

EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRESSE PROFISSIONAL E DINÂMICA DE TRABALHO

Family Health Program teams: professional stress and work dynamic

Eugenio Paes Campos¹, Adriana Nunes Chaves², Cassia Murta Pereira³,
Jeanne d'Arc Lima Fontaine⁴, Leda Jung dos Santos⁵, Lidia Maria Franco Cardoso⁶,
Luiz Guilherme Peixoto do Nascimento⁷, Viviane da Costa Freitas Silva⁸

RESUMO

Este trabalho descreve a realização de uma pesquisa clínico-qualitativa com equipes do Programa Saúde da Família (PSF) que teve como objetivo propiciar aos profissionais, enquanto cuidadores, a possibilidade de vivenciarem um ambiente de acolhimento, a partir do próprio relacionamento da equipe, que lhes permitisse enfrentar o estresse cotidiano da sua prática. Utilizaram-se grupos de reflexão por possibilitarem maior interação entre pesquisador e “membros da situação investigada”. A fundamentação teórica baseou-se nos conceitos de Winnicott que permitem compreender o que se passa na dinâmica de relacionamento dos profissionais, a partir do conjunto de cuidados (holding) que o bebê recebe do ambiente cuidador (sobretudo a mãe) e que contribui para o seu desenvolvimento. Os resultados afirmam a importância de relações afetuosas, cuidadoras e empáticas entre os membros da equipe para o melhor enfrentamento das tensões geradas no cotidiano da sua prática.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde da Família. Programa Saúde da Família. Atenção Primária a Saúde. Esgotamento Profissional. Recursos Humanos em Saúde. Relações Interprofissionais. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This is a description of a clinico-qualitative research on Family Health Program (FHP) teams, which aimed to provide the professionals, while carers, with the possibility to experience a welcoming environment, from the relationships developed through teamwork, as a protection against practice-related daily stress. Because they afford greater interaction between the researcher and “members of the investigated situation”, reflexion groups were used. The theoretical framework was based on Winnicott's concepts, which facilitate understanding of the dynamics of professional relationships, from analysis of the body of care (holding) the baby receives from the caring environment (mainly from the mother) and that contributes to its development. The results point to the importance of affectionate, caring and empathic relationships among the team members, for better defusing of practice-related daily conflicts.

KEY WORDS: Family Health. Family Health Program. Primary Health Care. Burnout, Professional. Health Manpower. Interprofessional Relations. Qualitative Research.

¹ Eugenio Paes Campos, médico e psicólogo. Doutor em Psicologia, Docente do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)

² Adriana Nunes Chaves, enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Mestre em Educação, Coordenadora de UBS FESO; Docente do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO); Diretora do Departamento de Atenção Básica/ Saúde da Família da SMS de Teresópolis/RJ. E-mail: drichaves@oi.com.br

³ Cassia Murta Pereira, médica, pediatra. Especialista em Saúde da Família, Especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde, Especialista em Ativação em Processos de Mudança na Formação Superior em Saúde, Docente do UNIFESO, Coordenadora do PACS/PSF de Teresópolis, Facilitadora de Educação Permanente.

⁴ Jeanne d'Arc Lima Fontaine, médica, ginecologista/obstetra. Mestre em Educação, Especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde, Docente do UNIFESO, Coordenadora da Equipe de Construção de Problemas do 5º Período do Curso de Graduação em Medicina, Facilitadora de Educação Permanente.

⁵ Leda Jung dos Santos, psicóloga. Mestre em Educação. Docente do UNIFESO e Sub-Coordenadora da Comissão de Ética na Pesquisa (Cep). Preceptora de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Tutora do 3º Período do Curso de Graduação de Medicina.

⁶ Lidia Maria Franco Cardoso, nutricionista. Especialista em Saúde da Família. Docente do Internato Médico no PSF do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO, Facilitadora de Educação Permanente.

⁷ Luiz Guilherme Peixoto do Nascimento, médico sanitário da Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS de Teresópolis/RJ. Coordenador do Internato Médico no PSF e Coordenador de Educação Permanente em Saúde do UNIFESO. Especialista em Pediatria e Saúde Pública. Mestre em Educação. Docente do UNIFESO.

