

Psicologia do Trabalho na Saúde da Família: investigação e intervenção

SANDRA FOGAÇA ROSA RIBEIRO
GABRIELA RIEVERES BORGES DE ANDRADE
FLAVIA CLAUDIA KRAPIEC JACOB DE BRITO
Organizadoras



2017

Livro patrocinado pela Fundect



**GOVERNO DO ESTADO
DE MATO GROSSO DO SUL**

Reinaldo Azambuja Silva
Governador do Estado



Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino,
Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul

Davi José Bungenstab
Diretor | Presidente

Editora filiada à



**Associação Brasileira
das Editoras Universitárias**

Universidade Federal da Grande Dourados

Reitora: Liane Maria Calarge

Vice-Reitor: Marcio Eduardo de Barros

Equipe EdUFGD

Coordenação editorial: Rodrigo Garófalo Garcia

Divisão de administração e finanças: Givaldo Ramos da Silva Filho

Divisão de editoração: Cynara Almeida Amaral,

Marise Massen Frainer, Raquel Correia de Oliveira

e Wanessa Gonçalves Silva

e-mail: editora@ufgd.edu.br

A presente obra foi aprovada de acordo com

a Chamada Fundect/SECTEI nº 26/2015 - PUBLICA- MS.

CONSELHO EDITORIAL

Rodrigo Garófalo Garcia

Marcio Eduardo de Barros

Clandio Favarini Ruviano

Angela Dulce Cavenaghi Altemio

Gicelma da Fonseca Chacarosqui Torchi

Rogério Silva Pereira

Eliane Souza de Carvalho

A revisão textual e a normalização bibliográfica deste livro são
de responsabilidade dos organizadores e autores.

Revisão de texto: Jeane Mari Sant'ana Spera

Projeto gráfico: Marise Massen Frainer

Imagens de capa e contracapa: Ronan Carlos da Cunha Fernandes,

Faces e fases e *Em comunidade e saúde*, 2017

Capa: Guilherme André de Campos

Diagramação, impressão e acabamento: Triunfal Gráfica e Editora – Assis – SP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974

Psicologia do trabalho na saúde da família : investigação e
intervenção. / Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Gabriela Rievers
Borges de Andrade, Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito
(organizadoras). -- Dourados, MS: Ed. UFGD, 2017.

131p.

ISBN: 978-85-8147-139-6

Possui referências.

1. Psicologia. 2. Saúde do trabalhador. 3. Saúde da família.

I. Ribeiro, Sandra Fogaça Rosa.

CDD – 362.82

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.

©Todos os direitos reservados. Permitida a publicação parcial desde que citada a fonte.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
PREFÁCIO	9
CAPÍTULO 1 ENCONTROS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE CUIDADO <i>Franciely Oliani Pietrobon</i> <i>Taís Chiodelli</i> <i>Sandra Fogaça Rosa Ribeiro</i>	11
CAPÍTULO 2 TRABALHADORES DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE CUIDADO NUMA PERSPECTIVA CRÍTICA <i>Angelo Luiz Sorgato</i> <i>Renisson Costa Araújo</i> <i>Sandra Fogaça Rosa Ribeiro</i>	35
CAPÍTULO 3 PSICOLOGIA DO TRABALHO E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE <i>Fernanda Aran Colman Batista Barros</i> <i>Sandra Fogaça Rosa Ribeiro</i>	47
CAPÍTULO 4 GRUPO DE REFLEXÃO E ESCUTA: INTERVENÇÃO COM AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE <i>Natani Chaves Nascimento Marques</i> <i>Sandra Fogaça Rosa Ribeiro</i>	65
CAPÍTULO 5 TRABALHANDO RESISTÊNCIAS: QUANDO UM PEQUENO PASSO É UM GRANDE PASSO <i>Andressa Salvino de Matos</i> <i>Edimara Soares da Silva</i> <i>Gabriela Rieveres Borges de Andrade</i>	81

