileiros, in: **Avaliação em Psicologia Positiva** / Organizador: Claudio Simon Hutz. Porto Alegre: Artmed, 2014, cap. 1.

PAIM, Jairnilson. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PAIM, L. Impactos produzidos pela Pesquisa Convergente Assistencial, In: **PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. / Organizadores: Mercedes Trentini, Lygia Paim, Denise Maria Guerreiro V. da Silva. Porto Alegre: Moriá, 2014, cap. 4.

PAIM, L; TRENTINI, M. A Pesquisa Convergente Assistencial em seus atributos, In: **PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. / Organizadores: Mercedes Trentini, Lygia Paim, Denise Maria Guerreiro V. da Silva. Porto Alegre: Moriá, 2014, cap. 1.

PAIVA, MRF et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016.

PALUDO, SS; KOLLER, SH. Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. **Paidéia**, 2007, vol. 17(36), pp. 9-20.

PANAGIOTI, M; GERAGHTY, K; JOHNSON, J; et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Intern Med**. 2018;178(10):1317–1330. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3713

PASTURA, PSVC et al. Do Burnout à Estratégia de Grupo na Perspectiva Balint: Experiência com Residentes de Pediatria de um Hospital Terciário. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 32-39, jun. 2019.

PEDERSEN AF, VEDSTED P. Understanding the inverse care law: a register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. *Int J Equity Health*. 2014; 13:121.

PEDUZZI, M e AGRELI, HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v. 22, n. Suppl 2, pp. 1525-1534. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

PEREIRA, AML; LIMA, LDSC. A Desvalorização da Mulher no Mercado de Trabalho. **Revista Eletrônica Organizações e Sociedade**, v. 6, n. 5, p. 133-148, 2017.

PEREIRA, D. G. Síndrome de Burnout em trabalhadores do Programa de Saúde da Família: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, 2011. 37f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

PETERSON, C; SELIGMAN, M. Character strengths and virtues: A handbook and classification. **American Psychological Association**. New York: Oxford University Press, 2004.

PETZOLD, MB; PLAG, J; STRÖHLE, A. [Lidando com sofrimento psicológico por profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19]. **Der Nervenarzt**. Maio de 2020; 91 (5): 417-421. DOI: 10.1007 / s00115-020-00905-0.

PINTO, LF e GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PIRES, DEP de et al. ENFERMEIROS E MÉDICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CARGAS DE TRABALHO E ENFRENTAMENTO. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 25, aug. 2020. ISSN 2176-9133.

PUREZA, JR; et al. Psicologia positiva no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas** 2012, vol.8(2), pp.109-117.

PUTNIK K, HOUKES I. Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: a gender perspective in a Serbian context. **BMC Public Health**. 2011;11:716.

RABATIN J, et al. Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. **J Prim Care Community Health**. 2016;7(1):41–43. doi:10.1177/2150131915607799

RASANATHAN, K; EVANS, TG. Atenção primária à saúde, a Declaração de Astana e COVID-19. **Bull World Health Organ** . 2020; 98 (11): 801-808. doi: 10.2471 / BLT.20.252932

RATANAWONGSA, N, et al. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. **J Gen Intern Med**. 2008;23(10):1581–1588.

REDE UNIDA. Manifesto: Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde. **X Encontro Nacional de Residências em Saúde**. Brasília: novembro, 2020.

RIBEIRO, FSN; AFONSO, FMAM. PICS como suporte à Saúde do Trabalhador: uma proposta extensionista. **REVISE - Revista Integrativa Em Inovações Tecnológicas Nas Ciências Da Saúde**, 5, 80-94. Publicado em 02 de abril de 2021. Recuperado de <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1755>.

RIBEIRO, KRB et al. Ensino nas residências em saúde: conhecimento dos preceptores sob análise de Shulman. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 4, 20180779, 2020.

RIBEIRO, SFR; MARTINS, STF. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 241-250, June 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000200007>.

ROBERTSON, IT; et al. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. **J Occup Organ Psychol**, 88: 533-562. Publicado em 25 de abril de 2015. <https://doi.org/10.1111/joop.12120>

ROBLES, RR. Psicologia Positiva: avaliação de um modelo intraempreendedor de educação para o bem-estar. **Dissertação de Mestrado da Universidade de São Paulo**. Orientador: Ana Cristina Limongi-França. São Paulo, 2018.

ROCHA, ALA. Condições de Saúde e de Trabalho de Profissionais que atuam na Atenção Básica. **Dissertação de mestrado**. Orientadora: Prof. Dra. Angelina do Carmo Lessa, Coorientador: Prof. Dr. Romero Alves Teixeira. Diamantina: UFVJM, 2015.

RODRIGUES, RTS; BARBOSA, GS; CHIAVONE, PA. Personalidade e resiliência como proteção contra o Burnout em médicos residentes. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 245-253, June 2013.

ROGERS, D. Which educational interventions improve healthcare professionals' resilience?, **Medical Teacher**, 38:12, 1236-1241, publicado online em 30 de agosto de 2016. DOI: 10.1080/0142159X.2016.1210111

SALES, WB; et al. A importância da equipe NASF/AB - encontros e multidisciplinaridade: uma revisão narrativa/crítica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48, p. e3256, 14 maio 2020.

SALMAN R, et al., em nome do Fórum Global sobre Cobertura Universal de Saúde e Cuidados de Saúde Primários (2020), Lições sobre a pandemia COVID-19, para e por profissionais de atenção primária em todo o mundo, **European Journal of General Practice**, 26: 1, 129-133, DOI: 10.1080 / 13814788.2020.1820479

SANTOS, GB; CEBALLOS, AGC de. Bem-estar no trabalho: estudo de revisão. **Psicol. estud.** Maringá, v. 18, n. 2, p. 247-255, junho de 2013.

SANTOS, JA. Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 152-4, maio 2014. ISSN 2182-5181. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v30i3.11358>.

- SANTOS, RR dos et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016.
- SARTI, TD et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2020, v. 29, n. 2, e2020166. Epub 27 Abr 2020. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.
- SATO, W. et al. The structural neural substrate of subjective happiness. **Scientific Reports**, v. 5, n. 16891, 2015.
- SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Grupo de Trabalho de Ensino. Manual de Orientações: recomendações para a qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Coordenadores: Julia Morelli Rosas e Murilo Moura Sarno. Rio de Janeiro: 01 de fevereiro de 2020, 1 ed.
- SCHAUFELI, W. B. Applying the Job Demands-Resources model: A ‘how to’ guide to measuring and tackling work engagement and burnout. **Organizational Dynamics**, 46(2), 120–132, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>
- SCHAUFELI, WB et al. Manual Burnout Assessment Tool (BAT). KU Leuven, Belgium, 2019.
- SCHAUFELI, WB. The Job Demands-Resources model; A ‘how to’ guide to increase work engagement and prevent burnout. **Organizational Dynamics**, 46, pp. 120-132, 2017.
- SCHAUFELI, WB; TARIS, TW. A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. In: G.F. Bauer and O. Hämmig, Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach. Netherlands: **Springer Science, Business Media Dordrecht**, 2014, cap 4. DOI 10.1007/978-94-007-5640-3_4
- SELAMU, M. et al. Conceptualisation of job-related wellbeing, stress and burnout among healthcare workers in rural Ethiopia: a qualitative study. **BMC Health Serv Res**. 2017; 17: 412.
- SELIGMAN, M. Building human strength: Psychology’s forgotten mission, in: **American Psychological Association Monitor**. Estados Unidos: janeiro, 1998.
- SELIGMAN, M. Felicidade Autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente. **Rio de Janeiro: Objetiva**, 2004.
- SEXTON, J. Bryan et al. Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. **BMJ quality & safety**, v. 27, n. 4, p. 261-270, 2018.
- SHELDON, KM; KING, L. Why positive psychology is necessary. **American Psychologist**, 2001, ed. 56, pp. 216-217.
- SILVA, CCS. Auriculoterapia e a síndrome de Burnout em enfermeiras da atenção primária à saúde. 2018. 108f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde) - **Centro de Ciências da Saúde**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SILVA, GN. (Re)conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 51-61, jun. 2019.

SILVA, HA da; et al. Práticas de matriciamento em saúde mental desenvolvidas na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e6954, 10 maio 2021.

SILVA, MP da; BERNARDO, MH; SOUZA, HA. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41: e23, 2016.

SILVA, N; TOLFO, SR. Trabalho significativo e felicidade humana: explorando aproximações. **Rev. Psicologia, Organizacional e Trabalho**, Florianópolis, v.12, n.3, pp.341-354, dez. 2012 .

SILVA, RMB da; MOREIRA, SNT. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília , v. 43, n. 4, p. 157-166, Dec. 2019 .

SILVA, SCPC et al. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 10 [Acessado 15 Maio 2021] , pp. 3011-3020.

SILVA, SM da et al. Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.16, p. 41-48, dez. 2016 .

SILVEIRA L, et al. Síndrome de burnout em preceptores e residentes vinculados a programas de residência em saúde da família. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2020; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67248>.

SINSKY CA. et al. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. **Ann Fam Med.** 2013 May-Jun;11(3):272-8. doi: 10.1370/afm.1531.

SLOMP, H et al. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** 2019, v. 23, n. 0, e170395.

SNYDER, CR; LOPEZ, SJ. Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. **Porto Alegre: Artmed**, 2009.

SOUZA, KR de et al. Oficinas em saúde do trabalhador: ação educativa e produção dialógica de conhecimento sobre trabalho docente em universidade pública. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 45, e4, 2020

SOUZA, S. V. DE; FERREIRA, B. J. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 1, 30 abr. 2019.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Brasília: Unesco, Ministério da Saúde**, 2002.

STEINBACH, M. A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço. / Dissertação de Mestrado em Odontologia, da **Universidade Federal de Santa**

Catarina. Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Daniela Lemos Carcereri; Coorientadora Prof^ª. Dr^ª. Marta Lenise do Prado. Florianópolis, SC, 2015. 78p.

TAMBASCO, LP et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate.** 2017, v. 41, n. spe2 [Acessado 20 Julho 2021] , pp. 140-151.

TAVARES, LM. Transtornos mentais comuns e bem-estar subjetivo em estudantes de medicina: uma intervenção preventiva baseada na psicologia positiva / Leonardo Machado Tavares. – 2017. Orientador: Amaury Cantilino. **Tese (Doutorado)** – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2017.

TAWFIK, DS; et al. Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors. **Mayo Clinic Proceedings**, 2018, v. 93 (11) , pp. 1571-1580.

TONELLI, B.; LEAL, A. P.; TONELLI, W.; VELOSO, D. C.; GONÇALVES, D.; TONELLI, S. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, 22 out. 2018.

TRENTINI M, PAIM L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC; 1999.

TRENTINI, M. O processo Convergente Assistencial, In: **PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** / Organizadores: Mercedes Trentini, Lygia Paim, Denise Maria Guerreiro V. da Silva. Porto Alegre: Moriá, 2014, cap. 2.

TRIGO, TR; TENG, CT; HALLAK, JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev Psiquiatr Clín** 2007; 34(5):223-33.

VAZQUEZ, ACS et al. Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 18, n. 4, p. 372-381, dez. 2019.

VAZQUEZ, ACS; FERREIRA, MC; MENDONCA, H. Avanços na Psicologia Positiva: Bem-Estar, Engajamento e Redesenho no Trabalho. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 18, n. 4, p. 343-351, dez. 2019.

VAZQUEZ, ACS; PIANEZOLLA, M; HUTZ, CS. Avaliação de fatores psicossociais no trabalho: uma revisão sistemática. **Revista Estud. psicologia.** Campinas, 2018, vol. 35(1), pp. 5-13.

VERWEIJ H, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. **Br J Gen Pract.** 2016;66(643).

WEINTRAUB, ACAM et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/**CEPEDES**, 2020. Cartilha. 17p.

YUAN, W; et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the

ZENGER, M; et al. The impact of optimism on anxiety, depression and quality of life in urogenital cancer patients. **Psycho-Oncology**, vol. 19, pp. 879-886. 2010.

ZOMER, FB; GOMES, KM. Síndrome de Burnout e Estratégias de Enfrentamento em Profissionais de Saúde: Uma Revisão Não Sistemática. **Revista de Iniciação Científica**, Criciúma, v. 15, n. 1, 2017.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Profissional,

Meu nome é Elaine Nunes Pacheco, sou médica de família e comunidade, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “PREVENÇÃO AO ESTRESSE E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL”, que tem como objetivo geral implementar intervenções para diminuir o estresse ocupacional e promover a saúde mental dos profissionais da atenção primária à saúde de Camaçari-BA, ancoradas na psicologia positiva. A justificativa deste estudo se pauta no interesse e relevância do tema no cenário mundial, especialmente na área da saúde, entendendo o estresse ocupacional como um desequilíbrio entre a tensão laboral e a capacidade do indivíduo de suportar ou adaptar-se. Muitos estudos vêm apontando a o estresse laboral na área da saúde, com diversos níveis de repercussões pessoais, profissionais e sociais, mas há lacunas sobre as possibilidades de intervenções para reduzir os impactos desse estresse, principalmente na Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, propomo-nos a desenvolver essa pesquisa com o intuito de que a mesma sirva como instrumento que subsidie ações de prevenção do estresse ocupacional.

Você está sendo convidado a integrar essa pesquisa respondendo um questionário por via telefônica e participando de reuniões virtuais, para reflexão sobre o tema do estresse ocupacional na APS e ferramentas da psicologia positiva, que estão sendo estudadas como estratégias de enfrentamento para este problema. As ligações telefônicas e as reuniões poderão ser gravadas, mas será garantido a você a não divulgação das gravações para assegurar o anonimato das informações, utilização de nomes fictícios ao fazer uso acadêmico dos dados coletados e a liberdade em desistir da pesquisa no momento em que desejar, sem prejuízo de suas atividades profissionais, sendo respeitada a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, asseguro que não haverá riscos decorrentes deste estudo, exceto um provável desconforto ao abordar situações que lembrem momentos pouco agradáveis ou constrangimento ao compartilhar experiências com outros colegas. Nestes instantes, você terá a liberdade de não querer se expressar, sem que isso lhe traga prejuízo, tanto na participação do estudo como em suas atividades laborais. Caso seja necessário, por consequência de algum desconforto psíquico ocasionado pelo estudo, será ofertado pelas pesquisadoras, como forma

de acompanhamento e assistência aos participantes, apoio psicológico remoto para minimização do risco. Assim, se você sofrer qualquer desconforto psíquico relacionado ao estudo, será encaminhado à orientadora da pesquisa, via plataforma virtual ou telefone e, após avaliação, será referenciado (a) para os serviços de base territorial, para fins de assistência e acompanhamento. Você não receberá benefícios financeiros para participar da pesquisa, ela tem caráter voluntário; contudo, se você se sentir prejudicado (a) por qualquer tipo de complicações e danos, você tem o direito de buscar indenização e ressarcimento das despesas, diretamente decorrentes de sua participação, de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Informo que os dados produzidos serão utilizados apenas com o objetivo de atender aos fins propostos pelo estudo, o qual será apresentado nos meios acadêmicos e científicos da área. As informações obtidas serão guardadas por um período de 05 anos, com acesso exclusivo das pesquisadoras sendo, depois desse prazo, destruídas.