⁸ Viviane da Costa Freitas Silva, enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Docente do UNIFESO, Preceptora de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Chefe da Divisão de Enfermagem da SMS de Teresópolis. Mestre em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, segundo Caplan e Killilea¹, os profissionais de saúde vêm sendo estimulados a funcionarem como suportes sociais para seus pacientes individualmente ou em equipe. Por outro lado, se considerarmos o estresse cotidiano em que vivem tais profissionais, no contato direto com o sofrimento e a morte, fácil é imaginar que, também eles, estejam vulneráveis à doença.

O profissional de saúde é um cuidador sob tensão, na medida que seu objeto de trabalho é uma pessoa doente. No seu cotidiano, vê-se compelido a suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defronta na prática. O resultado todos conhecemos: a frustração, a impotência, a sensação de fracasso, o esgotamento e a doença.

Inúmeras pesquisas²⁻⁸ têm demonstrado, sobretudo entre médicos, uma elevada prevalência de estados de estresse, tidos como estados de tensão do organismo que se instalam frente a qualquer agente que ameace seu equilíbrio ou integridade⁹, e que atingem a exaustão, caracterizando a síndrome do *burnout*. Segundo Alonso e Granado⁶, a síndrome foi descrita pela primeira vez em 1974 por Freudenberg e se refere a um estado de esgotamento psíquico e emocional devido a estresse ocupacional prolongado.

Apesar disso, poucos são os trabalhos que enfocam os profissionais de saúde, enquanto “cuidadores de si mesmos”, ou seja, enquanto pessoas demandando “cuidados”. Assim, a tendência é propor a existência de cuidadores de cuidadores, como a criação, em 1998, em Barcelona, do “Programa de Atenção à Saúde do Médico Enfermo” e reproduzido, no Brasil, pelo Conselho Federal de Medicina a partir de 2003. Outras medidas propostas são: cuidado na seleção dos profissionais; atendimentos individuais e/ou grupais; melhora da organização de serviço e distribuição equitativa e clara das tarefas assistenciais; estímulo a atividades lúdicas ou sociais; atenção especial aos profissionais que estejam apresentando sinais ou sintomas da síndrome de *burnout*. Algumas medidas, todavia, já visam mais diretamente os profissionais, como: encorajar a coesão grupal e estimular o diálogo entre os vários profissionais; promover treinamento específico de como lidar com situações estressantes; favorecer a comunicação entre os vários profissionais; fomentar a participação de todos nas tomadas de decisão; criar grupos de reflexão e supervisão.^{6,10} Nossa proposta é a de que os próprios profissionais, enquanto equipe, se relacionem de modo a dar sustentação uns aos outros. Em outros termos, que funcionem como cuidadores de si mesmos.

A pesquisa pretendeu propiciar às equipes do Programa Saúde da Família (PSF), enquanto cuidadores, a possibilidade de vivenciarem um ambiente de acolhimento a partir do próprio relacionamento da equipe, que lhes permitisse enfrentar o estresse cotidiano da sua prática. Utilizaram-se, para isso, grupos de reflexão por possibilitarem maior interação entre pesquisador e “membros da situação investigada”.

Partimos da premissa que um ambiente afetivo, empático e cuidador facilita o trabalho em equipe. A possibilidade de falar e de ouvir amplia conhecimentos, estimula trocas e reforça vínculos. Favorece o ato de cuidar e ser cuidado, numa relação horizontal que faz circular os papéis de cada um. Tal experiência vai sendo incorporada, como um “saber vivido”, dinâmico e não apenas um “saber sabido” que fica em nível cognitivo e não produz efeitos de mudança efetiva.¹¹

Sustentamo-nos teoricamente em Winnicott¹²⁻¹⁴ e, sobretudo, no conceito de *holding*. Para Winnicott, *holding* é o conjunto de cuidados que o ambiente oferece ao bebê e constitui a base da formação do núcleo da personalidade. As relações empáticas, movidas pelo desejo afetivo dos pais de cuidar do bebê, e a experiência compartilhada que se instaura criam um “campo grupal” que parece ser a sustentação dos cuidados oferecidos e a base para o desenvolvimento adequado do núcleo da personalidade daquele indivíduo.