CAPÍTULO 6

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A INOVAÇÃO DO COTIDIANO

Lara Palicer de Lima

Paola Souza de Castro

Gabriela Rieveres Borges de Andrade

95

CAPÍTULO 7

A MUDANÇA NOS PEQUENOS ATOS

Ronan Carlos da Cunha Fernandes

Gabriela Rieveres Borges de Andrade

113

SOBRE OS AUTORES

129

APRESENTAÇÃO

*Penso que não se pode ser psicólogo se não se é, ao mesmo tempo,
um investigador dos fenômenos que se querem modificar*

José Bleger

Esta coletânea sobre investigação e intervenção da Psicologia do Trabalho na Saúde da Família reúne experiências de estágio de Psicologia do Trabalho e Gestão do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, fundamentada em duas pesquisas recentes desenvolvidas por alguns dos autores desta coletânea: “Educação Permanente em Saúde: processo de gestão e formação no Mato Grosso do Sul”, financiada pela FUNDECT/DECIT-MS/CNPq/SES Nº 04/2013, e “Sofrimento Psíquico do Agente Comunitário de Saúde: revisão bibliográfica”, financiada pelo PIBIC-CNPq. Embora a primeira pesquisa tenha tido uma abrangência estadual, muitas das ações da pesquisa foram realizadas na mesma cidade onde ocorreu o estágio, possibilitando um aprofundamento das intervenções ao longo dos anos de 2013, 2014 e 2015. Trata-se de uma temática relevante, uma preocupação do Conselho Federal de Psicologia desde 2006, segundo diretrizes consolidadas no “I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS”. Assim, esse estágio contribuiu para a formação de profissionais preparados para atuar na região, inovando práticas nesse campo interdisciplinar da Psicologia e Saúde Coletiva.

Os relatos da coletânea tiveram como palco a Saúde da Família, estratégia principal de potencialização da Atenção Básica, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), referendada em 2014 pelo Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). O objetivo geral é socializar as informações acerca da compreensão e intervenção da psicologia no campo da saúde coletiva, especificamente na Saúde da Família de uma cidade do interior do estado do Mato Grosso do Sul. Os objetivos específicos foram: descrever e analisar as ações de intervenção no processo de trabalho nas unidades de saúde, possibilitar uma reflexão aos leitores sobre as condições e processo de trabalho e incentivar propostas de melhoria da saúde dos trabalhadores.

Essa formação foi realizada associada de forma intrínseca à pesquisa, na medida em que o psicólogo é também um investigador do contexto que pretende modificar, baseado nas reais demandas dos sujeitos envolvidos. Todo o processo buscou ressaltar a importância da investigação como um processo contínuo, no dia a dia das intervenções, coerente com os princípios norteadores da Educação Permanente em Saúde, possibilitando uma renovação e adequação das ações.

No ano de 2013, as experiências foram realizadas em duas unidades: em uma a intervenção foi direcionada à categoria dos Agentes Comunitários de Saúde e, na outra, aos auxiliares de enfermagem. No ano de 2014, as duas unidades contaram com intervenções específicas para os Agentes Comunitários de Saúde. Em 2015, as experiências ocorreram em contextos bem diferenciados, em três unidades de saúde, com intervenções realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde.

Nos três anos, tais experiências apontaram o desafio de identificar questões em contextos organizacionais diversos, por meio do aporte teórico da Psicodinâmica do Trabalho e princípios norteadores da Educação Permanente em Saúde. Nesse sentido, três perguntas podem nortear o leitor: quais os desafios das equipes de saúde da família em uma cidade de médio porte? Como esses diferentes contextos organizacionais refletem no trabalho dos agentes comunitários de saúde? E, por último, uma questão que desafia os psicólogos: como podemos atuar levando em conta questões interdisciplinares, que envolvem saberes de áreas como a Psicologia e a Saúde Coletiva? Embora as respostas não sejam simples, nem exaustivas, será possível encontrar algumas pistas nos capítulos desta coletânea. Em seguida, será exposto um breve destaque de cada intervenção, visto que as propostas serão detalhadas nos capítulos da coletânea. A expectativa é que o público alvo deste material utilize essas informações, adequando-as às suas necessidades, seja o profissional de saúde, seja o acadêmico ou o pesquisador das universidades da região.