Você receberá, através do e-mail, uma cópia desse termo, assinada pela pesquisadora, para informações e contatos. Para qualquer dúvida ou esclarecimento ou desistência da pesquisa, você poderá me encontrar no telefone (71) 98818-6795 e e-mail: nane.nunes@gmail.com. A orientação desta pesquisa está sendo realizada pela Prof. Dra. Paula Hayasi Pinho, que poderá ser contatada no telefone (11) 99802-9686 ou pelo e-mail: paulahpinho@gmail.com. Desde já, agradeço sua participação!

Em caso de dúvidas, quanto aos aspectos éticos da pesquisa, você também pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), localizado na Rua Rui Barbosa, nº 719, Centro (Prédio da Reitoria), Cruz das Almas – BA. CEP: 44380-000, Telefone: (75) 3621-6850 / E-mail: eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br

Assinatura do pesquisador principal:

Assinatura do Orientador:

Elaine Nunes Pacheco

Paula Hayasi Pinho

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa
 “PREVENÇÃO AO ESTRESSE E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS
 PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PESQUISA

CONVERGENTE ASSISTENCIAL”, e concordo em participar voluntariamente desta, estando ciente de que os dados coletados serão utilizados para delineamento deste estudo, respeitando os preceitos profissionais e éticos exigidos.

Camaçari, _____ de _____ de 2020.

APÊNDICE B - Convite

REUNIÕES DE PESQUISA SOBRE ESTRESSE OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Prezados Trabalhadores da Atenção Básica,

A complexidade do trabalho na atenção básica expõe os profissionais à muitos fatores precipitantes de estresse ocupacional, que é considerado uma reação física e psicológica diante do desgaste do indivíduo para suportar ou adaptar-se às tensões do trabalho. Muitas causas desse estresse na atenção básica estão associadas à disputa de uma forma de fazer saúde diferenciada, em uma conjuntura política desfavorável, além das características pessoais e estilo de vida que determinam a forma como cada pessoa reagirá diante de dificuldades. O desequilíbrio entre as demandas e os recursos disponíveis para o trabalhador podem evoluir para Síndrome de Burnout, com o aparecimento de sintomas físicos, psicológicos, comportamentais.

Você está sendo convidado a responder um questionário e integrar um grupo de discussão e reflexão sobre o estresse profissional e estratégias de intervenção na atenção básica, como parte do trabalho de mestrado de Elaine Nunes Pacheco, médica de família e comunidade de Camaçari-BA. As respostas e reflexões do grupo, junto com a apresentação do que tem sido estudado nessa área, serão produções potentes para auxiliar na promoção da saúde dos profissionais da atenção básica.

Estresse Ocupacional na Atenção Básica e Estratégias de Intervenções

Público alvo: Profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF), da região 4, de Camaçari.

Disponíveis 2 vagas por USF, para quem apresenta interesse e afinidade com o tema, preferencialmente vínculos estáveis (preceptores e servidores)

Local: salas virtuais de reunião (a definir- Skype, Google Meet, Jitsi Meet, Whatsapp)

Datas: 03 datas em dezembro e janeiro de 2020 – a definir.

Horário: 13h, duração prevista de 1h.

Inscrição: os interessados devem preencher o formulário do link -> <https://forms.gle/6hxZvEKUJsYvqdv29>

Sua participação é muito importante, programe-se e venha contribuir com sua experiência para o cuidado dos trabalhadores de saúde! Desde já, agradeço a colaboração!

Elaine Nunes Pacheco

Médica de Família e Comunidade

Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família

APÊNDICE C - Roteiro dos encontros do Grupo Convergente

1º Encontro:

- Dinâmica de apresentação dos participantes: Cada pessoa deve se apresentar e contar sua trajetória na atenção primária e as expectativas sobre a participação na pesquisa
- Apresentação da programação das reuniões e pacto de datas e horários com o grupo
- Apresentação dos conceitos de estresse ocupacional e esgotamento profissional e dados da revisão integrativa sobre o tema (apresentação de slides)
- Leitura do artigo “Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida” – 15 minutos, enviar artigo por chat da plataforma
- Discussão do artigo: O que mais chamou a sua atenção na leitura do artigo? O que você entendeu sobre o modelo JDR? O que seriam demandas? O que seriam recursos?
- Apresentação das demandas e recursos identificados no questionário individual (apresentação de slides) – validar com o grupo
- Apresentação do Diário das Bênçãos e pacto para realização durante a semana – envio de instruções por aplicativo de mensagens

2º Encontro:

- Compartilhamento da experiência do Diário das Bênçãos: Como foi a experiência com o diário? Quais benefícios percebeu? Houve alguma dificuldade?
- Leitura de Situação Problema 1 (slide)
- Discussão Situação Problema 1 – Quais problemas identifica na situação? Quais principais causas desse problema? Como você lida com o problema na sua rotina?
- Leitura de Situação Problema 2 (slide)
- Discussão Situação Problema 2 – Quais problemas identifica na situação? Quais principais causas desse problema? Como você lida com o problema na sua rotina?
- Construir nuvem de palavras com as principais demandas do trabalho na APS – link do Menti Meter, compartilhada via chat da plataforma

3º Encontro:

- Apresentar imagem da nuvem de palavras sobre as demandas do trabalho na APS (apresentação de slides)
- Discussão: Quais recursos que temos para lidar com as principais demandas?

- Apresentar recursos que apareceram no questionário, divididos em individuais, sociais, organizacionais (apresentação de slides)
- Solicitar que em cada eixo escolha um recurso para si ou para sua USF e refletir sobre os benefícios e desafios para potencializá-los na rotina de trabalho
- Construir nuvem de palavras com os principais recursos do trabalho na APS – link do Menti Meter, compartilhada via chat da plataforma
- Apresentar balanço final: Demandas contra Recursos da APS
- Finalização do grupo: agradecimento e avaliação das reuniões, com espaço aberto para críticas e sugestões.

APÊNDICE D - Questionário**Diagnóstico Situacional do Estresse Ocupacional em Profissionais da APS****SÓCIO DEMOGRÁFICO**

Sexo: _____ Etnia: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____
 Estado Civil: _____ Número de filhos: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Tempo de serviço na AB: _____ Tempo de Serviço nessa unidade: _____
 Carga horária nesse serviço: _____
 Outros vínculos empregatícios: _____ quantos: _____

ESTRESSE LABORAL NOS TRABALHADORES DA APS

1. Você já vivenciou situações de estresse relacionado ao trabalho na APS? Quais? ()
 Não
 () Sim. Quais? _____

2. Você conhece os sinais e sintomas do estresse?
 () Não
 () Sim. Quais? _____
3. Tem sentido algum sintoma que relaciona ao estresse do trabalho?
 () Não tenho sintomas
 () Exaustão física
 () Dores musculares
 () Dores de cabeça
 () Alteração de humor: tristeza, irritabilidade
 () Alteração de sono
 () Apatia/ falta de motivação
 () Outros: _____
4. Quais são as atividades que te causam mais estresse no seu trabalho?

5. Você já buscou estratégias para redução do estresse? Quais?
 () Psicoterapia
 () Uso de medicações controladas
 () Práticas integrativas e complementares
 () Suporte familiar e de amigos

- () Implementação de mudanças no trabalho para redução de estresse
 () Discussão de fatores de estresse com equipe de trabalho
 () Afastamento do trabalho
 () Não buscou nenhuma estratégia
 Outra? Cite _____
6. Você associa as situações (vividas ou não) de estresse a que aspectos do trabalho na APS?
- () Estrutura Física
 () Materiais e insumos
 () Organização do trabalho (funções, divisão de tarefas, rede de suporte)
 () Trabalho em equipe (Relações e comunicação)
 () Questões empregatícias (tipo de contrato, metas, autoritarismo)
 () Relação entre usuário e profissional de saúde (vínculo, questões sociais)
 () Desvalorização do trabalho na APS (desmotivação com profissão)
 Outro? Cite _____
7. Dentre os aspectos selecionados, qual você destacaria como principal fator de risco para o estresse no contexto da sua USF? Justifique.
- _____

8. Quais impactos você identifica no serviço da USF diante de situações de estresse dos profissionais de saúde?
- () Dificuldade no trabalho em equipe
 () Restrição de acesso
 () Tendência ao erro do profissional de saúde
 () Dificuldade de estabelecer vínculo com usuário
 () Absenteísmo
 Outro? Cite _____
9. Diante de situações de estresse do profissional de saúde há alguma ação programada para suporte ao profissional ou à equipe? Qual?
- () Não
 () Sim. Qual? _____
10. Quais forças e potencialidades sua equipe tem para lidar com as adversidades?
- _____

11. Como é o clima e as relações no seu ambiente de trabalho?
- () Afetos positivos
 () Afetos negativos
 () Boa comunicação

- () Relações conflituosas
 - () Trabalho em equipe
 - () Chefia aberta
 - () Chefia autoritária
 - () Outros
-

12. Quais aspectos do seu trabalho que te trazem prazer e satisfação?

13. Quais são os seus pontos fortes para desenvolver o seu trabalho?

14. Há momentos no trabalho em que se sente valorizado ou reconhecido?

- () Não
- () Sim. Quais? _____

15. Você visualiza possibilidades de crescimento no seu trabalho?

- () Não
- () Sim. Quais? _____

16. Você sugere alguma intervenção para redução do estresse ocupacional na equipe da sua USF?

APÊNDICE E - Diário das Bênçãos

Boa noite, conforme combinamos na reunião seguem instruções para o exercício do diário das bênçãos.

Passo a passo:

1 – À noite, antes de dormir, anote em um caderninho ou no computador três coisas que aconteceram de positivo durante o seu dia. Não é necessário que sejam coisas mirabolantes ou excepcionais, podem ser coisas boas, mas simples. Por exemplo: “recebi uma mensagem de WhatsApp que me fez bem”; “minha esposa ou marido (ou parceiro/a) me trouxe um sorvete favorito na volta do trabalho”; “chegou uma compra que fiz pela internet de algo que eu queria ou precisava muito”.

2 – Ao lado dos itens, escreva “por que são coisas positivas” ou “por que elas aconteceram”. Por exemplo: “a mensagem de WhatsApp era de um amigo/a que eu estava com saudade e ele/a lembrou de mim”; “minha esposa (marido ou parceiro/a) mesmo cansada após um dia de trabalho ainda se preocupa em me agradar” ou “ele/ela me trouxe o sorvete porque eu lembrei de pedir para trazer pois eu queria”; “é muito bom eu ter o livro que eu comprei em mãos, pois agora posso lê-lo e isso me fará bem”.

3 – Faça isso diariamente e avalie os efeitos positivos da prática. Perceba como você se sente após fazer a anotação das coisas boas que aconteceram e se isso provocou uma sensação boa, de bem-estar.

Fonte: <http://www.filosofiadobonsai.com.br/diario-das-tres-bencaos-exercite-a-gratidao-no-dia-a-dia-e-estimule-pensamentos-positivos/> Acessado em 11 de março de 2021, às 22h.

APÊNDICE F – Capítulo de livro Revisão de Literatura

Estresse ocupacional na atenção primária à saúde

Elaine Nunes Pacheco

Ligia Maffei Carnevalli

Paula Hayasi Pinho

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) pode ser definida como um conjunto de funções e características que constituem a base de um sistema de saúde e orienta as atividades dos demais níveis de atenção, à medida que abrange ações de prevenção, cura e reabilitação de doenças, além de promoção da saúde. (STARFIELD, 2002).

No início do século XX, os serviços de saúde eram organizados com base em uma lógica fragmentada por especialidades, demandando alta tecnologia e com foco patológico e hospitalar. Essa organização consumia muitos recursos e sinalizava resolutividade limitada, como por exemplo os altos índices de mortalidade infantil. Nessa época, o Relatório Dawson apontou as primeiras propostas de mudanças na atenção à saúde que serviram de base para a APS, sobretudo no que tange a territorialização e a integralidade (MATTA; MOROSINI, 2009).

A partir desse marco, o debate se intensifica e, em 1978, 134 países assinam a Declaração de Alma-Ata, definindo metas para melhoria da saúde até o ano 2000, por meio de cuidados primários como: educação em saúde, saneamento básico, saúde materno-infantil, imunização, entre outros. No Brasil, a APS foi constituída de forma incipiente em alguns programas de governo, mas ganha força com o Movimento da Reforma Sanitária, até ser incorporada como modelo tecno-assistencial, na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a constituição brasileira de 1988. Na década de 90, a APS surge como parte do sistema de saúde, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), reiterando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Com a consolidação do PSF, e por ser muito mais que um programa, o mesmo passa a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tornou-se o principal modelo de organização da APS no Brasil, seguindo os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com sua primeira publicação em 2006 (MATTA; MOROSINI, 2009).

A PNAB propõe algumas diretrizes para organização do processo de trabalho, além das características essenciais da APS que são o primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Entre as diretrizes da PNAB estão: a definição do território e territorialização, a responsabilidade sanitária, porta de entrada preferencial, adscrição de clientela, acesso, acolhimento, trabalho em equipe multiprofissional, resolutividade, prestar atenção integral, contínua e organizada, ações de atenção domiciliar, programação e implementação de atividades de atenção à saúde baseadas na necessidade de saúde da população, ações de promoção da saúde, desenvolver ações de prevenção de doenças (primária, secundária, terciária e quaternária), desenvolvimento de ações educativas, desenvolvimento de ações inter- setoriais, implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão (como gestão co-participativa e controle social), planejamento local em saúde, implantar estratégias de segurança do paciente e educação permanente do trabalho das equipes (BRASIL, 2017).

Observando as diretrizes da PNAB, percebe-se a complexidade do trabalho da APS. Ainda, na última versão publicada da PNAB foram realizadas alterações que permitem mudanças na composição das equipes, nas atribuições e distribuição dos agentes de saúde e no financiamento, gerando ainda mais tensões entre os sujeitos que compõem o cenário da APS (MELO et al., 2018).

Para além da organização e diretrizes dos serviços, os profissionais da APS são diariamente acessados por estímulos emocionais nocivos, como a dor e a morte, usuários com múltiplas morbidades e alta vulnerabilidade socioeconômica, alta demanda das comunidades, além de dar conta de limitações técnicas, pessoais e materiais para corresponder ao alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre si (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

Nesse sentido, são profissionais com alta probabilidade de sofrer o estresse ocupacional que é considerado uma reação física e/ou psicológica ao desgaste da capacidade de trabalho, ocasionado por um desequilíbrio entre a tensão laboral e a capacidade do indivíduo de suportar ou adaptar-se (KOVALESKI; BRESSAN, 2012).

Quando o estresse ocupacional é persistente pode evoluir para a Síndrome de Burnout (SB), também chamada de síndrome do esgotamento profissional. Em seu conceito tradicional é considerada uma resposta emocional ao estresse crônico no trabalho, principalmente em situações sociais complexas, que atinge os profissionais da área de serviços ou cuidadores, como na saúde e educação. Assim, é caracterizada por três elementos: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição do envolvimento pessoal com o trabalho, que se manifestam

como sensação de exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental, dificuldades de relacionamento, profissionais distantes, ineficientes e sem autoconfiança (KOVALESKI; BRESSAN, 2012). Porém, com a evolução das discussões sobre saúde do trabalhador e a importância dos fatores de proteção ao trabalho e não apenas os fatores de risco, alguns autores questionam esse conceito da SB, como Schaufeli et al. (2019) que propõem uma nova teoria, na qual a SB é um estado de exaustão associada ao trabalho, determinada pelas circunstâncias laborais de cada organização. Sua principal causa é a elevada demanda diante de poucos recursos disponíveis, levando a exaustão da energia dos indivíduos, acrescidas de diminuição da auto regulação emocional e cognitiva, completadas pelo distanciamento mental ou aversão ao trabalho. Outros sintomas secundários podem se apresentar como humor depressivo, distress e manifestações psicossomáticas (VAZQUEZ, 2019).