No decorrer da vida, continuamos a precisar desse “campo grupal”, desse “*holding*”, sobretudo em momentos de crise ou vulnerabilidade. O “campo grupal” funciona tanto como organizador de procedimentos quanto como fomentador de experiências interpessoais, na medida em que permite o afloramento de fantasias e desejos, sua expressão e elaboração (15).

Nas palavras de Winnicott:

“Quando examinamos esse fenômeno evolutivo que se inicia com o cuidado materno e prolonga-se até o interesse da família pelos filhos adolescentes, não podemos deixar de notar a necessidade humana de ter um círculo cada vez mais largo proporcionando cuidado ao indivíduo, bem como a necessidade que o indivíduo tem de inserir-se num contexto que possa, de tempo em tempo, aceitar uma contribuição sua nascida de um impulso de criatividade ou generosidade. Todos esses círculos, por largos e vastos que sejam, identificam-se ao colo, aos braços e aos cuidados da mãe”^{13:130-1}

Cabe ressaltar a correlação existente entre os conceitos de *holding*, enquanto visão psicodinâmica e suporte ou

coesão social, tal como abordado por Gottlieb¹⁶, Sarason¹⁷, Caplan e Killilea¹ e outros. Cobb¹⁸ descreve o suporte social como uma determinada forma de relacionamento grupal em que prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas. A rede grupal constituída é solidária, tem papéis definidos e ocorre de maneira constante, continuada. A resultante é um sentimento de coesão e de apoio que empresta ao grupo subsídios para o enfrentamento da realidade, agindo como fator moderador do estresse.

Em outro trabalho¹⁹, discute-se mais profundamente a relação entre holding, suporte ou coesão social e dinâmica de trabalho entre profissionais de saúde. Aqui procuramos, através dos grupos de reflexão, não só abrir espaço para compreensão dessa dinâmica, como estimular, dentre os membros da equipe, o exercício de um relacionamento autocuidador.

METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde⁹, deve ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada pelo trabalho em equipes multiprofissionais, imprimindo uma nova dinâmica de atuação entre os serviços de saúde e a população. As equipes atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais das equipes aumenta os limites e suas possibilidades de atuação, o que requer desses profissionais novas habilidades e atitudes.

No município de Teresópolis-RJ, as equipes são compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, recepcionistas e auxiliares de serviços gerais, lotados em Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF, inseridas em uma comunidade, com área geográfica delimitada. Para cada equipe básica, é atribuído um número de famílias a serem acompanhadas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis-RJ desenvolve o PSF no município em parceria com a Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO, instituição de ensino da região serrana do estado do Rio de Janeiro, através de convênio de cogestão. Tal parceria permite a inserção dos estudantes dos cursos de graduação na rede de serviço. Destacamos os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO). Esses estudantes atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) em atividades que possibilitam a integração ensino/

serviço/comunidade. A FESO responde pela capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde lotados nas várias unidades.

A tabela abaixo apresenta as Unidades de Saúde da Família, número de equipes, famílias cadastradas e pessoas acompanhadas:

Unidades	Equipes	Famílias Cadastradas	Pessoas Acompanhadas
Araras	1	1.575	5.304
Barra do Imbuí	1	1.300	4.246
Beira Linha	1	968	3.154
Fonte Santa/01	1	1.019	3.459
Fonte Santa/02	1	822	2.668
Quinta Lebrão	1	1.164	4.096
Granja Florestal	1	1.163	4.096
Granja Guarani	1	833	2.838
Meudon /01	1	1.386	4.561
Meudon /02	1	1.302	4.040
Perpétuo	1	581	2.059
Rosário	1	1.471	5.131
Vargem Grande	1	1.238	4.241
Venda Nova	1	947	3.087
Total	14	15.769	52.980

Fonte: SIAB - dezembro/2007

Número de profissionais por categoria que atuam no PSF:

Categoria Profissional	Número
Médico	14
Enfermeiro	14
Auxiliar/técnico de Enfermagem	22
Agente Comunitário de Saúde	83
TOTAL	133

Fonte: SIAB - dezembro/2007

A organização da estratégia no município orienta-se segundo diretrizes operacionais pré-definidas que norteiam a forma de funcionamento das unidades e a prática das equipes e linhas estratégicas de ação. Há de se destacar que o município tem buscado, para além do cumprimento de diretrizes operacionais, explorar todas as potencialidades da estratégia no sentido de alcançar equidade e integralidade na assistência à saúde.