O capítulo 1, **Encontros com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado**, mostra que, por meio da leitura teórica da Psicodinâmica do Trabalho, foi possível identificar demandas tanto na estrutura quanto na dinâmica do trabalho da unidade de Saúde da Família. Observaram-se problemas no trabalho em si, além de sofrimento, o que possibilitou a reflexão dos trabalhadores e a atribuição de outros sentidos, dependendo do modo peculiar e singular de produzirem, sobreviverem e estruturarem-se psiquicamente.

O capítulo 2, intitulado **Trabalhadores de saúde: uma proposta de cuidado numa perspectiva crítica**, aborda as questões sobre a saúde do trabalhador, utilizando referências marxistas, com aportes da Psicodinâmica do Trabalho, e

propõe intervenções com os auxiliares de enfermagem da unidade, procurando oferecer um ambiente gerador de reflexões e caminhos mais saudáveis para a realização do trabalho.

O capítulo 3, **Psicologia do trabalho e os agentes comunitários de saúde**, enfatiza a realização de grupos de discussão com os Agentes Comunitários de Saúde para proporcionar um espaço de reflexão sobre o processo e as relações de trabalho, oferecendo um instrumento valioso para situações em que surgem tensões grupais decorrentes das realizações de tarefas no trabalho. Foi uma das unidades que mais aderiu à proposta do estágio, dando suporte para que os grupos ocorressem com relativa tranquilidade.

O capítulo 4, com a temática **Grupo de reflexão e escuta: intervenção com agentes comunitárias de saúde**, deu ênfase para a forma como a Psicologia do Trabalho e Gestão vem abarcando o grande bloco das organizações, seus aspectos e fenômenos psicossociais envolvidos, e o trabalho, propondo intervenção com as Agentes Comunitárias de Saúde.

No capítulo 5, **Trabalhando resistências: quando um pequeno passo é um grande passo**, as reflexões realizadas nos grupos de Agentes Comunitários de Saúde ajudaram a sinalizar novas possibilidades de relacionamento no trabalho, num contexto em que predomina uma resistência à mudança, advinda da persistência de problemas numa equipe que trabalha junto há longa data.

No capítulo 6, **O agente comunitário de saúde e a inovação do cotidiano**, os desafios que perpassam a consolidação de uma equipe de saúde, apontados vastamente na literatura, estão intensamente presentes no cotidiano da unidade estudada. A atuação da psicologia em uma equipe experiente e estruturada exige um trabalho inicial cuidadoso, a fim de quebrar a desconfiança inicial, superada posteriormente. Os Agentes Comunitários de Saúde, movidos por um desejo de inovação, desafiaram as estagiárias a intervirem de modo criativo.

No capítulo 7, **A mudança nos pequenos atos**, a rotina da unidade se coloca como desafio para criar um espaço de coletividade, onde aparentemente só existem ações imediatas, resolução de problemas e processos de adoecimento dos profissionais. O acolhimento e a escuta tornam-se os instrumentos principais do psicólogo, possibilitando criar novos significados e sentidos do trabalho. A criação de um espaço de fala tem um efeito transformador e ganha proeminência a mudança advinda de pequenos grandes atos: reunir, falar, escutar.

Apesar das especificidades de cada intervenção, cada capítulo será apresentado numa sequência que consta de introdução, métodos, resultados/discussão e

considerações finais. Algumas semelhanças no relato dos capítulos foram preservadas, a fim de valorizar a construção teórica e metodológica de cada experiência. Os dados foram analisados e discutidos nas supervisões semanais, coordenadas pelas docentes responsáveis pelo estágio. Com a realização dessas intervenções, foi possível promover um espaço de diálogo e reflexão sobre as práticas do cotidiano de trabalho desses profissionais.

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro
Gabriela Rieveres Borges de Andrade
Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito

PREFÁCIO

Senti-me lisonjeada ao receber o convite para redigir esse prefácio, por saber da importância da atuação e da divulgação dessas experiências de estágio em saúde do trabalhador para a comunidade. Agradeço a gentileza.

Esta coletânea é resultado das atividades realizadas pelas autoras, do esforço e da dedicação junto aos alunos, equipes da Saúde da Família e comunidades.