Em termos de produção científica, parece haver uma certa confluência entre os conceitos de estresse ocupacional e SB, considerando que a SB não é um descritor em saúde. Ao realizar uma busca preliminar na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em maio de 2019, com os descritores estresse ocupacional, pessoal da saúde e atenção primária em saúde, filtrando artigos em português e inglês, dos últimos cinco anos, foram recuperados 59 artigos e desses 16 discutiam a SB. A partir dessa primeira exploração na BVS e da representatividade da SB nos resultados, as autoras optaram por utilizar a nomenclatura do estresse ocupacional, que é um descritor em saúde, incluindo os artigos que trabalham também com a SB na APS.

Nunes (2019) avaliou o nível do estresse ocupacional de trabalhadores da APS, em cidades do Piauí, e constatou que 67% deles apresentavam estresse alto, destes a maioria eram do sexo masculino, idade entre 20 a 39 anos e com hábitos de vida inadequados (sedentários e uso de drogas lícitas).

Moreira, Souza e Yamaguchi (2018) demonstraram que entre as especialidades médicas, os médicos de família e comunidade ocupam a segunda posição no desenvolvimento da SB. Estudo de Silva et al. (2015) evidenciou que 54% dos profissionais da APS, em Aracaju, apresentam risco moderado a alto de desenvolver SB. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivos apresentar e analisar a produção científica acerca do estresse ocupacional nos trabalhadores da APS, nos últimos 10 anos.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que objetiva sintetizar o conhecimento acerca de um tema, de forma a permitir uma abordagem ampla das produções científicas. Para

sua realização seguiram-se cinco passos: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica e discussão (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a construção da pergunta norteadora foi utilizada a estratégia PICO, para pesquisa não clínica, que se baseia na definição de uma População, Paciente ou Problema; um Interesse e um Contexto (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Nesta pesquisa definimos como população os profissionais da saúde, como interesse o estresse ocupacional e como contexto a APS. Assim a pergunta de pesquisa foi: qual a produção científica acerca do estresse ocupacional dos profissionais da atenção primária à saúde?

Para a busca na literatura foram acessadas as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed e Scielo, com os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS), da BVS: Estresse ocupacional (Occupational Stress), Pessoal de saúde (Health Personnel), Atenção primária à saúde (Primary Health Care). A combinação de descritores utilizada foi: Occupational Stress AND Health Personnel AND Primary Health Care. A seleção foi realizada durante os períodos de junho a setembro de 2019.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais e revisões publicados entre 2008 a 2018, nos idiomas inglês, português e espanhol; com a temática do estresse ocupacional ou SB, na APS. Os critérios de exclusão foram: artigos que não abordassem sobre os profissionais de saúde da APS; trabalhos em forma de anais, comentários, cartas ao editor, protocolos, dissertações e teses.

Após a coleta, os artigos foram lidos por três pesquisadoras com a finalidade de realizar uma análise interpretativa, baseada na pergunta de pesquisa. Para análise dos dados, foram construídas categorias temáticas de acordo com o agrupamento dos conteúdos encontrados, acerca do estresse ocupacional em profissionais da APS (MINAYO, 2002).

Resultados

Após a combinação dos descritores foi encontrado um total de 567 artigos nas bases de dados (**Figura 1**). Foram, então, aplicados os filtros nestas bases referentes a ano de publicação e idioma, resultando em 195 estudos. Após leitura dos títulos e resumos foram selecionados 117 artigos, que tinham relação com a temática a ser estudada. Destes 117, 26 eram artigos duplicados e foram, portanto, excluídos. Dessa forma, restaram 91 estudos para a leitura integral, dos quais foram selecionados 52 artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para compor a revisão integrativa.

Figura 1 - Fluxograma da Revisão Integrativa de Literatura sobre Estresse Ocupacional nos profissionais da Atenção Primária à Saúde.



Fonte: Autoria própria.

Foi encontrada uma grande quantidade de literatura produzida sobre o tema, conforme evidenciado no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados na revisão integrativa.

Variável	Resultados encontrados	Nº artigos	Porcentagem
Ano de publicação	2008	2	4%
	2011	2	4%
	2012	2	4%
	2013	5	9%
	2014	9	17%
	2015	6	12%
	2016	6	12%
	2017	7	13%
	2018	13	25%
País de origem	Espanha	13	25%
	EUA	12	23%
	Brasil	7	14%
	Outros	20	38%
Idioma	Inglês	40	76%
	Espanhol	6	12%
	Português	6	12%
Público-alvo abordado	Médicos	24	46%
	Enfermeiros	3	6%
	Médicos + enfermeiros	6	12%
	ACS	1	2%
	Equipe	18	34%

Desenho do estudo	Quantitativa	34	65%
	Qualitativa	14	27%
	Revisão	4	8%

Fonte: Autoria própria.

A revisão sistemática sobre SB em médicos, realizada por Moreira, Souza e Yamaguchi (2018) chegou a conclusão semelhante a respeito dos países dos estudos, estando Brasil, EUA e Espanha entre os 5 países mais frequentes na revisão. Apesar da hegemonia destes três países nas produções, pôde-se observar uma variedade de países trabalhando sobre o tema, como Sérvia, Israel, Etiópia e Inglaterra, por exemplo. Sobre o idioma de publicação, 74% (37) dos artigos foram produzidos no inglês, 14% (7) em Português e 12% (6) em Espanhol.

O público alvo dos profissionais de saúde que foram abordados nos trabalhos variou entre: apenas médicos (46%), apenas enfermeiros (6%), médicos e enfermeiros (12%), agentes comunitários de saúde (2%) e Equipe da APS (34%), sendo que esta última apresentou variações entre as categorias profissionais como médicos, enfermeiros, trabalhadores administrativos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, assistentes médicos e residentes médicos. Em uma análise da literatura nacional sobre a SB realizada por Cardoso et al. (2017), além de profissionais educadores, os profissionais da enfermagem se destacaram como público alvo das pesquisas relacionadas a SB. Da mesma forma, Zomer e Gomes (2017) em sua revisão não sistemática e Santos et al. (2019) em sua revisão integrativa apresentam dados nos quais os profissionais de enfermagem foram o público mais trabalhado pelas pesquisas, o que vai de encontro com o público mais encontrado nesta revisão, de profissionais médicos. Quanto aos delineamentos dos estudos, 65% (34) foram resultantes de pesquisas de abordagem quantitativa, 27% (14) de abordagem qualitativa e 7% (4) artigos referiam-se a revisão de literatura.

O estresse ocupacional foi explorado nos artigos por diferentes aspectos, como já exposto anteriormente, para além dos aspectos conceituais, esse descritor de saúde apresenta artigos que discutem amplamente às dimensões, prevalência e fatores de risco associados à SB. O impacto da síndrome na vida dos profissionais de saúde foi relacionado a temas como saúde mental, bem-estar, estresse ocupacional, trabalho em equipe e processos de trabalho, enquanto o impacto na assistência à saúde foi discutido por meio de temáticas como a influência do esgotamento profissional no uso da intuição, a segurança do paciente, erros dos profissionais de saúde e qualidade do atendimento.

Estratégias e intervenções para o esgotamento profissional foram pesquisadas, sendo a atenção plena (mindfulness) a que mais apareceu. Participação em grupos de Balint e

treinamentos para a resiliência foram outras intervenções expostas nos artigos como positivas para reduzir o desgaste profissional. Para além das intervenções, o compartilhamento de tarefas administrativas e cuidados clínicos e a melhoria da comunicação e do funcionamento da equipe apareceram como fatores influenciadores na síndrome do esgotamento profissional.

A partir dos temas centrais identificados nos estudos revisados, quatro categorias temáticas emergiram: (1) O Processo de trabalho na equipe da APS; (2) Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout na APS; (3) Impactos do estresse ocupacional e Síndrome de Burnout na APS e (4) Intervenções e estratégias para minimizar o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout na APS.

Discussão

Considerando as características dos artigos selecionados (Quadro 1), pode-se pensar que o aumento da produção nos últimos anos possa ter relação com o contexto trazido por Silva (2019), quando diz sobre a intensificação da precariedade e do mal-estar relacionados ao contexto trabalhista, que marca a pós modernidade.

Ademais, acredita-se que com o aumento das pesquisas, cada vez mais está se conhecendo a respeito dos impactos que o estresse ocupacional vem gerando para os sujeitos e para as organizações de trabalho, como o maior número de faltas e piora da qualidade de vida (GARCIA et al., 2020), fomentando o desenvolvimento de novas pesquisas para compreender acerca do tema e buscar prevenções e intervenções possíveis neste cenário. A respeito dos países que publicaram os estudos, a revisão sistemática sobre SB em médicos, realizada por Moreira, Souza e Yamaguchi (2018) chegou a conclusão semelhante, estando Brasil, EUA e Espanha entre os 5 países mais frequentes na revisão.

Em uma análise da literatura nacional sobre a SB realizada por Cardoso et al. (2017), além de profissionais educadores, os profissionais da enfermagem se destacaram como público alvo das pesquisas relacionadas a SB. Da mesma forma, Zomer e Gomes (2017) em sua revisão não sistemática e Santos et al. (2019) em sua revisão integrativa apresentam dados nos quais os profissionais de enfermagem foram o público mais trabalhado pelas pesquisas, o que vai de encontro com o público mais encontrado nesta revisão, de profissionais médicos.

APS: Processo de trabalho

O processo de trabalho em saúde compreende o objeto, os instrumentos e as atividades que de forma coordenada organizam as práticas de saúde. Assim, a APS apresenta grandes

desafios no processo de trabalho, considerando que propõe uma mudança de modelo de atenção (PAIM, 2008).

Nessa revisão, o processo de trabalho na atenção básica surge em estudos apontando fatores preditores e protetores do esgotamento profissional. A teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (Job Demands Resources model - JDR) considera que o trabalho se concretiza no desgaste de energia dos indivíduos para atender às demandas laborais e para este fim, utiliza os recursos oferecidos pela organização (SCHAUFELI, 2017). As demandas podem ser as necessidades físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais, enquanto os recursos são ferramentas e características que viabilizam a execução das atividades. A interação de demandas e recursos podem gerar fatores de estresse ou motivacionais, a depender de mecanismos de auto regulação, compensação e recarga da energia laboral, realizados pelos trabalhadores (VAZQUEZ, 2019). Hall et al. (2018), em estudo com grupos focais no Reino Unido, observou que os médicos da APS apontaram a importância de orientações sobre SB, rede de amigos no ambiente de trabalho e aumento de recursos como fatores que afetam seu bem-estar. Enquanto Lacerda et al. (2016), avaliou em enfermeiros de Uberlândia que a falta de organização, condições de trabalho e relações inter profissionais influenciam a exaustão emocional e a despersonalização, enquanto a organização do trabalho e as políticas institucionais influenciam a realização pessoal.

No Brasil, uma das formas de avaliação da APS é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foca em aspectos estruturais e materiais da gestão municipal, do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes e a satisfação do usuário (BRASIL, 2012). Fontana, Lacerda e Machado (2016) avaliaram os dados do PMAQ, dos municípios de Santa Catarina, e observaram que as condições estruturais, pessoais e de apoio logístico e tecnológico são consideradas boas, mas há variação entre as diferentes regiões do país, sendo pior no Norte e Nordeste. Já em relação ao processo de trabalho das equipes o resultado foi insatisfatório, destacando a precariedade na relação entre gestão, profissionais e usuários, dificuldade de articulação inter setorial e na coordenação do cuidado.

Assim, percebe-se que as várias dimensões do processo de trabalho são influenciadoras, mas estão para além de questões materiais ou estruturais. Estes resultados são corroborados por Franco e Merhy (2013) que discutem a proposta da ESF em caráter substitutivo ao modelo hegemônico que, por estar contextualizada em uma política capitalista, reproduz ideias da medicina higienista e focada na economia de recursos. Assim, torna-se deficiente na geração de mudanças, pois para isso é necessário investir nos micro processos que envolvem os

trabalhadores, tanto na sua formação e concepção de saúde, quanto na organização do processo de trabalho, que envolvem a criação de vínculo, trabalho em equipe, planejamento e gestão compartilhada (FRANCO e MERHY, 2013).

Reafirmando essa discussão, Norful et al. (2018), em revisão sistemática sobre cogerenciamento entre médicos e enfermeiros na APS constatou que o modelo baseado em comunicação, respeito e confiança mútuos e alinhamento quanto a filosofia de cuidados, alivia a carga de trabalho individual e melhora o acesso e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Helfrich et al. (2014) avaliou a associação do trabalho em equipe e níveis de SB e observou-se que havia menor chance de SB em equipes de trabalho completas na APS e naquelas em que a tomada de decisões é participativa.

Sinsky et al. (2013), analisou práticas inovadoras que aumentam o desempenho na APS, como cuidados planejados e compartilhados entre uma equipe (protocolos ampliados, gestão de pedidos e painéis permanentes), compartilhamento de tarefas administrativas, comunicação e funcionamento da equipe qualificados. Dessa forma, as equipes melhoram os resultados com dados e tornam o trabalho na APS viável e agradável.

Estresse ocupacional

A APS, considerada a grande porta de entrada do sistema de saúde, comporta grande parte dos profissionais do SUS. Estes trabalhadores estão expostos há riscos comuns da área de saúde, como riscos biológicos e químicos, mas as especificidades do processo de trabalho da APS, indicam algumas singularidades nos riscos ocupacionais desses profissionais (ALMEIDA; TORRES E SANTOS, 2012).

Alguns estudos demonstram que há uma dificuldade dos próprios trabalhadores da APS de perceberem os riscos que estão expostos, mas a maioria aponta como principal, o risco psicossocial (ALMEIDA; TORRES E SANTOS, 2012). A exposição ao risco e a morbidade nem sempre possuem relação de causa e efeito, pois o desenvolvimento de patologias envolve questões relacionadas a atividade desenvolvida, a duração da exposição e as características individuais de cada trabalhador (ALMEIDA; TORRES e SANTOS, 2012).

Porém, a SB, que passará a integrar o Sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID), em 2022, por ser considerada um transtorno mental relacionado ao trabalho (VAZQUEZ, 2019), surge em muitos estudos sobre a saúde do trabalhador da APS (ROCHA, 2015; MOREIRA et al., 2016) e assim como nos artigos selecionados nessa revisão, a SB aparece com diferentes prevalências e sua causa é multifatorial. Entre os fatores de risco para o

esgotamento profissional, destacam-se questões relacionadas ao ambiente de trabalho (estrutura física, insumos, contexto social), organização do trabalho e questões individuais.

Sobre o ambiente de trabalho, Lima et. al. (2018), apontam que condições de trabalho desfavoráveis, com falta de recursos, insegurança e desvalorização dos sujeitos são fatores de risco para a SB, concordando com outros artigos desta revisão. No que tange a organização do processo de trabalho, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) consideraram que é constituída de relações subjetivas e sociais entre os trabalhadores e as instituições, portanto teria grande efeito na saúde psíquica dos trabalhadores.