Consideramos como processo de trabalho não só os aspectos organizacionais, mas também os relacionais, intersubjetivos e interativos que se desenvolvem no ambiente laboral.²¹ Nestes termos, com o propósito de criar espaços de escuta e fala, objetivando o fortalecimento das relações existentes entre as equipes de trabalho, consideramos a idéia do “bom” *holding* como referência para estimular a equipe a tornar-se cuidadora de si mesma. Para tanto, pesquisamos a dinâmica de funcionamento e relacionamento de quatro

equipes básicas, inserindo-nos como coordenador de um grupo de reflexão sobre a tarefa desses profissionais junto ao PSF.

O conteúdo registrado das reuniões e a dinâmica observada foram confrontados com a referência teórica de Winnicott, sobretudo sua descrição sobre a dinâmica do holding, propiciando, assim, efetuar uma leitura sobre o modo de funcionar da equipe e as mudanças nela verificadas no decorrer da intervenção. A escolha da metodologia clínico-qualitativa se justificou pelo fato de que os grupos de reflexão possibilitam maior interação entre pesquisador e membros da situação investigada e, em consequência, maior compreensão da situação em pauta. Como diz Turato²³: “o pesquisador percebe, em si, angústias e ansiedades de âmbito pessoal, deixa-se mover deliberadamente por elas para buscar a compreensão profunda das questões humanas e, identificando-se com o outro (o sujeito-alvo de seu estudo), acolhe as angústias e ansiedades deste”.^{23:226} Ou seja, assume postura clínica, assim definida pelo autor:

É a postura de acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador, assumida por este profissional, que assim inclina sua postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, que interage com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação em direção àquela pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente, empreendendo de forma sistematizada uma pesquisa dos fenômenos como percebidos por este indivíduo, e sendo primitivamente movido pelo desejo de ajuda a quem sofre.^{23:240}

Etapas:

Contatamos, inicialmente, o gestor municipal (secretário de saúde) para apresentação do projeto e aprovação de sua execução. Em seguida, contatamos os profissionais da unidade para sensibilizá-los / convidá-los para a tarefa, esclarecendo seus objetivos e as etapas a serem cumpridas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Serra dos Órgãos da Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO, e todos os membros das equipes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após receberem informações verbais e escritas sobre o estudo. A pesquisa desenvolveu-se em quatro unidades do PSF de Teresópolis, distribuindo-se os pesquisadores em duplas para cada uma das unidades, além de um residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da FESO.

Descrição das reuniões

As reuniões com as equipes aconteceram nas próprias unidades, uma vez por semana, durante quatro meses, em horário previamente combinado. Cada reunião teve a duração de 60 minutos. Foram realizadas de 13 a 15 reuniões com cada equipe, com a participação de 11 a 15 membros e comparecimento médio de 83% dos membros.

As reuniões foram coordenadas por um dos pesquisadores, sendo o outro, secretário, e o residente, observador. Ao secretário cabia registrá-las por escrito, imediatamente após sua realização, descrevendo as falas, mas, sobretudo, a dinâmica observada. Para cada reunião havia um objetivo, assim definido:

1ª reunião: apresentação do projeto

2ª e 3ª reuniões: preenchimento de questionário sobre estresse e folha livre (onde se solicitava que descrevessem seus sentimentos atuais em relação ao trabalho) e descrição do modo como se organiza e desenvolve o processo de trabalho.

4ª e 5ª reuniões: listagem dos aspectos gratificantes do trabalho da equipe (solicitava-se que enunciassem livremente os aspectos que consideravam positivos no trabalho e, a seguir, por consenso, definissem os cinco principais aspectos); repetição da mesma dinâmica para os aspectos estressantes.

6ª a 12ª reuniões: discussão sobre cada um dos cinco pontos negativos (aqui se procurava identificar como a equipe lidava com os aspectos estressantes e como poderia fazer para melhor lidar com eles).

13ª a 15ª reuniões: avaliação, através de novo preenchimento do questionário e da folha livre e depoimentos verbais dos membros da equipe sobre os possíveis resultados da nossa intervenção.