Apresenta relatos da experiência realizada no estágio de Psicologia Organizacional e do Trabalho, cujo foco principal é a saúde dos trabalhadores das equipes da Saúde da Família.

Das várias possibilidades de atuação nessa área do conhecimento, a escolha desse foco demonstra um compromisso das autoras com a saúde mental dos trabalhadores que vai além da atuação tradicional dos profissionais de Psicologia no mundo do trabalho.

Articula processos de ensino, de pesquisa e de extensão de conhecimentos científicos, contribuindo para a formação e atuação do aluno, ao mesmo tempo que intervém junto aos trabalhadores das diversas comunidades, contribuindo de fato com a saúde pública.

Orientar e registrar os conhecimentos gerados por essas experiências e expor à comunidade as práticas desenvolvidas nos estágios certamente contribuirá para pensar e repensar novos modelos de atuação no campo da Psicologia, Saúde do trabalhador e Saúde Coletiva.

Maria Madalena Lazari Kawashima
Psicóloga Organizacional e do Trabalho

CAPÍTULO 1

ENCONTROS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE CUIDADO

Franciely Oliani Pietrobon

Taís Chiodelli

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

O Programa de Saúde da Família (PSF), principal estratégia do governo federal para o fortalecimento da atenção básica, é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais. Constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange, entre outras ações, a promoção, a reabilitação e a manutenção da saúde. É a porta de entrada do sistema de saúde, mas não se limita a isso: articula-se aos outros níveis de atenção como ordenadora do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

Em razão da importância de tal estratégia, um grupo de estagiários de Psicologia inseriu-se em uma unidade de Saúde da Família durante o ano de 2013, para conhecer as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais e propor, a partir de um diagnóstico institucional, uma intervenção. A equipe multiprofissional tem como função atuar nas ações de promoção e proteção da saúde, recuperação, reabilitação de doenças e prevenção de agravos (BRASIL, 2006a). As equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Em relação aos ACS, em 1997 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que surgiu a partir do processo de consolidação da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), visto como uma importante estratégia para a consolidação do SUS a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde, o PACS é uma das principais estratégias da assistência básica, fazendo um elo entre as comunidades e os serviços de saúde, uma vez que a inserção dos ACS nas ruas possibilita o ca-

dastramento das famílias, estimula a educação da comunidade e previne doenças (BRASIL, 2001).

No processo de fusão entre PACS e PSF (1995 a 1997), o Ministério da Saúde considerou o PSF como uma estratégia prioritária na atenção básica cujos principais objetivos e diretrizes são, segundo Barra (2013):

A prestação de uma assistência integral e contínua na Unidade de Saúde e no domicílio, a humanização das práticas através do estabelecimento de vínculos, a democratização do conhecimento acerca do processo saúde doença e da organização dos serviços e o reconhecimento da saúde e do controle social como direitos de cidadania. E como diretrizes das práticas de trabalho para reorganização da atenção, a integração da rede, o trabalho em equipe, a educação continuada da equipe, a avaliação e monitoramento das ações, o controle social, a realização de diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e a programação local e a intersetorialidade (BARRA, 2013, p. 30).

Segundo Silva e Dalmaso (2002), a partir da implantação do PACS, os ACS tornaram-se centrais do trabalho em saúde e do cenário da reestruturação da atenção básica, contribuindo para a ampliação da cobertura assistencial, ampliando o acesso aos serviços, identificando e encaminhando as necessidades de saúde da população. No que se refere às especificidades do trabalho dos ACS, recomenda-se que esses profissionais residam na área em que trabalham, atendem até 750 pessoas e atuem principalmente em atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas supervisionadas pelo médico ou enfermeiro (BRASIL, 2011).

Ao ACS cabe cadastrar as informações de cada membro das famílias atendidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a respeito de variáveis que influenciam nos processos saúde doença (moradia, condições de saúde etc.), mapear as residências das áreas de risco da comunidade, realizar visitas domiciliares mensais a cada família residente na sua área de atuação, desenvolver ações coletivas, realizar grupos com condições específicas (mães, gestantes, idosos, adolescentes) e desenvolver ações intersetoriais. As visitas são agendadas conforme a necessidade de cada família, e os ACS relatam as condições da residência, se há gestante, diabéticos ou hipertensos, se há crianças que não frequentam a escola, entre outras ações (BRASIL, 2001).