Katsurayama et al. (2013) destacaram como adoecedora a sobrecarga do trabalho da APS, exigindo dos profissionais o cumprimento de diversas atribuições prescritas nas políticas públicas, mas sem considerar a distância que existe entre a teoria e a realidade, gerando muitas frustrações. Estas mesmas questões aparecem em outros artigos dessa revisão integrativa, como nos estudos de Helfrich et al. (2014); Martins et al. (2014); Riley et al. (2018).

Sobre questões individuais, Putnik e Houkes (2011) e Rabatin et al. (2016), demonstraram que as mulheres são mais propensas a desenvolver SB. Da mesma forma que o artigo desta revisão, em que Mazur et al. (2018) avalia que mulheres assumem atitudes existenciais diferenciadas e são propensas a maior nível de exaustão. Destaca-se que estudos sobre o perfil dos trabalhadores da APS, evidenciam maior prevalência do sexo feminino, de forma geral, nas equipes de saúde da família (COSTA et al., 2013)

O trabalho em equipe aparece nos artigos tanto como fator desencadeante, como fator de proteção. Este formato de trabalho, muitas vezes é expresso como sinônimo de tomada de decisões compartilhadas, equipes completas, boa relação e coesão entre colegas (HELFRICH et al., 2014; SELAMU et al., 2017). Porém, quando isso não ocorre passa a ser um fator de sofrimento e o ambiente torna-se desfavorável para o desenvolvimento das atividades. Ribeiro e Martins (2011), avaliam que as dificuldades do trabalho em equipe são estruturais e provenientes da lógica de produção de saúde para o mercado de consumo, que inclusive não investe na formação de profissional de saúde interdisciplinar.

Impactos do estresse ocupacional

O esgotamento profissional gera diversos impactos nos indivíduos e nos serviços de saúde. Entre esses impactos, aparecem nos estudos dessa revisão, o uso crônico de medicamentos como hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos por parte dos trabalhadores (MARTINS et al., 2014), dados corroborados na revisão integrativa de Kovalski e Bressan (2012) e no estudo de Trigo, Teng e Hallak (2007).

Riley et al. (2018) constatou discursos de ideação suicida, sensação de humilhação e constrangimento com a incapacidade de lidar com o estresse do trabalho ou com sintomas de doença mental entre profissionais de saúde. Estes fatores são confirmados no estudo de Trigo, Teng e Hallak (2007), que aponta associação entre SB e depressão, além de maior chance de ideação suicida em ambientes de trabalho negativos. Outro estudo, que também traz informações sobre prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica, é o de Carvalho, Araújo e Bernardes (2016), no qual destaca maior impacto de doenças em profissionais do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e do sexo feminino.

Repercussões para o serviço de saúde foram relatadas, como: menor disposição para prescrição em enfermagem (BARTOSIEWICZ; JANUSZEWICZ, 2019) e maior quantidade de encaminhamentos para exames de imagem e clínicas especializadas (KUSHNIR et al., 2014). Em relação a segurança do paciente e a possibilidade de maiores erros por parte dos profissionais, há controvérsias entre os estudos desta revisão. Enquanto a revisão sistemática, de Hall et al. (2016), observa níveis moderados a altos de SB associados a piores resultados de segurança do paciente, como erros médicos; Oriol et al. (2017) e Rabatin et al. (2016), não encontraram associações significativas entre o nível de SB e a qualidade da assistência. Na literatura em geral, há maiores evidências relacionando os níveis de SB dos médicos com maiores chances de cometer erros no trabalho (PANAGIOTI et al., 2018).

Outro aspecto que pode ser analisado é o impacto na comunicação clínica. No estudo de Ratanawongsa et al. (2008), médicos com alto índice de SB apresentaram o dobro de declarações negativas dos pacientes sobre a construção de vínculo. A revisão sistemática realizada por Panagioti et al. (2018) também traz essas questões, identificando que a dificuldade na comunicação e empatia é um dos fatores de falha de médicos com SB.

Esses aspectos têm expandido as discussões sobre o tema, fazendo surgir novos conceitos como a “prevenção quinquenária” e o “quarto objetivo” da saúde, ambas trazem a ideia que é preciso cuidar dos profissionais de saúde, considerando estratégias para a redução do esgotamento profissional, como forma de garantir melhor oferta de cuidado para os pacientes (BODENHEIMER; SINSKY, 2014 e SANTOS, 2014).

Intervenções e estratégias

As estratégias para enfrentamento do esgotamento profissional estão centradas em dois eixos principais: aspectos organizacionais do trabalho e aspectos educativos individuais. Ou seja, há necessidade de intervir nos fatores da gestão do processo e ambiente de trabalho, que

são grandes fontes de estresse para os profissionais, mas há também a possibilidade de intervir nos sujeitos para desenvolver habilidades e atitudes que permitam maior enfrentamento diante do estresse ocupacional, possibilitando lidar melhor com o sofrimento. Este último ponto acaba ganhando maior destaque nas experiências, pois devido as questões políticas envolvidas na saúde pública, não há muita governabilidade para mudanças organizacionais potentes, que reduzam a sobrecarga dos trabalhadores, apesar de esse ser o nó crítico que se desfeito poderia gerar a resolução da maior parte dos problemas. Diante desse cenário, torna-se mais viável oferecer ferramentas para suporte e desenvolvimento dos profissionais que vivem o problema (PEREIRA, 2011).

Nesta revisão, programas de treinamento da atenção plena foram os mais utilizados, apontando resultados efetivos no auxílio da diminuição de sintomas e aumento do bem-estar de sujeitos com síndrome do esgotamento profissional (FORTNEY, 2013; VERWEIJ, 2016). A atenção plena ou *mindfulness* é um processo de conscientização das experiências externas e internas que estão ocorrendo no momento presente, possibilitando o rompimento do piloto automático em que vivemos e a mudança de olhar e reações diante das situações cotidianas (LARGER, 2002). Essa prática tem utilizado a meditação como uma das principais ferramentas e benefícios são identificados em diversas áreas, sendo eles redução dos níveis de estresse, aumento da empatia, maior resistência e redução de sintomas físicos e psicológicos (SNYDER e LOPEZ, 2009).

Já é possível encontrar estudos no Brasil com esse foco, como o de Fernandes (2018), que avaliou a Escala de Estresse no Trabalho antes e depois de um programa de treinamento em *mindfulness*, voltado para profissionais da APS, na cidade de São Paulo. Ela conclui que o treinamento proporcionou redução do estresse e do risco de adoecimento destes profissionais.

Considerações finais

Pode-se concluir que há um interesse crescente na produção científica sobre o estresse ocupacional e a SB entre trabalhadores da APS. Estas produções têm contribuído para ampliar o entendimento sobre fatores de risco associados ao desenvolvimento da SB na APS, destacando questões para além do ambiente de trabalho, mas também organizacionais e individuais, como o desafio do trabalho em equipe, da articulação de rede para coordenação do cuidado e a sobrecarga de atribuições, que atingem principalmente trabalhadores do sexo feminino. Cabe trazer, ainda, que os profissionais da APS possuem particularidades nos riscos ocupacionais, as quais perpassam a falta de recursos, sobrecarga de trabalho, trabalho em equipe e processo organizacional entre os trabalhadores e as instituições.

Entre os impactos que o estresse ocupacional gera, há maior clareza no prejuízo da comunicação e vinculação dos profissionais com os colegas e pacientes, enquanto há controvérsias sobre o impacto da SB na qualidade da assistência e segurança dos pacientes.

Destaca-se, também, a relação trazida pela literatura entre o esgotamento profissional e os transtornos mentais. As principais estratégias de intervenção são treinamentos de recursos psicológicos para enfrentar o esgotamento profissional, porém observa-se a necessidade de maiores estudos sobre as intervenções, no contexto da APS, visto que não é o principal foco dos estudos nesta área. Além disso, destaca-se a necessidade de refletir sobre possibilidades de construir intervenções que possam interferir a nível organizacional dos processos de trabalho dentro do universo da APS, levando em consideração o contexto político que a envolve.

Referências

- ALBUQUERQUE, FJB; MELO, CF; ARAÚJO NETO, JL. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.25(3), 542-549. Porto Alegre: UFRGS, 2012.
- ALIDINA, S; ROSENTHAL, MB; SCHNEIDER, EC; SINGER, SJ; FRIEDBERG, MW. Practice environments and job satisfaction in patient-centered medical homes. *Ann Fam Med*. 2014;12(4):331–337. doi:10.1370/afm.1662
- ALMEIDA, LGN; TORRES, SC; SANTOS, CMF. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, dez. 2012; 1(1): 142-154.
- AL-SAREAI NS; AL-KHALDI YM; MOSTAFA AO; ABDEL-FATTAH MM. Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir Province, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2013 May;19(5):426-34.
- ASUERO, Andrés Martín et al. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. Noviembre - Diciembre 2013; Vol. 27. Núm. 6. Páginas 521-528. DOI: 10.1016/j.gaceta.2013.04.007
- BABBOT, Stewart et al. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study. *J Am Med Inform Assoc*. 2014 Feb; 21(e1): e100–e106. Published online 2013 Sep 4. doi: 10.1136/amiajnl-2013-001875.
- BARTOSIEWICZ A; JANUSZEWICZ P. Readiness of Polish Nurses for Prescribing and the Level of Professional Burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019 - versão online 2018; 16(1):35.
- BODENHEIMER, T; SINSKY, C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573–576. doi:10.1370/afm.1713
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, HF et al . Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. *Rev. Psicol., Organ. Trab., Brasília* , v. 17, n. 2, p. 121-128, jun. 2017.

CHESHIRE, Anna et al. GPs' perceptions of resilience training: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2017 Oct; 67(663): e709–e715. Published online 2017 Sep 12. doi: 10.3399/bjgp17X692561.

COSTA, SM; et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 8, n. 27, p. 90-96, abr. 2013.

CUBILLO, Ángel Carlos Matía et al. Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians. *Atención Primaria*, Volume 44, Issue 9, September 2012, Pages 532-539.

DEJOURS C; ABDOUCHELI E; JAYET C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo: Atlas; 1994.

ELISE CHIA-HUI TAN; DUAN-RUNG CHEN. Second victim: Malpractice disputes and quality of life among primary care physicians. *Journal of the Formosan Medical Association*, Volume 118, Issue 2, 2019, Pages 619-627. ISSN 0929-6646, <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.07.012>.

FALGUEIRAS, Maite Vilà et al. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria* . Volume 47, Issue 1, January 2015, Pages 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>.

FERNANDES, M. Os efeitos de um programa de mindfulness para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois. Orientadora: Giovana Campos Braga. Dissertação (Mestrado em Ciências), Programa de Pós-Graduação de Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

FONTANA, KC; LACERDA, JT; MACHADO, PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, Sept. 2016.

FORTNEY, L. et al. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med.* 2013 Sep; 11(5): 412–420.

FRANCO, TB; MERHY, EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GARCIA, ÁL et al . Estresse Ocupacional na Mídia Impressa: Uma Perspectiva de Christophe Dejourns. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, e0023570, 2020 .

GREGORY, Megan E.; RUSSO, Elise; SINGH, Hardeep. Electronic Health Record Alert-Related Workload as a Predictor of Burnout in Primary Care Providers. *Appl Clin Inform.* 2017 Jul; 8(3): 686–697.

- HALL LH, et al. Strategies to improve general practitioner well-being: findings from a focus group study. *Fam Pract.* 2018;35(4):511–516. doi:10.1093/fampra/cmz130
- HALL LH; JOHNSON J; WATT I; TSIPA A; O'CONNOR DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One.* 2016;11(7):e0159015. Published 2016 Jul 8. doi:10.1371/journal.pone.0159015
- HELFRICH, CD; et al. Elements of Team-Based Care in a Patient-Centered Medical Home Are Associated with Lower Burnout Among VA Primary Care Employees. *J Gen Intern Med.* 2014 Jul; 29(Suppl 2): 659–666.
- HIRSCH O; ADARKWAH CC. The Issue of Burnout and Work Satisfaction in Younger GPs- A Cluster Analysis Utilizing the HaMedSi Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(10):2190. Published 2018 Oct 8. doi:10.3390/ijerph15102190
- KATSURAYAMA, M; PARENTE, RCP; MORAES, RD; MORETTI-PIRES, RO. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (4): 414-9
- KOVALESKI, DF; BRESSAN, A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. *Saúde & Transformação Social.* Florianópolis, v.3, n.2, p.107-113, 2012.
- KUSHNIR T1, et al. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Fam Pract.* 2014 Feb;31(1):44-50.
- LACERDA, RB. et al. Contexto de trabalho e Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Cultura de los Cuidados*, 20, 44, 2016.
- LARGER, E. Well-being: mindfulness versus positive evaluation. In: CR Snyder e SJ Lopez, *The handbook of positive psychology* (pp. 214-230). New York: Oxford University Press, 2002.
- LIMA, Amanda de Souza; FARAH, Beatriz Francisco; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 283-304, Apr. 2018.
- LORENZ VR; GUIRARDELLO EB. The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(6):926–933. doi:10.1590/0104-1169.0011.2497
- MARTINS, LF. et al . Burnout Syndrome in Primary Health Care Professionals. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4739-4750, Dec. 2014 .
- MATHESON C; ROBERTSON HD; ELLIOTT AM; IVERSEN L; MURCHIE P. Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. *Br J Gen Pract.* 2016;66(648):e507–e515. doi:10.3399/bjgp16X685285
- MATTA, GC; MOROSINI, MVG. *Atenção Primária à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
- MAZUR, A. et al. Existential attitudes as predictors of burnout in Polish nurses employed in rural primary healthcare settings. *Ann Agric Environ Med.* 2018; 25(3): 552–558.
- MELO, EA et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate.* 2018, v. 42, n. spe1, pp. 38-51.

MINAYO, MCS; DESLANDES, SF; NETO, OC. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro Vozes: Ed 21, 2002.

MONSALVE-REYES, Carolina S. et al. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract.* 2018; 19: 59. Published online 2018 May 10. doi: 10.1186/s12875-018-0748-z.

MONTERO-MARIN, Jesus et al. Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PLoS One.* 2016; 11(6): e0157499. Published online 2016 Jun 16. doi: 10.1371/journal.pone.0157499.

MOREIRA, HA; SOUZA, KN de; YAMAGUCHI, MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo , v. 43, e3, 2018.

MOREIRA, IJB et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(38):1-12.

MORELLI, Stephanie Giulianne Silva; SAPEDE, Mário; SILVA, Andréa Tenório Correia. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Rio de Janeiro, 2015 Jan-Mar; 10(34):1-9.

NORFUL, AA; JACQ, K; CARLINO, R; POGHOSYAN, L. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Ann Fam Med.* 2018;16(3):250–256. doi:10.1370/afm.2230

NUNES, APMP. Estresse Ocupacional em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí. Orientadora: Prof^a Dra. Adriana de Azevedo Paiva. Teresina, 2019.

ORIOLO Y, et al. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Med Ethics.* 2017; 18: 54.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PANAGIOTI, M, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018;178(10):1317–1330.

PEDERSEN AF, VEDSTED P. Understanding the inverse care law: a register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. *Int J Equity Health.* 2014;13:121.