O tempo todo estimulou-se a livre discussão, o acolhimento às divergências de pontos de vista ou de atitude e a tentativa de encontrarem soluções consensuadas, sempre que possível. Admitia-se a discussão de aspectos concretos de organização do trabalho, mas visando à dinâmica da equipe no sentido da coesão grupal e melhoria da efetividade do trabalho desenvolvido. O roteiro estabelecido para as reuniões variou um pouco de equipe para equipe, conforme o andamento das reuniões. Eventualmente, usamos técnicas

específicas de dinâmica de grupo, quando a reflexão não fluía satisfatoriamente.

RESULTADOS

O comparecimento médio de frequência às reuniões foi de 83% dos membros da equipe.

Depoimentos verbais:

Nas reuniões de avaliação, solicitamos aos membros do grupo que dessem seu depoimento sobre: possíveis modificações na dinâmica das equipes e sugestões sobre a pesquisa, no sentido do que deveria ser mantido e o que deveria ser modificado. Apresentamos, em seguida, uma síntese desses depoimentos.

Mudanças havidas na dinâmica das equipes e, em consequência, redução do nível de estresse, no decorrer das reuniões:

Equipe A

A equipe já funciona numa dinâmica que lhe permite enfrentar satisfatoriamente o estresse do trabalho

Equipe B

Houve alívio da tensão gerada pelo modo como a enfermeira se relacionava com o restante da equipe. A presença da médica que entrou na equipe funcionou como agente agregador.

Equipe C

Estão se entendendo mais. A presença dos alunos, todavia, aumenta o estresse. Houve melhora no relacionamento entre ACS e enfermeira, recepcionista e auxiliar administrativo.

Equipe D

Houve alívio da tensão gerada a partir da possibilidade de ser resolvida a situação dos técnicos de enfermagem que não recebem gratificação por insalubridade.

Mudanças no processo de trabalho da equipe, sobretudo em relação ao espaço de reflexão:

Equipe A

Não houve mudanças porque, segundo a equipe, o trabalho já vinha se dando de forma organizada. O espaço de reflexão existe nas reuniões semanais da equipe, sendo

um momento de relaxamento, e onde falam de trabalho e de suas vidas particulares. O que eles necessitam é de um suporte externo para os problemas burocráticos.

Equipe B

A equipe resolveu retomar as reuniões regulares com o intuito de discutir o processo de trabalho e o relacionamento entre eles.

Equipe C

Algumas pessoas disseram que sim e outras disseram que estão tentando. Propôs-se que seja mantido um espaço para poderem falar dos seus problemas no trabalho.

Equipe D

A equipe resolveu retomar as reuniões regulares com o intuito de discutir o processo de trabalho, realizando-as mensalmente, e realizar atividades fora da Unidade e em outros horários e espaços, com o intuito de estreitar o relacionamento entre eles.

Sugestões sobre a dinâmica da pesquisa, no sentido do que deva ser mantido e o que deva ser modificado:

Equipe A

A opinião, em geral, é que a dinâmica adotada foi boa, devendo ser mantida. Alguns momentos foram considerados repetitivos.

Equipe B

Aumentar o tempo de cada reunião e levar o projeto para outras equipes.

Equipe C

Especificar com mais clareza os objetivos dos encontros; garantir a confiança entre os participantes, coordenador e observador; evitar faltas, por parte do coordenador e observador; manter as reuniões e fazê-las mais longas; e fazer a apresentação (devolução) dos resultados.

Equipe D

Continuar com as reuniões mensalmente e levar o projeto para outras equipes.

Relação dos principais aspectos gratificantes e estressantes no trabalho das equipes:

Durante as reuniões, as equipes enunciaram uma série de aspectos que os gratificavam e, outros que os estressavam

no decorrer do trabalho e, por consenso, definiram aqueles que consideravam mais importantes.

Número de profissionais por categoria que atuam no PSF:

Aspectos gratificantes	Aspectos estressantes
Relativos à equipe: dinamismo, entrosamento, organização de trabalho, cooperação, confiança, seriedade, amizade / cumplicidade, aprendizado / troca no dia a dia, crescimento da equipe.	Aspectos materiais: espaço físico insuficiente e/ou inadequado; demanda excessiva; falta de medicamentos; falta de manutenção; falta de segurança; burocracia.
Relativos aos pacientes e à comunidade: disposição e iniciativa de atender e ajudar a comunidade; convivência com os usuários; retribuição e reconhecimento da comunidade.	Aspectos de relacionamento: dificuldade de relacionamento / comunicação com alunos, pacientes e equipe; falta de parceria; falta de interatividade com a comunidade; sensação de impotência para ajudar e receber ajuda; cobrança excessiva.
De ordem pessoal: persistência para buscar soluções; capacidade de envolvimento e compromisso com a tarefa; resiliência.	