Os ACS são, segundo Espínola e Costa (2006), centrais para a implementação dos programas de saúde voltados para a atenção básica, pois comunicam e

traduzem esses programas para a população. Além disso, constituem o elo entre a comunidade e os outros profissionais, devendo ser, portanto, reconhecidos e valorizados pelos profissionais da saúde.

Diante do exposto, cabe refletir sobre a natureza do trabalho realizado por esses profissionais de saúde, que se estende em várias direções, a partir de vários sentidos. Esses sentidos são atribuídos pela relação que o trabalhador estabelece com os modos de produção que oferecem condições e oportunidades específicas. A depender de cada contexto de trabalho, essas condições específicas podem ter como resultados vivências de prazer ou de sofrimento (ANTOGLA; MENDES, 2009).

Na Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento é entendido como elemento central do processo, sendo inevitável em função das contradições e pressões do sistema de produção vigente (CASTRO-SILVA, 2006). O sofrimento é definido como uma vivência individual ou coletiva de experiências dolorosas como medo, angústia e insegurança, decorrentes da busca de satisfação dos desejos e/ou necessidades do trabalhador e a dificuldade em satisfazê-las, em razão das imposições das situações de trabalho (MENDES et al., 2003).

De acordo com Dejours (2011), a vivência de sofrimento instala-se quando a realidade não oferece as possibilidades de gratificação das necessidades dos trabalhadores. As origens do sofrer encontram-se no contexto de trabalho, em termos de organização, condições e relações sociais; no entanto, o trabalhador pode desenvolver estratégias de enfrentamento diante do sofrimento no trabalho. Essas estratégias referem-se à capacidade dos trabalhadores de se protegerem, ao buscarem alternativas e se apropriarem não só da transformação e reconstrução das condições de trabalho colocadas, mas também da forma como está organizado o processo de trabalho. Assim, os trabalhadores podem buscar soluções coletivas ou individuais para evitar ou amenizar a percepção de uma realidade de sofrimento.

O trabalhador espera ser reconhecido, na medida em que contribui para a realização do trabalho, e o reconhecimento esperado é de natureza simbólica, devendo ocorrer em duas dimensões: reconhecimento no sentido de constatação da sua contribuição individual e reconhecimento no sentido de gratidão, pela contribuição do trabalhador à organização do trabalho (DEJOURS, 2011).

O reconhecimento, portanto, está no centro da construção da identidade de cada trabalhador, possuidor do desejo de realizar coisas e de se autorrealizar. É nessa direção que o trabalhador investe seus esforços, procurando expressar o que é e o que deseja ser. O trabalhador espera, antes de tudo, que suas iniciati-

vas e vontades não sejam frustradas. A construção do sentido do trabalho pelo reconhecimento do sujeito em relação a suas expectativas pode transformar o sofrimento em prazer (CASTRO-SILVA, 2006).

O prazer no contexto do mundo do trabalho é uma situação gratificante vivenciada pelo trabalhador. De acordo com Castro-Silva (2006):

O prazer se expressa pela liberdade, realização, gratificação, reconhecimento, valorização e satisfação no trabalho. De forma direta, é vivenciado por meio de processos sublimatórios e, de forma indireta, pela dinâmica do reconhecimento, que possibilita a ressignificação do sofrimento, ou pela transformação das situações de trabalho, através da mobilização subjetiva (CASTRO-SILVA, 2006, p. 20).

O reconhecimento passa pela construção rigorosa dos julgamentos que dizem respeito ao trabalho realizado, proferidos por pessoas diretamente engajadas na organização do trabalho. Além disso, referem-se ao trabalho realizado, ou seja, sobre o fazer e não sobre a pessoa. No entanto, o reconhecimento da qualidade do trabalho realizado pode inscrever-se na esfera da personalidade, em termos de ganho no registro da identidade. Assim, a retribuição simbólica conferida por reconhecimento pode ganhar sentido em relação às experiências subjetivas e à realização de si mesmo (FORTES, 2009). A falta de reconhecimento implica sofrimento, um tema recorrente no universo do trabalho.