PEDERSEN, AF; INGEMAN, ML; VEDSTED, P. Empathy, burn-out and the use of gut feeling: a cross-sectional survey of Danish general practitioners. *BMJ Open.* 2018 Feb 28;8(2):e020007. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020007.

PEREIRA, DG. Síndrome de Burnout em trabalhadores do Programa de Saúde da Família: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, na Universidade Federal de Minas Gerais, Orientadora: Prof. Paula Cambraia de Mendonça Vianna. Belo Horizonte – MG, 2011.

PUTNIK K, HOUKES I. Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: a gender perspective in a Serbian context. *BMC Public Health.* 2011;11:716.

- RABATIN J, et al. Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. *J Prim Care Community Health*. 2016;7(1):41–43. doi:10.1177/2150131915607799
- RATANAWONGSA, N, et al. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. *J Gen Intern Med*. 2008;23(10):1581–1588.
- RIBEIRO, SFR; MARTINS, STF. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. *Psicol. estud*, Maringá, v16, n2, p241-250, Jun 2011.
- RILEY R; SPIERS J; BUSZEWICZ M; TAYLOR AK; THORNTON G; CHEW-GRAHAM CA. What are the sources of stress and distress for general practitioners working in England? A qualitative study. *BMJ Open*. 2018;8(1):e017361. Published 2018 Jan 11. doi:10.1136/bmjopen-2017-017361
- RILEY R; SPIERS J; CHEW-GRAHAM CA; TAYLOR AK; THORNTON GA; BUSZEWICZ M. 'Treading water but drowning slowly': what are GPs' experiences of living and working with mental illness and distress in England? A qualitative study. *BMJ Open*. 2018;8(5):e018620. Published 2018 May 3. doi:10.1136/bmjopen-2017-018620
- ROCHA, ALA. Condições de Saúde e de Trabalho de Profissionais que atuam na Atenção Básica. Dissertação de mestrado. Orientadora: Prof. Dra. Angelina do Carmo Lessa, Coorientador: Prof. Dr. Romero Alves Teixeira. Diamantina: UFVJM, 2015.
- SANTOS, CMC; PIMENTA, CAM; NOBRE, MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, June 2007.
- SANTOS, JA. Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 152-4, maio 2014. ISSN 2182-5181. doi:http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v30i3.11358.
- SANTOS, SOS et al. A Síndrome de Burnout e os Profissionais de Saúde: Uma Revisão Integrativa. *DêCiência em Foco*. 3(2): 111 – 119, 2019.
- SCHAUFELI, WB. The Job Demands-Resources model; A 'how to' guide to increase work engagement and prevent burnout. *Organizational Dynamics*, 46, pp 120-132, 2017.
- SCHAUFELI, WB; De Witte, H; & Desart, S. Manual Burnout Assessment Tool (BAT). KU Leuven, Belgium, 2019.
- SELAMU, M. et al. Conceptualisation of job-related wellbeing, stress and burnout among healthcare workers in rural Ethiopia: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17: 412.
- SILVA, ATC; MENEZES, PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, Oct. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500019>.
- SILVA, GN. (Re)conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 51-61, jun. 2019.
- SILVA, SCPS, et al. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 10, pp. 3011-3020.
- SINSKY CA, et al. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med*. 2013 May-Jun;11(3):272-8. doi: 10.1370/afm.1531.

SOUZA, MT; SILVA, MD; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

Spiers J, et al. Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2017 Oct;67(663):e700-e708. doi: 10.3399/bjgp17X692573.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEVENSON AD; PHILLIPS CB; ANDERSON KJ. Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2011;61(588):e404–e410. doi:10.3399/bjgp11X583182

STOJANOVIC-TASIC M; LATAS M; MILOSEVIC N, et al. Is Balint training associated with the reduced burnout among primary health care doctors?. *Libyan J Med*. 2018;13(1):1440123. doi:10.1080/19932820.2018.1440123

TORPPA, M. A. et al. Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. *Scand J Prim Health Care*. July, 2015; 33(3): 178–183. doi: 10.3109/02813432.2015.1067514.

TRIGO, TR; TENG, CT; HALLAK, JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín* 2007; 34(5):223-33.

VAZQUEZ, Ana Claudia Souza et al. Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida. *Aval. psicol., Itatiba*, v. 18, n. 4, p. 372-381, dez. 2019.

VERWEIJ H, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *Br J Gen Pract*. 2016;66(643).

WILLARD-GRACE R, et al. Team structure and culture are associated with lower burnout in primary care. *J Am Board Fam Med*. 2014 Mar-Apr;27(2):229-38. doi: 10.3122/jabfm.2014.02.130215.

YUGUERO, Oriol et al. Association between Sick Leave Prescribing Practices and Physician Burnout and Empathy. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133379. Published 2015 Jul 21. doi:10.1371/journal.pone.0133379

YUGUERO, Oriol et al. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract*. 2017; 23(1): 4–10. Published online 2016 Oct 10. doi: 10.1080/13814788.2016.1233173.

YUGUERO, Oriol et al. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Med Ethics*. 2017; 18: 54. Published online 2017 Sep 26. doi: 10.1186/s12910-017-0214-9.

ZOMER, FB; GOMES, KM. Síndrome de Burnout e Estratégias de Enfrentamento em Profissionais de Saúde: Uma Revisão Não Sistemática. *Revista de Iniciação Científica, Criciúma*, v. 15, n. 1, 2017.

APÊNDICE G - Cartilha

Estresse ocupacional na APS: Recomendações aos profissionais

Elaine Nunes Pacheco
Paula Hayasi Pinho

Apresentação



Este texto é um produto oriundo da pesquisa de mestrado profissional em saúde da família intitulada: “ Modelo JDR e o estresse ocupacional dos profissionais da Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa convergente assistencial” que buscou analisar as demandas e os recursos, sob a ótica do modelo JDR, no contexto de trabalho da

APS, ancoradas na psicologia positiva. Constitui uma cartilha de recomendações que visa propor medidas para intervir e diminuir o estresse ocupacional dos profissionais da APS.

A atenção primária à saúde (APS) constitui-se como um conjunto de práticas que visam prestar assistência integral aos usuários, de um determinado território, de forma individual e coletiva, com foco em prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. É considerada como principal estratégia para organização do modelo de atenção baseado na vigilância em saúde, sendo ordenadora para os demais níveis de atenção do sistema de saúde, por ser considerada a porta de entrada dos usuários (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2013; BRASIL, 2011).

A grande complexidade do trabalho na Atenção Básica (AB), engloba o desafio de protagonizar uma mudança de modelo em saúde e as diversas atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são elas: definição do território e territorialização, a responsabilidade sanitária, porta de entrada preferencial, adscrição de clientela, acesso, acolhimento, trabalho em equipe multiprofissional,

resolutividade, prestar atenção integral, contínua e organizada, ações de atenção domiciliar, programação e implementação de atividades de atenção à saúde baseadas na necessidade de saúde da população, ações de promoção da saúde, desenvolver ações de prevenção de doenças (primária, secundária, terciária e quaternária), desenvolvimento de ações educativas, desenvolvimento de ações intersetoriais, implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão (como gestão coparticipativa e controle social), planejamento local em saúde, implantar estratégias de segurança do paciente e educação permanente como parte do trabalho das equipes.

Os profissionais estão frequentemente expostos a condições desfavoráveis e falta de segurança no trabalho, pressão para produtividade, relações conflituosas, entre outras. Este estresse pode se expressar como queda da eficiência, desconfiança, irritabilidade constante, uso abusivo de medicamentos e drogas, sentimento de frustração, sobrecarga voluntária de trabalho, absenteísmo, etc. (KOVALESKI; BRESSAN, 2011).

Muitas pesquisas têm sido realizadas sobre o estresse ou Síndrome de Burnout (SB) dos profissionais de saúde, com alguns estudos apresentando o enfoque em médicos e enfermeiros na atenção básica, porém demonstrando diferentes prevalências e diversos fatores precipitantes, evidenciando o caráter multifatorial do problema (OLIVEIRA; CASTRO, 2016; MORELLI, 2015). Entre os fatores de risco destacam-se questões relacionadas ao ambiente de trabalho (estrutura física, insumos, contexto social), organização do trabalho e questões individuais. Alguns estudos demonstram que há uma dificuldade dos próprios trabalhadores da AB de perceberem os riscos que estão expostos, mas a maioria aponta como principal, o risco psicossocial e a tendência ao adoecimento mental (ALMEIDA; TORRES E SANTOS, 2012).

Segundo Seligman (2004) o desgaste mental relaciona-se com fatores ambientais e psicossociais, da subjetividade dos profissionais e das relações de poder que se estabelecem no contexto micro e macro político. As pesquisas na área têm mostrado dados crescentes de transtornos mentais entre os trabalhadores, que geram incapacidade ou perda de produtividade. Dados da OMS mostram que 40% dos trabalhadores podem ser atingidos por transtornos mentais, sendo 30% considerados transtornos leves e 5-10% classificados como graves (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Entre os impactos individuais do estresse para os profissionais da AB, aparecem o uso crônico de medicamentos como hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos por parte dos trabalhadores (MARTINS et al., 2014), maior associação entre SB e depressão e maior chance de ideação suicida em ambientes de trabalho negativos (TRIGO, TENG e HALLAK, 2007). Repercussões para o serviço de saúde também são relatadas, como maior quantidade de encaminhamentos para exames de imagem e clínicas especializadas (KUSHNIR et al., 2014) e maior chance dos profissionais de cometerem erros no trabalho (PANAGIOTI et al., 2018).

A pesquisa teve caráter qualitativo e utilizou a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). No formato da PCA, o desenvolvimento da investigação científica ocorre a partir do campo da prática assistencial, possibilitando a intervenção para o enfrentamento dos problemas, ao mesmo tempo em que se produz os dados, atendendo a um modelo que relaciona elementos da pesquisa com a prática assistencial (PAIM e TRENTINI, 2014).

Dispuseram-se a participar da pesquisa dez profissionais da APS, de um município da Região Metropolitana de Salvador, Bahia. Sendo em sua maioria mulheres, pardas, solteiras e sem filhos. Predominantemente médicas, com pós-graduação em saúde da família, atuando há mais de 5 anos na APS, porém com menos de 5 anos de alocação na USF em que trabalham atualmente. Além disso, são profissionais com função de preceptoras de um programa de residência, sendo um fator diferencial para o envolvimento das mesmas com a qualificação da APS, a partir da formação de futuros profissionais especialistas nesta área.

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas e três grupos convergentes de discussão, em formato virtual, devido as recomendações de segurança da pandemia de COVID-19. Os encontros foram gravados e posteriormente transcritos, respeitado o sigilo dos participantes.

Como referencial teórico para as discussões sobre o estresse ocupacional utilizou-se a psicologia positiva, através do modelo de demandas e recursos do trabalho (JDR - Job Demands and Resources), que será abordado a seguir.

A análise de dados se constituiu em organização dos dados através das técnicas de codificação e divisões em categorias, agrupando os dados por similaridade de conteúdo. A partir desta análise dos dados coletados com os participantes, emergiram como categorias empíricas as demandas e os recursos do trabalho da APS. Em seguida, com a síntese do conteúdo de cada categoria e a

teorização com a literatura através da discussão, foi possível identificar sugestões e estratégias utilizadas pelos profissionais da APS para o enfrentamento do estresse ocupacional.

Estresse ocupacional x Síndrome de burnout

O estresse ocupacional é considerado uma reação física e/ou psicológica ao desgaste da capacidade de trabalho, ocasionado por um desequilíbrio entre a tensão laboral e a capacidade do indivíduo de suportar ou adaptar-se. Este estresse é influenciado tanto por questões do ambiente de trabalho, como por características pessoais e estilo de vida que determinam a forma como a pessoa reagirá diante de dificuldades.



Se a tendência for que o estresse se prolongue, pode evoluir para o aparecimento de sintomas físicos, psicológicos, comportamentais, alcançando um nível de esgotamento ou estafa, que caracteriza a SB, muito comum em profissionais responsáveis pela assistência ou pelo cuidado direto de outros, como na área da saúde e educação (KOVALESKI; BRESSAN, 2011).

Estudos tradicionais da saúde do trabalhador, também denominam a SB de esgotamento profissional e considera conceitualmente como transtorno de adaptação ao estresse crônico, que pode se expressar em diferentes etapas, geralmente a falta de realização profissional, seguida de despersonalização e exaustão emocional (KARASEK, 1990).

Atualmente, os estudos na área de saúde do trabalhador dividem-se em duas tendências. Uma delas concentra-se em compreender as doenças, suas causas e consequências relacionadas ao trabalho, assim como prevalência, incidência e fatores de risco, com vistas à prevenção dos agravos. Outra linha de estudos ocupa-se em avaliar a salubridade do trabalho, considerando-o multifatorial (tanto de risco, quanto de proteção), com foco na qualidade de vida e promoção da saúde (VAZQUEZ; PIANEZOLLA; HUTZ, 2018). Ou seja, ocorre uma mudança de paradigma ao modificar o foco da doença para o trabalho saudável, da prevenção para promoção e

do fator de risco para o fator psicossocial. Os fatores psicossociais são aqueles de interação entre aspectos do trabalho (ambiente, organização) e do trabalhador (história, cultura, necessidades pessoais).

Com essa nova tendência, há uma nova teoria, na qual a SB é um estado de exaustão associada ao trabalho, a depender das circunstâncias laborais de cada organização. Sua principal causa é a elevada demanda diante de poucos recursos disponíveis, levando a exaustão da energia dos indivíduos, seguidas de diminuição da regulação emocional e cognitiva, finalizados pelo distanciamento mental ou aversão ao trabalho (SCHAUFELI et al., 2019).

Modelo de demandas e recursos do trabalho

A Psicologia Positiva (PP) é um movimento que tem ganhado força nas últimas duas décadas e impulsionado a produção científica sobre emoções, instituições e comportamentos positivos dos seres humanos (SELIGMAN, 2004). Em uma revisão sistemática sobre fatores psicossociais no trabalho, Vazquez, Pianezolla e Hutz (2018) identificaram que há um crescimento de artigos que avaliam fatores positivos e motivacionais do trabalho, além do uso de instrumentos da PP.

O avanço dessa discussão, incentivou movimentos organizacionais e de saúde do trabalhador a investir em ações que aumentem a motivação e o desempenho saudável dos profissionais (VAZQUEZ, FERREIRA, MENDONÇA, 2019). Em revisão de literatura realizada com foco no estresse ocupacional na AB, foram encontradas temáticas da PP em onze artigos, os principais com práticas de mindfulness, avaliação e treinamento de resiliência e avaliação do bem-estar dos trabalhadores (PACHECO, CARNEVALLI, PINHO; 2020).

A teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (Job Demands Resources model - JDR), tem sido amplamente utilizado como referencial para a discussão do trabalho pela ótica da PP. Esta teoria considera que o trabalho se concretiza no desgaste de energia dos indivíduos para atender às demandas laborais e, para este fim, utiliza os recursos oferecidos pela organização (SCHAUFELI, 2017).

As demandas podem ser as necessidades físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais, enquanto os recursos são ferramentas e características que viabilizam a execução das atividades. A interação de demandas e recursos podem gerar fatores de estresse ou motivacionais, a depender de mecanismos dos

trabalhadores para auto regulação, compensação ou recarga da energia laboral. Por meio dessa teoria, os trabalhos podem culminar em desfechos negativos (fontes de adoecimento) ou positivos (fontes de prazer) (VAZQUEZ, 2019).