Fonte: SIAB - dezembro/2007

Análise da folha livre:

Verificamos, nos depoimentos escritos, que há predominância do sentimento de satisfação com o trabalho, além do sentimento de perseverança e “vontade de acertar”. Em função dos problemas e dificuldades do cotidiano, apareceram algumas queixas tais como burocracia, excesso de tarefas, falta de medicamentos, de pessoal e de equipamentos, salários insuficientes. Comunicação / relacionamentos interpessoais somados, algumas vezes, a problemas de ordem pessoal ocorrem também. Ainda foram mencionados sentimentos de falta de apoio, de união e de reconhecimento, além de frustração, desânimo, desmotivação, angústia, indignação.

Relato da evolução da dinâmica das equipes.

Equipe A:

A equipe, desde o início, mostrou-se organizada e receptiva. Participativos, entrosados e cuidadores uns dos outros sempre cumprindo o horário previsto. Todos participavam espontaneamente ou quando estimulados, sendo respeitado o momento de fala de cada participante, apesar de ser notada certa liderança na fala da enfermeira, o que não comprometia o andamento do trabalho, pois essa liderança era vista, pela equipe, como positiva.

O médico da equipe, apesar de estar sempre presente às reuniões, aparentava pouca motivação (até mesmo em relação ao lugar onde sentava - sempre o mesmo, na porta, quase no corredor). Porém, quando estimulado a falar, sempre trazia contribuições e a equipe estimulava sua participação com a frase: “fala, doutor”.

Equipe B

O grupo funcionava bem em termos de organização de serviço. A enfermeira era a líder, com boa capacidade de organização, mas extremamente exigente. Não era agressiva, mas muito rígida. A equipe começou a se sentir ameaçada e com grande dificuldade para dialogar. Relatavam “preferências” e “intrigas”. Declaravam que o antecedente dessa equipe era de desorganização e descumprimento de tarefas e reconheciam que a ida da enfermeira fora capaz de “por ordem na casa”.

Nas primeiras reuniões praticamente todos diziam “estar tudo bem”, mas, aos poucos, foram surgindo evidências de que o relacionamento interpessoal estava muito ruim, sobretudo atribuído ao comportamento da enfermeira.

O desenrolar das reuniões foi propiciando que as pessoas falassem mais francamente. Utilizamos algumas dinâmicas tentando “quebrar o gelo”. Houve boa pontualidade e assiduidade da equipe às reuniões e, ao final, havia sempre um lanche de confraternização oferecido pela própria equipe.

Quase ao final do período de reuniões, entrou uma nova médica que agiu como agregadora ao acolher a equipe sem desmerecer a enfermeira.

O clima, no fim da intervenção, já era um pouco mais descontraído e houve a decisão de retomarem as reuniões de equipe, quinzenalmente, com espaço para discussão das relações entre os profissionais.

Equipe C

A equipe, desde o início, mostrou-se apreensiva, desconfiada e descrente com a proposta. As pessoas demoravam a chegar até a sala, pois quase sempre estavam envolvidas com outras atividades. Às vezes a sala onde ocorreria a reunião estava ocupada. Após o início, as pessoas demoravam a se sentirem à vontade, mas, aos poucos, iam participando e isso fazia com que, ao se aproximar o término da reunião, elas mesmas manifestassem desejo de continuar porque “agora é que está bom”.

Em muitos momentos, tivemos que fazer um grande esforço para que as questões pudessem ser ditas mais claramente e, até mesmo, para que pudessemos entender e identificar os “nós estressantes” daquela equipe.

Equipe D

Desde o início, houve participação de todos. Poucos saíam da sala durante as reuniões e quase nunca se retiravam antes do término. Não havia conversas paralelas. Em geral, as reuniões foram tranquilas, à exceção de duas ou três, que foram mais tumultuadas pela presença de pessoas que não faziam parte da equipe. Em alguns dias, prevalecia a fala de alguns, mas se dava continuidade ao assunto em outra reunião, para que as demais pessoas pudessem ser ouvidas. Era visível a preocupação com a comunidade e a vontade de ajudar, de fazer algo pelo outro.