Dejours e Abdoucheli (1994) apontam que o sujeito age sobre o próprio processo de trabalho a partir da reflexão sobre a sua relação com o trabalho, da produção de interpretações sobre essa situação e da socialização dessas interpretações em atos intersubjetivos. Dessa forma, os sujeitos atribuem sentido à sua relação com o trabalho e, a partir disso, organizam suas vivências e condutas.

Nesse sentido, torna-se relevante conhecer a realidade de trabalho dos ACS e também as relações entre eles e os demais membros da equipe. O objetivo do presente estudo foi, portanto, conhecer as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF), de uma cidade do interior do Mato Grosso do Sul, e desenvolver uma intervenção em Psicologia do Trabalho e Gestão. A partir das observações realizadas tanto na estrutura quanto na dinâmica do trabalho da USF, observaram-se os seguintes problemas: o trabalho em si e o sofrimento no trabalho e na sua realização.

Método

O presente estudo faz parte das atividades desenvolvidas no Estágio Supervisionado em Psicologia do Trabalho e Gestão durante o ano de 2013. O estágio foi realizado em dupla, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município do interior do estado do Mato Grosso do Sul, com a supervisão da docente responsável pelo estágio.

A instituição foco deste trabalho tinha, aproximadamente, quinze anos de existência, tendo passado por algumas modificações quanto a sua nomenclatura, em decorrência da implantação do PSF em âmbito nacional. Conforme apontado anteriormente, o Programa Saúde da Família, ou PSF, era o termo utilizado, mas, atualmente, nomeia-se Estratégia Saúde da Família, ou ESF (BRASIL, 2006a). Na unidade estavam instaladas três equipes de saúde da família que atendiam, em média, doze mil pessoas, sendo quatro mil pessoas para cada equipe, conforme previsto pela Portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006a).

Inicialmente, foi estabelecido um convênio entre a universidade e a prefeitura, que selecionou as equipes participantes do estágio. Em seguida, as acadêmicas apresentaram a proposta e os objetivos do estágio para os enfermeiros coordenadores das três equipes de saúde da família. Uma vez que a proposta foi aceita, as acadêmicas deram início às atividades de estágio na USF. O trabalho foi dividido em dois momentos:

1º Momento: observação participante, diagnóstico institucional, devolutiva da observação e apresentação da proposta de intervenção para a equipe.

2º Momento: realização de grupo de reflexão com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

A fim de subsidiar a observação participante, as acadêmicas elaboraram um roteiro. Segundo Minayo (1998), o método da observação participante possibilita “captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (p. 59).

Durante as observações, buscou-se conhecer a forma como o trabalho era organizado, identificar o modo de gestão predominante, conhecer a estrutura física da unidade e focar nas questões psicodinâmicas que se apresentavam no cotidiano de trabalho para, posteriormente, elaborar uma proposta de intervenção em Psicologia do Trabalho e Gestão.

A observação participante durou aproximadamente dois meses e, a partir das observações e supervisões, foi feito um diagnóstico institucional. Em seguida, foi proposto um grupo de reflexão com as ACS das três equipes de saúde da família, com o objetivo de possibilitar reflexões sobre as vivências cotidianas no trabalho e a elaboração de seus significados. Cabe esclarecer que todas as ACS das três equipes de saúde da família eram mulheres, razão pela qual, neste trabalho, será empregado o gênero feminino da palavra “Agente Comunitário de Saúde” para se referir às participantes do estudo.

Optou-se por realizar o grupo de reflexão com as ACS, pois a maioria das questões levantadas no diagnóstico institucional referia-se a dificuldades encontradas por essa categoria profissional na realização do seu trabalho. Além disso, observou-se que não havia um espaço para discussão do processo de trabalho. Ressalta-se que a escolha das ACS não significa que os demais profissionais da unidade não precisavam de alguma intervenção em Psicologia do Trabalho e Gestão, mas, pelo tempo limitado do estágio, decidiu-se concentrar nas ACS.