Principais demandas do trabalho na APS

Demandas são aspectos físicos, sociais ou organizacionais que requerem esforço físico ou mental e, portanto, tem repercussões fisiológicas ou psicológicas. Altas demandas no trabalho exigem maior energia para alcançar os objetivos e para isso são necessárias estratégias para recuperar essas energias. Quando a recarga não é suficiente ou adequada, o trabalhador pode chegar a exaustão e o adoecimento, levando a problemas de saúde como depressão, doenças cardiovasculares e queixas psicossomáticas (SCHAUFELI e TARIS, 2014).

As demandas também podem ser interpretadas como obstáculos, associados a conflitos interpessoais, conflitos de valores, ambiguidade e insegurança no trabalho ou como desafios, associados a complexidade das atividades, prazos e atribuição de responsabilidades. Estes últimos podem ser promotores de desenvolvimento dos trabalhadores e levar ao maior engajamento no trabalho (VAZQUEZ, FERREIRA e MENDONÇA, 2019).

Durante as discussões do grupo, foi solicitado que os participantes escrevessem as três principais demandas que identificavam na sua rotina de trabalho da APS, assim foi formada a seguinte nuvem de palavras:

Figura 1: Nuvem de palavras das demandas do trabalho na APS

Demandas do trabalho na APS

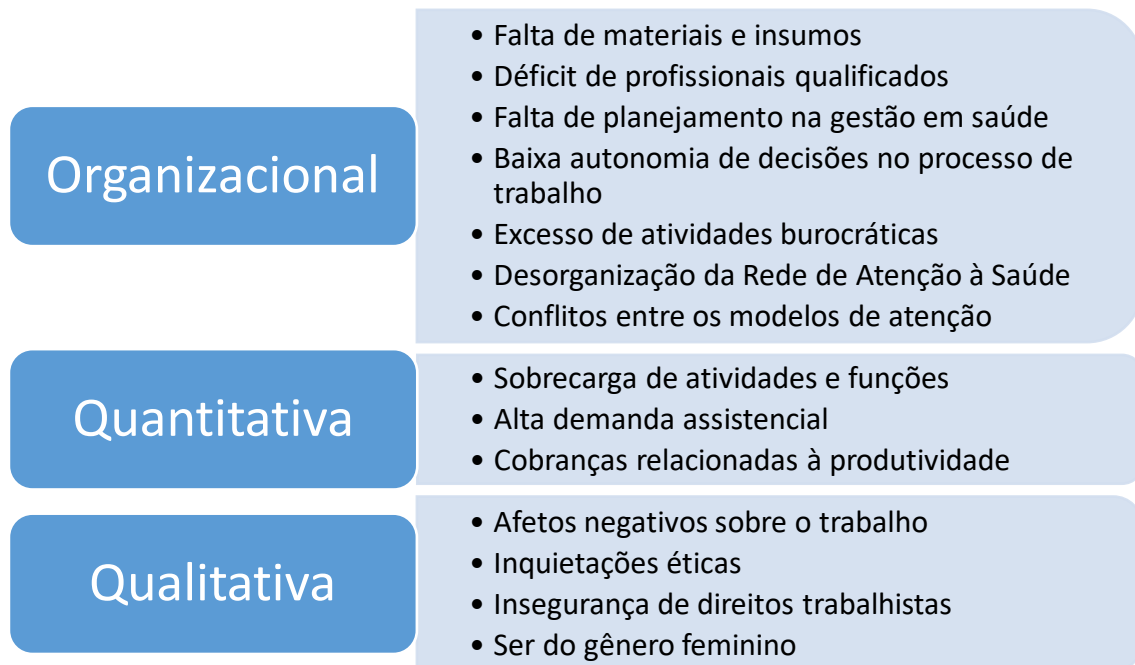
Mentimeter



Fonte: Elaborado pelos participantes da pesquisa

A partir dessas discussões com profissionais da APS, foram identificadas algumas demandas comuns do trabalho, nas diferentes dimensões.

Figura 2: Demandas identificadas pelos profissionais da APS



Fonte: Elaborado pelos autores

Principais recursos do trabalho na APS

Os recursos de trabalho são aspectos físicos, sociais ou organizacionais que são capazes de trazer funcionalidade para atingir os objetivos do trabalho ou reduzir as demandas do trabalho ou estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento. Quando presentes os recursos ajudam no equilíbrio para a execução das demandas, com papel motivacional, não só para alcance das metas e produtividade mas para atender as necessidades humanas de autonomia, relações e desenvolvimento de competências. Porém, se ausentes os recursos podem comprometer o alcance dos objetivos e levar a comportamentos de desligamentos ou desmotivação, até como estratégia de proteção para evitar o esgotamento (SCHAUFELI e TARIS, 2014).

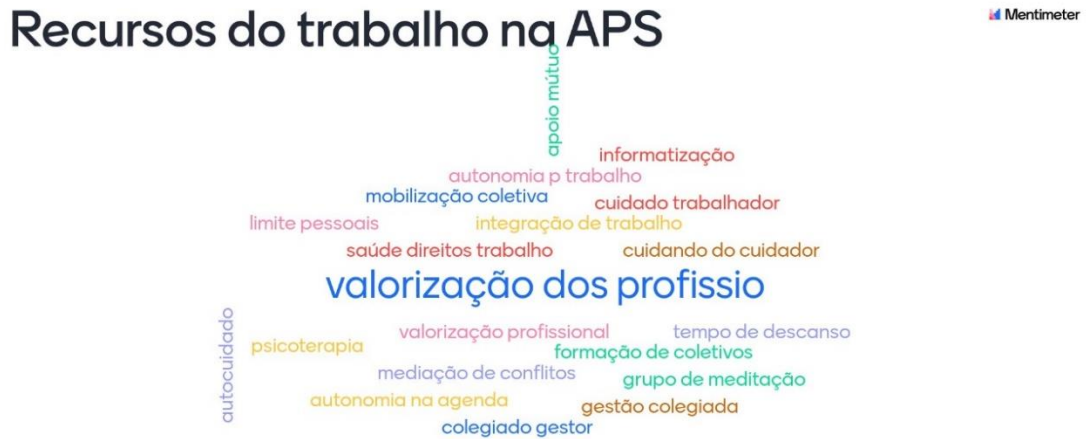
Por outro lado, trabalhadores que estabelecem uma relação de engajamento no trabalho, apresentam estado de espírito positivo, gratificante, maiores níveis de energia e resiliência, dedicação através do entusiasmo com o significado do trabalho e seus desafios e foco que geram bem-estar e felicidade. O engajamento no trabalho também tem sido estudado no âmbito da psicologia positiva, sendo considerado o envolvimento do trabalhador com sua atividade laboral, contemplando objetivos claros, boas condições de trabalho, oportunidades de desenvolvimento, confiança nos colegas. Este conceito não deve ser confundido com satisfação no trabalho, que aborda o nível de entusiasmo do profissional sob as atividades exercidas (HARTER et al., 2002). Dessa forma parece haver um ciclo de ganho, a disponibilidade de recursos promove o engajamento que por sua vez tem impacto positivo na percepção do aumento de recursos (SCHAUFELI e TARIS, 2014).

Inicialmente os recursos do trabalho foram classificados em algumas dimensões relacionadas aos fatores ambientais, como: sociais, organizacionais, conteúdo do trabalho e desenvolvimento (SCHAUFELI, 2017). Os recursos pessoais foram acrescentados, pelo entendimento que o comportamento humano depende da interação entre o pessoal e o ambiente e são considerados características psicológicas, geralmente associados à resiliência, e que controlam e impactam o ambiente de forma positiva, estimulando o crescimento e desenvolvimento pessoal (SCHAUFELI e TARIS, 2014). Podem ser exemplos de recursos pessoais: resiliência, auto eficácia, otimismo, flexibilidade, estabelecendo seus próprios limites, direcionamento de objetivos, proatividade, autodesenvolvimento (SCHAUFELI, 2017).

A figura a seguir contém uma nuvem de palavras, construída pelos participantes da pesquisa, durante os encontros coletivos virtuais, em que foi

solicitado que eles indicassem três recursos que eles desejariam ter na sua rotina de trabalho. Nesse caso, o recurso mais citado pelos profissionais foi o desejo de valorização do seu trabalho.

Figura 3: Nuvem de palavras dos recursos do trabalho na APS



Fonte: Elaborado pelos participantes da pesquisa

A partir da discussão com profissionais da APS, foram identificados alguns recursos do trabalho, nas diferentes dimensões.

Figura 4: Recursos identificados pelos profissionais da APS

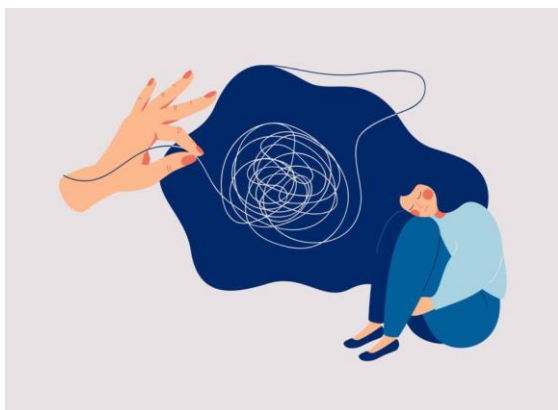
Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de limites para o trabalho • Resiliência • Autocuidado
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de apoio entre profissionais • Grupos de promoção da saúde • Práticas Integrativas e Complementares • Trabalho em equipe • Atividades recreativas • Organização política
Conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão das atividades em equipe
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo a treinamentos • Feedback
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da comunicação assertiva • Planejamento • Gestão colegiada

Fonte: Elaborado pelos autores

Quais estratégias para enfrentamento ao estresse ocupacional?

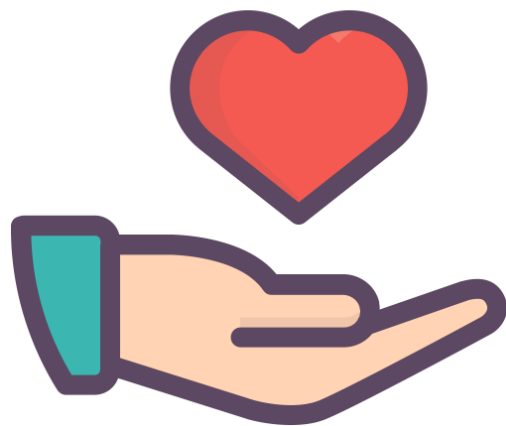
Diante das demandas e recursos identificados nas tabelas anteriores, os profissionais apontaram algumas estratégias que têm utilizado na sua rotina de trabalho ou gostariam que houvesse maior investimento.

Autocuidado: os profissionais compartilharam algumas estratégias que utilizam para o próprio cuidado diante do estresse ocupacional, em geral, atividades que favoreçam o autoconhecimento e a percepção dos limites de cada um, diante das demandas que o trabalho da APS exige.



Entre os exemplos citados, um dos mais comuns, foi a psicoterapia individual, que é custeada pelo próprio trabalhador. Alguns serviços de saúde, especialmente no período da pandemia de COVID-19, iniciaram a implantação de redes de suporte psicológico para os profissionais, em formato virtual ou presencial, com abordagens individuais e coletivas, esta é uma sugestão que pode contribuir com o apoio para a saúde mental dos profissionais da APS.

Também foram citados pelos profissionais a importância do estímulo a espiritualidade, independente da religião, como forma de fortalecimento dos valores e motivação através de maior conexão dos objetivos de vida com o trabalho. Outra estratégia é o incentivo a atividades físicas, como promoção da saúde física e mental.



Diário das Bênçãos/Gratidão: Esta atividade consiste em iniciar uma rotina de escrita, sobre as coisas pelas quais os sujeitos são gratos e suscitar reflexões sobre a justificativa. Sugere-se que a pessoa, antes de dormir, anote em um caderno, todos os dias, três coisas pelas quais foi grata durante o seu dia e depois reflita e escreva porque que considerou aquele acontecimento positivo.

Há evidências que os efeitos dessa intervenção promovam um aumento significativo do bem-estar dos trabalhadores e da gratidão. Os profissionais desta pesquisa realizaram esse exercício e relataram uma

melhor reflexão e crítica sobre os problemas enfrentados na rotina e maior valorização das coisas positivas. Porém, como qualquer hábito novo, houve dificuldade de realizar o registro com regularidade, mas à medida que ia sendo realizado, provocava cada vez mais reflexões sobre a relação dos sujeitos com eventos positivos.

Resiliência: Há evidências que o treinamento para o desenvolvimento de resiliência pode contribuir com a redução dos níveis de estresse, o que pode ser bastante útil diante da necessidade de se adaptar a diversas situações complexas do trabalho na APS. A combinação de diferentes estratégias para o desenvolvimento da resiliência demonstra maior eficácia, são exemplos a organização de oficinas sobre o tema, reflexões e trocas em grupos, atividades de atenção plena e técnicas de relaxamento, estabelecimento de mentorias no desenvolvimento do trabalho.

As experiências de treinamento em atenção plena (mindfulness) estão crescendo no ambiente de trabalho e demonstrando bons resultados. Os profissionais sugeriram a prática de meditação em grupo dos profissionais, por ser uma prática acessível e com baixo custo, podendo ser organizado pelos próprios colegas de trabalho. Profissionais que conhecem a prática, sugerem pactuar com a equipe um local dentro do serviço e horário (como início ou final dos turnos de atendimento ou reuniões) para que possam se reunir voluntariamente e realizar a meditação, como ação de promoção à saúde mental do trabalhador.



Práticas Integrativas e

Complementares (PICS): As PICS foram muito sugeridas pelos profissionais, entre elas foram citadas ioga, acupuntura, auriculoterapia, aromaterapia, fitoterapia e a meditação. Esta pode ser uma sugestão de investimento para o cuidado dos profissionais no ambiente de trabalho, considerando que muitos utilizam essas práticas no cuidado com os seus pacientes. De forma geral, os profissionais que estão aptos a realizar a aplicação das PICS se

habilitam a organizar momentos individuais ou coletivos para os colegas no ambiente de trabalho.

Há sugestão dos profissionais dessa pesquisa de tornar essa estratégia uma ação de cuidado continuado para os profissionais, através do pacto em equipe

de incorporar como uma atividade da rotina, com divisão de responsáveis, organização de materiais, proteção e garantia de horário e ambiente apropriado, dentro do processo de trabalho. A presença de estudantes e parcerias com instituições de ensino pode ser um fator facilitador na implementação dessas ações, incorporando atividades de cuidado com PICS como parte das atividades dos estudantes e professores, incentivando a formação e a promoção da saúde mental dos profissionais.

Trabalho em equipe: Os profissionais destacaram o trabalho em equipe como uma potência da APS, e há alguns pontos que podem ser considerados como fatores de motivação para os profissionais quando o trabalho em equipe acontece: qualificação do cuidado em saúde, cooperação entre colegas nas responsabilidades do trabalho e um clima de trabalho positivo.