DISCUSSÃO

As equipes demonstram, em geral, desejo de cuidar dos pacientes. Não há, todavia, em termos de organização de trabalho, oportunidade de se estabelecerem objetivos comuns e de se buscarem decisões compartilhadas, em função da ausência de lideranças agregadoras e com autoridade suficiente para coordenação e facilitação desse processo. Algumas decisões que poderiam estar no âmbito das equipes, habitualmente, são tomadas em outras instâncias, diminuindo a possibilidade do compartilhamento e comprometimento coletivo.

As reuniões de equipe, muitas vezes, são desvalorizadas ou não acontecem. Quando acontecem, prendem-se, exclusivamente, a questões burocráticas ou organizacionais. Geralmente não há processo de avaliação das ações e dos resultados realizados e/ou discutidos pela equipe. Os espaços de educação permanente, do mesmo modo, não acontecem ou são desviados para outras finalidades, deixando de cumprir seu papel importante no apoio às equipes. A efetividade do trabalho cai e a frustração com a falta de resultados aumenta.

As dificuldades de comunicação e o relacionamento interpessoal quase nunca encontram espaços e tempo adequados e suficientes para serem identificados e elaborados, gerando-se e perpetuando-se conflitos e suas consequências, como agressividade, resistência velada ou explícita, desânimo, desmotivação, descrença, descuido e descaso. Deixam de prevalecer sentimentos de cuidado, afetuosidade, acolhimento, coesão e sustentação entre os membros da equipe.

Observa-se, sobretudo nos relatos e no contato pessoal com as equipes, um significativo nível de estresse e de exaustão diante do trabalho, só sustentado pela necessidade de manter o emprego e pela satisfação interna de poder trabalhar na profissão escolhida que é a de oferecer cuidado e ajuda às pessoas que deles necessitem.

Pudemos constatar, todavia, que algumas equipes já funcionam de forma coesa, destacando-se nelas a predominância de relações amistosas, comunicação aberta e franca, preocupação com as tarefas uns dos outros, existência de reuniões regulares da equipe com compartilhamento de decisões e de angústias. Observamos que tal dinâmica depende, em boa parte, de uma liderança (ou lideranças) claramente definida(s), aceita(s) pelo grupo e com postura agregadora que envolve(m) todo o grupo nas decisões e na corresponsabilidade das tarefas.

Se considerarmos, como atributos básicos do holding, as relações afetuosas, empáticas e cuidadoras, bem como a necessidade de encontros regulares onde se tecem os vínculos de coesão e suporte, observamos, nas equipes A e D, a predominância desses atributos.

Constatamos, ainda, que a nossa intervenção não produziu mudanças sensíveis no processo de trabalho, a não ser a retomada das reuniões de equipe, e esse é um ponto importante porque, embora estejamos refletindo sobre as tensões no trabalho e, assim, inevitavelmente, estejamos envolvendo o processo de trabalho, ficou claro que as dificuldades maiores ocorrem a partir dos conflitos de relacionamento que obstaculizam a discussão e funcionamento das rotinas e normas estabelecidas nesse processo. É certo que um “mau” processo de trabalho gera tensão e desconforto na equipe que, todavia, são atenuados, e até certo ponto superados, quando o relacionamento interpessoal da equipe é bom. Por isso, devemos privilegiar a discussão sobre a dinâmica da equipe e os relacionamentos, que trará, como consequência, efeitos positivos sobre o processo de trabalho.

Não conseguimos estabelecer relação nítida entre o nível de estresse da equipe e o grau de coesão dessa equipe, talvez por dificuldade de conceituação do estresse e falta de instrumentos adequados para medi-lo. Ou porque o resultado obtido com a dinâmica da coesão talvez seja o sentimento de bem estar, acolhimento e suporte que o grupo gera no seu interior, independente do nível de estresse vivenciado. Parece-nos que a equipe que funciona de modo coeso encontra força para enfrentar as tensões inevitáveis do cotidiano do trabalho, desempenhando-o de modo produtivo e prazeroso.