A riqueza da troca de informações entre as diferentes categorias profissionais pode servir como uma forma de suporte entre colegas e valorização dos diferentes saberes das profissões. Investir na educação permanente dos profissionais, promovendo momentos de formação, discussão e matriciamento entre os mesmos, é capaz de produzir resultados positivos, como maior engajamento dos trabalhadores ou até uma melhor articulação da rede de saúde, quando se promove espaços de troca e comunicação entre as equipes. Além disso, amplia as possibilidades para um cuidado em saúde mais ampliado e maior resolutividade para as necessidades da população, tornando os resultados mais gratificantes.

A prática colaborativa e o compartilhamento das atividades entre os colegas de trabalho, constituem uma das possibilidades do trabalho em equipe e podem contribuir para uma melhor distribuição das demandas da rotina da APS e como forma de evitar sobrecarga dos profissionais. Como por exemplo, uma melhor divisão entre as categorias profissionais das tarefas administrativas, que historicamente são delegadas a enfermagem. Esta colaboração entre colegas pode produzir um melhor alinhamento e confiança entre os membros da equipe, que passam a ter mais propriedade e autonomia do processo de trabalho.



Clima do ambiente de trabalho: Os profissionais destacaram a importância de valorizar espaços de confraternização e celebração do trabalho, como uma forma de valorização dos profissionais e motivação dos mesmos. Estas celebrações podem ser momentos de diversão e troca de afetos entre colegas, como uma forma de incentivar relações positivas no ambiente de trabalho e a constituição de uma rede de suporte entre os sujeitos que vivem a complexidade do cuidado em saúde na APS. Também podem ser promovidos eventos para apresentação das experiências exitosas dos trabalhadores nos campos de prática ou oficinas onde os profissionais possam compartilhar suas habilidades com os colegas, promovendo maior engajamento com sua equipe de trabalho.

Feedbacks de desempenho: Os profissionais revelaram o interesse em receber feedbacks sobre a sua atuação de forma mais qualificada e regular. Essas ações por parte das instituições propiciam a reflexão sobre o trabalho, valorizando os pontos positivos e apontando diretrizes para melhorias e evolução destes profissionais. Historicamente estas avaliações na APS são feitas através de indicadores de assistência e metas de desempenho, que muitas vezes são atravessadas pelos problemas dos diferentes cenários de saúde pelo Brasil, gerando muito mais uma cobrança por produtividade dos profissionais, sem visar o desenvolvimento dos mesmos. Sugere-se propiciar momentos de auto avaliação dos profissionais com os superiores ou com equipe, seguido de um momento de feedback e estabelecimento de um plano com estabelecimento de pactos e metas para melhoria, a partir das dificuldades encontradas pelo profissional.

Gestão participativa: Diante das demandas organizacionais apontadas pelos profissionais, como falta de materiais e recursos humanos, baixa autonomia no processo de trabalho, conflitos do modelo de atenção e etc., os profissionais sugerem explorar mais algumas ferramentas de gestão como planejamento em saúde e

organização de colegiado gestor nos serviços. Através do planejamento seria possível realizar um melhor diagnóstico da situação de saúde e das dificuldades enfrentadas no serviço e pensar soluções a partir dos recursos disponíveis, incluindo diversos atores, como os trabalhadores, os usuários e gestores. A experiência de colegiado gestor nas USF dos profissionais, com a participação de representantes diversos e os gerentes dos serviços, tem se mostrado positiva, com o compartilhamento da tomada de decisões, divisão de responsabilidades, melhor articulação para mediação de conflitos e maior autonomia dos profissionais, o que demonstra ser uma estratégia potencial para resolução de algumas demandas do trabalho da APS apontadas pelos profissionais.

Além de necessidade de maior participação na gestão da APS, os profissionais também refletiram que a organização política em torno de coletivos com interesses comuns e também o incentivo a participação popular na gestão dos serviços de saúde são um importante recurso para lidar com a complexidade da APS. Essa organização pode colaborar para unir forças de diferentes atores no enfrentamento dos problemas da APS, gerando uma maior governabilidade, além do potencial de produzir uma rede de apoio entre os sujeitos que buscam a qualificação do cuidado em saúde na APS.



Considerações finais

Diante das demandas e recursos expostos pelos profissionais da APS, pode-se notar que a quantidade e a magnitude das demandas são maiores e demonstram grande impacto nos profissionais, quando comparados com os recursos.

Assim, a luz do modelo JDR, a sobreposição das demandas em relação aos recursos aponta para uma tendência ao esgotamento profissional, com o adoecimento mental dos profissionais de saúde.

Este trabalho aponta para os profissionais, gestores e coordenadores de residência algumas sugestões e recomendações para contribuir no investimento dos recursos disponíveis na APS, em diversas dimensões, como pessoal, social, conteúdo de trabalho, desenvolvimento e organizacional.

Recursos Pessoais: Recomenda-se o incentivo ao autocuidado, com os profissionais buscando atividades que atendam melhor as suas necessidades físicas, mentais e espirituais. Contudo, as instituições podem dispor de uma rede de apoio psicológico para os profissionais, com diferentes opções de formato (individual, coletiva, virtual), para auxiliar na prevenção de doenças e como suporte em momentos de estresse. Treinamentos para resiliência podem ser implementados na rotina de trabalho através da organização de oficinas e eventos sobre o tema, estabelecimento de mentorias - com profissionais mais experientes dando apoio para auxiliar no desenvolvimento do trabalho, atividades de atenção plena e técnicas de relaxamento – como práticas de meditação, que podem ser organizadas dentro do ambiente e da carga horária de trabalho, com profissionais experientes, contribuindo para promoção da saúde mental dos trabalhadores.

Recursos sociais: Recomenda-se ações de incentivo ao trabalho em equipe, como maior investimento em atividades de educação permanente, garantindo espaço na agenda dos profissionais para capacitações, discussões com os colegas sobre o processo de trabalho e matriciamento com colegas de outros serviços, com potencial de valorização dos profissionais e maior articulação da rede de saúde. Também se recomenda o incentivo ao uso das PICS como estratégia de cuidado dos trabalhadores. Sugere-se realizar um levantamento dos profissionais que possuem conhecimentos sobre as práticas e organizar espaços e momentos de oferta dessas PICS para os colegas, com apoio de materiais, local e carga horária protegida para essa atividade. Na dificuldade de profissionais disponíveis para as PICS, pode-se articular parcerias com outras

instituições, como universidades ou programas de residência, para capacitação dos profissionais.

Recursos de desenvolvimento: Recomenda-se como estratégia para evolução dos profissionais, a organização de avaliações e feedbacks de forma regular, processual e formativa. Sugere-se propiciar momentos de auto avaliação dos profissionais com os superiores ou com equipe, seguido de um momento de feedback e estabelecimento de um plano com estabelecimento de pactos e metas para melhoria, a partir das dificuldades encontradas pelo profissional.

Recursos organizacionais: Recomenda-se o incentivo a momentos de celebração e confraternização dos profissionais, como forma de valorização do trabalho e estabelecimento de vínculos positivos entre os mesmos. Ações como celebração de aniversariantes do mês, datas comemorativas, evento para apresentação de experiências exitosas, propiciam um clima de trabalho mais saudável e de suporte aos profissionais e torna-se importante que os gestores apoiem e promovam esse tipo de atividade. Também se sugere o estabelecimento de colegiados gestores nos serviços de saúde, nas gestões municipais e coordenação de programas de residência. Como forma de promover a participação dos profissionais, a autonomia e a decisão compartilhada, além de incentivar o planejamento estratégico das equipes e para um melhor enfrentamento das dificuldades do trabalho da APS. A organização dos trabalhadores em torno de coletivos com interesses comuns, sejam de determinadas categorias da APS, de preceptores, ou junto à comunidade devem ser incentivados, inclusive como rede de apoio para os profissionais.

Portanto, o debate sobre a importância de investir em recursos para esses profissionais precisa ser ampliado, de modo que a oferta desses espaços seja institucional e continuada, com vistas a qualificação dos profissionais e seu engajamento, o que pode trazer benefícios em menor esgotamento dos profissionais e maior desenvolvimento dos serviços de saúde. Esse investimento por si só, não leva a completa resolução do adoecimento mental dos trabalhadores, devido à complexidade do problema, já discutida acima, mas aponta possibilidades para equilibrar a balança entre as demandas e os recursos do trabalho da APS.

Referências

ALMEIDA, LGN; TORRES, SC; SANTOS, CMF. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, dez. 2012; 1(1): 142-154.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas E Sistema De Saúde No Brasil**. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2a Ed. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro: Cap. 16, pp 493-545, 2013.

HARTER, JK; SCHIMIDT, EL; HAYES, TL. Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement and business outcomes: a meta-analysis. **Journal of Applied Psychology**, 2002, vol. 87, pp. 268-279.

KARASEK, R. Healthy Work: Stress, Productivity and the reconstruction of working life. **New York: Basic Books**, 1990.

KOVALESKI, DF; BRESSAN, A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.3, n.2, p.107-113, 2012.

KUSHNIR T, et al. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? **Fam Pract**. 2014 Feb;31(1):44-50.

MARTINS, LF. et al . Burnout Syndrome in Primary Health Care Professionals. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4739-4750, Dec. 2014 .

MORELLI, SGS; SAPEDE, M; SILVA, ATC da. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 34, p. 1-9, mar. 2015. ISSN 2179-7994.

OLIVEIRA, OC de; CASTRO, UB de. Estresse ocupacional (Burnout) em profissionais da área da saúde: revisão de literatura. **Trabalho de conclusão de curso**, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), outubro 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5062?show=full>>. Acessado em 24 de abril de 2019, às 20:30h.

PACHECO, EN; CARNEVALLI, LM; PINHO, PH. Estresse ocupacional na atenção primária à saúde. In: **Saúde da família em terras baianas** / Organizadores: Paula Hayasi Pinho... [et al.]_ Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2020. 260p. (Coleção Pesquisas e Inovações Tecnológicas na Pós-Graduação da UFRB; volume 7).

PAIM, L; TRENTINI, M. A Pesquisa Convergente Assistencial em seus atributos, In: PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. / Organizadores: Mercedes Trentini, Lygia Paim, Denise Maria Guerreiro V. da Silva. Porto Alegre: Moriá, 2014, cap. 1.

PANAGIOTI, M; GERAGHTY, K; JOHNSON, J; et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Intern Med.** 2018;178(10):1317–1330. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3713

SCHAUFELI, WB et al. Manual Burnout Assessment Tool (BAT). KU Leuven, Belgium, 2019.

SCHAUFELI, WB. The Job Demands-Resources model; A ‘how to’ guide to increase work engagement and prevent burnout. **Organizational Dynamics**, 46, pp. 120-132, 2017.

SCHAUFELI, WB; TARIS, TW. A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. In: G.F. Bauer and O. Hämmig, Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach. Netherlands: **Springer Science, Business Media Dordrecht**, 2014, cap 4. DOI 10.1007/978-94-007-5640-3_4

SELIGMAN, M. Felicidade Autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente. **Rio de Janeiro: Objetiva**, 2004.

SILVA, MP da; BERNARDO, MH; SOUZA, HA. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41: e23, 2016.

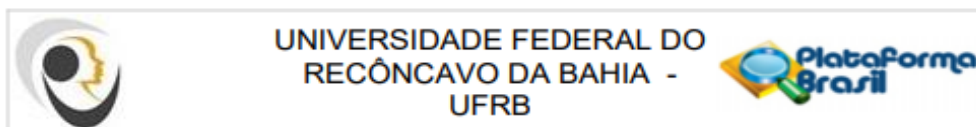
TRIGO, TR; TENG, CT; HALLAK, JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev Psiquiatr Clín** 2007; 34(5):223-33.

VAZQUEZ, ACS et al. Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 18, n. 4, p. 372-381, dez. 2019.

VAZQUEZ, ACS; FERREIRA, MC; MENDONCA, H. Avanços na Psicologia Positiva: Bem-Estar, Engajamento e Redesenho no Trabalho. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 18, n. 4, p. 343-351, dez. 2019.

VAZQUEZ, ACS; PIANEZOLLA, M; HUTZ, CS. Avaliação de fatores psicossociais no trabalho: uma revisão sistemática. **Revista Estud. psicologia**. Campinas, 2018, vol. 35(1), pp. 5-13.

ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO AO ESTRESSE E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PESQUISA

Pesquisador: ELAINE NUNES PACHECO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36480520.6.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

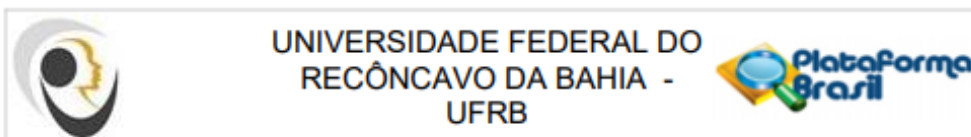
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.359.877

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora afirma que "a grande complexidade do trabalho na atenção básica, expõe os profissionais à fatores precipitantes do estresse, como pressão para produtividade, condições desfavoráveis à segurança no trabalho, relações abusivas entre subordinados e supervisores. Atualmente, os estudos na área de saúde do trabalhador dividem-se em duas tendências. Uma delas concentra-se em compreender as doenças, suas causas e consequências relacionadas ao trabalho, assim como prevalência, incidência e fatores de risco, com vistas à prevenção dos agravos. Outra linha de estudos ocupa-se em avaliar a salubridade do trabalho, considerando-o multifatorial (tanto de risco, quanto de proteção), com foco na qualidade de vida e promoção da saúde (VAZQUEZ; PIANEZOLLA; HUTZ, 2018).... O objetivo deste estudo é implementar intervenções para diminuir o estresse ocupacional e promover a saúde mental dos profissionais da atenção primária à saúde de Camaçari-BA, ancoradas na psicologia positiva. O estudo tem caráter qualitativo, delineado pela Pesquisa Convergente Assintencial (PCA). Essa metodologia permite a exploração do cenário de prática com participação ativa do pesquisador, em busca de respostas e mudanças sobre o problema da desmotivação dos profissionais, diante do estresse laboral crônico vivenciado na atenção primária. O estudo será desenvolvido em uma das regiões de saúde (região 4), do município de Camaçari - Bahia, Região Metropolitana de Salvador. Essa região possui como diferencial ter profissionais da Residência Multiprofissional de Saúde da Família em todas as USF, sendo a área onde atua a pesquisadora, assumindo a preceptoría médica da USF PHOC III. Serão

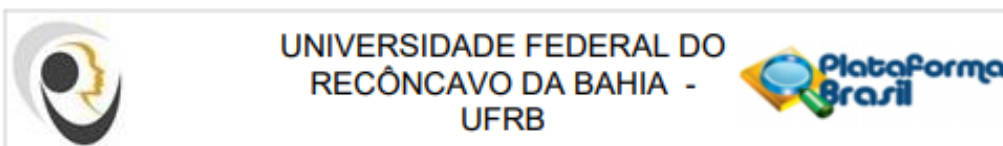
Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.359.877

enviados convites (Apêndice 2) para os profissionais das USF, explicando brevemente a proposta e o cronograma dos encontros, de forma que os profissionais interessados possam escolher participar espontaneamente. O critério para inclusão do participante será ser profissional de saúde, lotado em Unidade de Saúde da Família da região 4 de Camaçari. Serão excluídos da pesquisa aqueles que não preencham os critérios de inclusão e considerando que o número de participantes será limitado a dois por cada serviço, caso haja mais interessados do que as vagas para o grupo, deverão ser priorizados os preceptores de qualquer categoria e servidores municipais, por possuírem vínculos permanentes com as USF. Para coleta de dados serão utilizadas aplicação de questionário, observação participante completa e o grupo de convergência, com adaptações para o meio virtual. Os profissionais que se disponibilizarem para participar da pesquisa, deverão enviar e-mail para pesquisadora com seus dados de identificação e contato, assim ela poderá enviar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1). Após resposta em e-mail com aceite do TCLE, a pesquisadora agendará horários individuais para aplicação do questionário sobre o tema (Apêndice 4), por via telefônica. Será gravada ligação, com autorização expressa pelo participante antes de iniciar as perguntas. As gravações e as informações coletadas serão de uso exclusivo da pesquisa, garantindo o sigilo dos participantes. Após aplicação do questionário individual, serão marcadas três reuniões virtuais com todos os participantes da pesquisa. Essas reuniões ocorrerão quinzenalmente, com duração média de uma a duas horas, utilizando plataforma online gratuita com maior facilidade de acesso pelos participantes (Google Meet, Jitsi Meet, Skype ou Whatsapp). As datas para disponibilizar os convites para os profissionais, realizar a aplicação do questionário e iniciar os **encontros** virtuais serão definidas após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa, com previsão para o período de setembro a novembro de 2020. Na primeira reunião virtual, ocorrerá a apresentação das informações coletadas pelo questionário e uma breve explanação sobre o modelo JDR, que baseará a condução dessa pesquisa, além de abertura para discussões e reflexões dos trabalhadores. No segundo encontro, iniciaremos com a discussão do artigo científico "Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida", encaminhado previamente para leitura individual, em seguida focaremos a discussão sobre as demandas do trabalho na APS, a partir do levantamento de ideias dos profissionais sobre as dificuldades encontradas no trabalho. Neste encontro, também será orientada a atividade do Diário das Bênçãos, para realização pelos participantes até a próxima reunião. O terceiro encontro iniciará com o compartilhamento das experiências com o Diário das Bênçãos, em seguida avaliaremos quais os recursos disponíveis entre os trabalhadores que os permitem manter o desenvolvimento e a

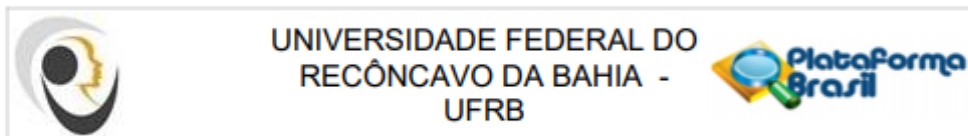
Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.359.877

motivação para as atividades laborais. Para finalizar, será proposto aos participantes a construção gráfica de uma balança, equilibrando as demandas e os recursos do trabalho na APS e a identificando qual recurso com maior impacto no bem-estar de cada um. Para análise de dados, a pesquisadora utilizará os registros do seu campo de trabalho (documentos, atas de reuniões, relatos pessoais), assim como, dos registros realizados a partir da observação e das escutas nos grupos convergentes. Para estes registros, será utilizada a escrita um diário de campo alimentado pela pesquisadora, registros fotográficos. Será necessário contar com o apoio de um segundo observador durante os encontros, que poderá fazer o registro mais descritivo, já que a pesquisadora também conduzirá a moderação do grupo. Com os dados coletados, será realizada análise de conteúdo, a partir do aspecto temático (MINAYO, 2012). Na leitura do material serão identificados a temática principal de cada unidade de registro e estas serão organizadas em categorias, como por exemplo: causas de estresse, impacto do estresse, fatores de proteção ao estresse, intervenções, entre outras que serão definidas durante a avaliação dos dados, considerando o objetivo da pesquisa (GOMES, 2012). A partir das categorias temáticas que irão emergir dos dados, será possível a síntese do pesquisador sobre a temática, contextualizando as informações recebidas e realizando algumas inferências que permitem a associação com as experiências do próprio pesquisador (MINAYO, 2012). Ao final, esta síntese deve ser correlacionada com outros dados encontrados na literatura, para o embasamento teórico das mudanças que pretendem-se aplicar a prática, convergindo a dimensão da pesquisa com a dimensão assistencial da PCA. Espera-se que essa análise possa subsidiar a construção de uma cartilha com os principais recursos apontados pelos profissionais que podem ser investidos para redução do estresse ocupacional da APS. Por tratar-se de uma pesquisa que envolve a coleta de informações diretamente de seres humanos, será necessária a submissão do projeto a avaliação do Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Desta forma a coleta de dados só poderá ocorrer após a aprovação do CEP. Também por tratar-se de estudo que envolve profissionais de instituições de saúde e do programa de residência multiprofissional em saúde da família, será necessária a anuência da Secretária de Saúde do município de Camaçari e da Coordenação do Programa Integrado de Residências Multiprofissional e de Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS, concordando com o desenvolvimento da pesquisa. Respeitando as Resoluções 466/12 (dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) e 510/16 (dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais), os participantes da pesquisa receberão esclarecimentos orais e por escrito e irão declarar, por e-mail, a concordância com o Termo de

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.359.877

Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), explicitando os riscos e benefícios da pesquisa e garantindo o anonimato dos participantes, através da utilização de nomes fictícios na escrita dos resultados. Em relação a possíveis riscos, o voluntário pode ter alguma sensação de constrangimento ao compartilhar questões de ordem pessoal com colegas de trabalho ou desconforto ao resgatar memórias de situações desagradáveis, mas esse risco será minimizado pelo fato do voluntário ter liberdade de falar ou não, podendo interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem penalidades. O participante pode ter benefícios diretos e indiretos ao refletir sobre o estresse ocupacional e o próprio nível de bem-estar subjetivo, além de aprender sobre ferramentas sobre recursos da psicologia positiva. Os voluntários para o estudo não receberão nenhuma ajuda de custo e o custeio das despesas será arcado pelo pesquisador principal, evitando conflitos de interesses financeiros."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Implementar intervenções para diminuir o estresse ocupacional e promover a saúde mental dos profissionais da atenção primária à saúde de Camaçari-BA, ancoradas na psicologia positiva."

Objetivo Secundário:

"Compreender a percepção dos profissionais sobre o impacto do estresse relacionado ao trabalho na sua saúde mental; Identificar as demandas e os recursos acessíveis no contexto de trabalho da APS; Apresentar ferramentas da psicologia positiva como estratégia de prevenção ao estresse ocupacional; Produzir cartilha de intervenções para prevenção ao estresse ocupacional na APS, a partir das discussões com os profissionais."

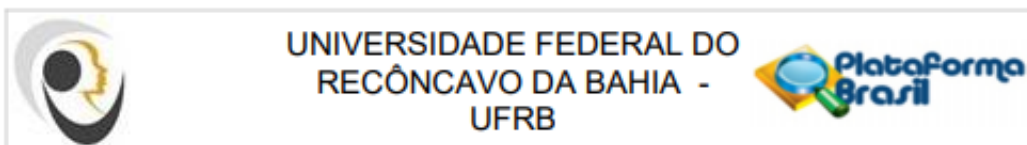
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados os riscos relacionados à pesquisa, bem como as formas de minimização conforme a seguir:

"Riscos:

Em relação a possíveis riscos, o voluntário pode ter alguma sensação de constrangimento ao compartilhar questões de ordem pessoal com colegas de trabalho ou desconforto ao resgatar memórias de situações desagradáveis, mas esse risco será minimizado pelo fato do voluntário ter liberdade de falar ou não, podendo interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem penalidades. (Precisa melhorar: stress, o participante pode se sentir mal... Terá algum tipo de

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710	CEP: 44.380-000
Bairro: Centro	
UF: BA	Município: CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850	Fax: (75)3621-9767
E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br	



Continuação do Parecer: 4.359.877

atendimento?)

Benefícios:

O participante pode ter benefícios diretos e indiretos ao refletir sobre o estresse ocupacional e o próprio nível de bem-estar subjetivo, além de aprender sobre ferramentas sobre recursos da psicologia positiva."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e exequível e tem uma proposta metodológica de acordo com os objetivos da mesma. Poderá contribuir na implementação de intervenções para diminuir o estresse ocupacional e promover a saúde mental dos profissionais da atenção primária à saúde tanto do município de Camaçari-BA quanto outros municípios, ancoradas na psicologia positiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

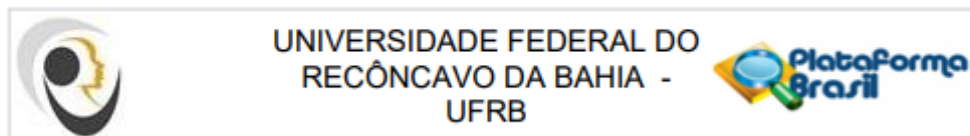
Todos os documentos de apresentação obrigatória ao presente projeto constam nos arquivos enviados para apreciação, conforme exigido pela Resolução 466/2012.

- a) Folha de rosto assinada pela pesquisadora Elaine Nunes Pacheco e o Reitor da UFRB Fábio Josué Souza dos Santos.
- b)Carta de anuência para realização da pesquisa fornecida pela Fundação Estatal Saúde da Família FESF-SUS Programas Integrados de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS, assinada por Grace Rosa, Chefe/Coordenador (a) do serviço (Assinatura digitalizada).
- c)Carta de anuência da diretoria de planejamento, avaliação e monitoramento do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari assinada pela respectiva diretora Tami Siraisi Fonseca.
- d)Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- e)Projeto completo.
- f)Carta resposta ao CEP/UFRB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme resolução 466/2012 (ou 510/2016) e complementares. Cabe ao pesquisador responsável manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.359.877

sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Resolução CNS 466/2012 Item XI.2.f – Do Pesquisador Responsável).

Considerações Finais a critério do CEP:

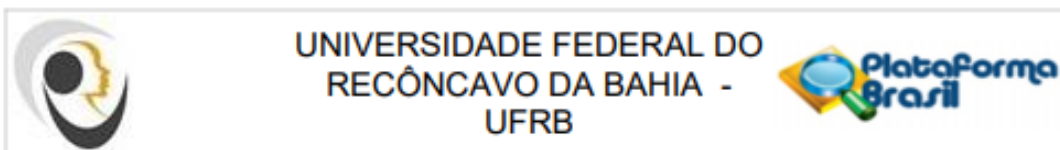
Seu projeto foi Aprovado e a coleta de dados poderá ser iniciada junto aos participantes da pesquisa. O CEP/UFRB deseja sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e aguardará o recebimento dos relatórios parciais e final, conforme a Resolução do CNS nº 466/2012, item XI.2, letra d.

O modelo do relatório, tanto parcial quanto final, encontra-se no endereço:
https://www2.ufrb.edu.br/cep/images/Formularios/Modelo_relatorio_parcial_ou_final.pdf

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1576031.pdf	16/09/2020 13:38:28		Aceito
Outros	OficioCEP.docx	16/09/2020 13:37:14	ELAINE NUNES PACHECO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjElainenovo.docx	16/09/2020 13:35:44	ELAINE NUNES PACHECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.docx	16/09/2020 13:32:01	ELAINE NUNES PACHECO	Aceito
Folha de Rosto	folharostofinal.pdf	11/09/2020 20:36:53	ELAINE NUNES PACHECO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoElaine.docx	06/07/2020 21:24:25	ELAINE NUNES PACHECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/07/2020 21:21:09	ELAINE NUNES PACHECO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaFESF.pdf	06/07/2020 21:08:06	ELAINE NUNES PACHECO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaCamacari.pdf	06/07/2020 21:07:27	ELAINE NUNES PACHECO	Aceito

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
 Bairro: Centro CEP: 44.380-000
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS
 Telefone: (75)3621-6850 Fax: (75)3621-9767 E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.359.877

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRUZ DAS ALMAS, 25 de Outubro de 2020

Assinado por:
Carolina Yamamoto Santos Martins
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** elicaempesquisa@ufrb.edu.br

ANEXO 2 - Carta de anuência do município



CARTA DE ANUÊNCIA

A Diretoria de Planejamento, Avaliação e Monitoramento do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari – BA declara apoio à realização da pesquisa intitulada “Prevenção ao estresse e promoção da saúde mental dos profissionais da atenção primária à Saúde: uma Pesquisa Convergente Assistencial” a ser realizada com profissionais e usuários das unidades de saúde da família das regiões de saúde 04 e 05 do município.

O trabalho será desenvolvido por Elaine Nunes Pacheco, discente do mestrado profissional PROFSAÚDE, sob orientação da Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho. O trabalho tem como objetivo implementar intervenções para diminuir o estresse ocupacional dos profissionais da atenção primária à saúde de Camaçari-BA, ancoradas na psicologia positiva. A pesquisa utilizará a proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e a estratégia de coleta de dados será por grupos convergentes e observação participante. Considerando o contexto de pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, serão realizados encontros com os profissionais de forma online (Skype, Whatsapp vídeo, Google Meet, ZOOM entre outros recursos digitais), podendo incluir preceptores da residência ou servidores do município alocados nas USF das regiões 4 e 5.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e o projeto somente poderá iniciar nas Unidades de Saúde, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em pesquisa.



Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e equipe de saúde das unidades onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Camaçari, 03 de julho de 2020.



Tamy Siraisi Fonseca

Diretora do Departamento de Planejamento,
Avaliação e Monitoramento do SUS

PREFEITURA DE CAMAÇARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Tamy Siraisi Fonseca
Diretora do Dptº de Planejamento,
Monitoramento e Avaliação do SUS

ANEXO 3 - Carta de Anuência Programa de Residência

CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

À Fundação Estatal Saúde da Família FESF-SUS
Programas Integrados de Residência em Medicina de Família e Comunidade e
Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Prevenção ao estresse e promoção da saúde mental dos profissionais da atenção primária à Saúde: uma Pesquisa Convergente Assistencial" a ser realizada com profissionais e usuários das unidades de saúde da família das regiões de saúde 04 e 05, do município de Camaçari, Bahia.

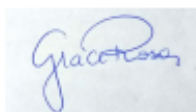
O trabalho será desenvolvido por Elaine Nunes Pacheco, discente do mestrado profissional PROFSAÚDE, sob orientação da Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho. O trabalho tem como objetivo implementar intervenções para diminuir o estresse ocupacional dos profissionais da atenção primária à saúde de Camaçari-BA, ancoradas na psicologia positiva. A pesquisa utilizará a proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e a estratégia de coleta de dados será por grupos convergentes e observação participante. Considerando o contexto de pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, serão realizados encontros com os profissionais de forma online (Skype, Whatsapp vídeo, Google Meet, ZOOM entre outros recursos digitais), podendo incluir preceptores da residência ou servidores do município alocados nas USF das regiões 4 e 5.

Ao mesmo tempo, solicitamos a autorização para que os nomes dos serviços e do programa possam constar no relatório final, bem como em publicações futuras, sob a forma de artigo científico. Asseguramos que os dados coletados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo e mantidos em sigilo absoluto, conforme determina o item III.2 "i" da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Programas Integrados de Residência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

() Concordo com a solicitação () Não concordo com a solicitação

Salvador-Ba, 15 / 06 /2020



Chefe/Coordenador (a) do Serviço

Profa. Dra. Paula Hayasi Pinho
(11) 998029686
phpinho@ufrb.edu.br / paulahpinho@gmail.com

Contato da discente:
Elaine Nunes Pacheco
(71) 988186795
nane.nunes@gmail.com