Verificamos que o objetivo a alcançar passa por mudança comportamental e que a presença de um facilitador é primordial na dinamização do campo grupal, onde ocorrem as reuniões com as equipes. O facilitador estimula a abertura e ocupação do espaço de escuta, de troca (de informações e de afetos), de questionamentos e a busca de novas perspectivas, de construção coletiva e de cuidado mútuo.

O exercício dessa dinâmica cuidadora instaura um ambiente de “holding”, à feição do que ocorre nos primórdios do nosso desenvolvimento, conforme nos diz Winnicott, e propicia, aos membros da equipe, assumirem posição ativa ante o próprio trabalho, remetendo-os ao encontro consigo mesmos, ao reforço da auto-estima e à possibilidade de melhor cuidarem de si e dos outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de falar, de ser ouvido, propicia sensação de acolhimento e de valorização pessoal contribuindo para um olhar mais “positivo” em relação aos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho. Destaque-se que muitos desses problemas são habitualmente camuflados por receio de retaliações, mas permanecem agindo de forma não percebida, gerando entraves ao fluxo de trabalho e relações desconfortáveis (embora aparentemente satisfatórias) entre os membros da equipe.

O desejável é que o espaço de diálogo e reflexão criado pelo projeto possa ter propiciado uma “experiência corretiva” nos profissionais que participaram das reuniões e, assim, possa favorecer a vivência, nas reuniões regulares de equipe e nas reuniões de educação permanente, de um espaço adequado à elaboração de conflitos e divergências e ao estabelecimento de estratégias adequadas de trabalho.

Tais espaços de reunião e o modo de funcionarem deveriam ser garantidos e estimulados pelos gestores de forma regular e continuada. A contribuição das instituições formadoras poderia se dar na capacitação de lideranças junto às equipes, que fossem capazes de promover o diálogo e a reflexão, indispensáveis à identificação dos pontos de tensão existentes, bem como à busca de soluções consensuadas e compartilhadas. O melhor espaço de capacitação parece-nos serem as reuniões de educação permanente. Nesse sentido, cabe aos facilitadores da EP estarem também habilitados no manejo dessa dinâmica dialógica e reflexiva das equipes.

Cabe verificar, através de outros estudos, se o relacionamento coeso de uma equipe diminui efetivamente a possibilidade da ocorrência da síndrome do burnout e quanto contribui para o desempenho produtivo e prazeroso dessa equipe.

REFERÊNCIAS

1. Caplan G, Killilea M. Support systems and mutual help. New York: Grune & Stratton; 1976.
2. Meleiro A. O Médico como paciente. São Paulo: Lemos; 1999.
3. Mello Fº J. Conceção psicossomática. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1979.
4. Farlane DMC, Duff EMW, Bailey EY. Coping with occupational stress in an accident and emergency department. *West Indian Med J.* 2004; 53(4):242.
5. Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003. 299 p.
6. Alonso CF, Granado JR. Prevención en salud mental dirigida a profesionales de atención primaria. In: Misol RC, organizador. *Guía de salud mental en atención primaria.* Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2001. p. 53-65.
7. Caregnato RCA, Lautert L. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. *Rev Bras Enferm.* 2005 set-out; 58, 5:545-50.
8. Franca ACM, Rodrigues AL. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 2002.
9. Selye H. Stress, a tensão da vida. São Paulo: IBRASA; 1965.
10. Carvalho VA. Cuidados com o cuidador. *Mundo da Saúde.* 2003 jan/mar.; 27(1):138-46.
11. Maranhão RMCS. A reforma psiquiátrica, as transformações na assistência: nova posição subjetiva nos trabalhadores de saúde mental. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica; 1999. Projeto de doutorado em psicologia.
12. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
13. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
14. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

15. Mello F^o J. O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

16. Gottlieb B. Social networks and social support. Califórnia: Sage Publication; 1981.

17. Sarason BR, Sarason, IG, Pierce GR. Social Support: an interactional view. New York: John Wiley & Sons; 1990.

18. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976; 38(5):300-14.

19. Campos EP. Quem cuida do cuidador. Petrópolis: Vozes, 2005.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

21. 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.

22. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes, 2003.

Submissão: outubro de 2008

Aprovação: março de 2009