De acordo com Coronel (1997), o grupo de reflexão representa uma alternativa para os profissionais lidarem com situações mobilizadoras decorrentes do processo de trabalho. Tais situações, por não serem discutidas em um espaço de conversa significativo, acabam tornando-se propiciadoras de sofrimento aos profissionais de saúde, dificultando, conseqüentemente, a concretização das diretrizes da ESF. O grupo de reflexão enfatiza ações como refletir e indagar sobre as tensões oriundas do processo de trabalho. Não tem caráter terapêutico, mas de orientação à resolução das queixas e tensões originadas no trabalho e na convivência institucional.

O grupo de reflexão com as ACS foi realizado em oito encontros semanais, com duração de aproximadamente uma hora e quinze minutos, em locais definidos pelas ACS que, no caso, foram os salões de duas igrejas das proximidades, já que não havia espaço físico na unidade para a realização das atividades do grupo. A proposta estendia-se para as ACS das três equipes e não tinha caráter obrigatório. O número de participantes variou em cada encontro, sendo no máximo 18 e no mínimo oito ACS das três equipes de saúde da família. O grupo foi conduzido pelas duas acadêmicas, e as funções de coordenadora e de cocoordenadora foram divididas entre as duas. O registro de cada encontro foi feito pela cocoordenadora durante a realização do grupo. Os encontros seguiam o seguinte roteiro geral: boas-vindas, agradecimento pela presença, jogo para favorecer a integração do grupo, apresentação do tema do dia, jogo para favorecer a discussão e síntese do

que foi discutido. Por se tratar de um grupo que abrangia mais de 10 participantes, foram utilizados jogos dramáticos para facilitar a comunicação, a integração dos participantes, a execução do grupo e a compreensão/discussão dos assuntos abordados.

Os temas trabalhados em cada encontro foram escolhidos a partir das necessidades apresentadas no diagnóstico institucional e de questões que apareceram durante os encontros. Os seguintes temas foram discutidos no decorrer dos oito encontros: a profissão de ACS; diferentes modos de entender e vivenciar a profissão e vivência; condições de trabalho e as múltiplas demandas para as ACS; vulnerabilidade das ACS perante os segredos da população e a importância do trabalho em equipe; dificuldades encontradas na realização do trabalho em equipe; necessidade de cuidado para ser melhor cuidador; o cuidado de si e as possibilidades de lazer; falta de privacidade; e o caminho percorrido pela ACS. As leituras realizadas ao longo do estágio e os jogos apresentados por Yozo (1996) embasaram o planejamento de cada encontro.

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados relativos aos dois momentos do estágio: observação participante/diagnóstico institucional e grupo de reflexão com as ACS.

Resultados e discussão

A observação participante possibilitou às acadêmicas conhecerem o processo de trabalho das três equipes, as funções de cada categoria profissional, o relacionamento das equipes com a comunidade e a realidade local, a partir de visitas realizadas com algumas ACS de equipes diferentes.

Na unidade de saúde, o trabalho funcionava por meio de um fluxo rigidamente estabelecido: as consultas eram agendadas, mas se atendiam, também, consultas eventuais. Ao ser anunciado, o usuário seguia para a triagem e, depois, era encaminhado para o médico, dentista ou enfermeiro, dependendo da queixa.

Apesar de estrutura física e insumos não serem focos da observação, foi possível notar algumas questões que interferiam desfavoravelmente no processo de trabalho, tais como a insuficiência de espaço para atender as necessidades das três equipes, a falta de ventilação em algumas salas e banheiros não adaptados para cadeirantes. Em relação aos insumos, faltavam materiais de higiene, macas, entre outros.

No que se refere ao processo de trabalho, notou-se: pouco contato entre as equipes, sobrecarga de trabalho e de funções, não reconhecimento pelo trabalho realizado, ausência de um espaço para discussão do trabalho e das vivências, pressa nos atendimentos e falta de tempo para refletir sobre o trabalho, vulnerabilidade diante de algumas questões da população, vínculo exacerbado com a população, excesso de demandas dos usuários e desconhecimento das funções de cada profissional. Além disso, foram observados: desgaste por falta de rede de apoio, falta de privacidade, dificuldade em realizar promoção de saúde e prevenção de agravos, rotatividade dos funcionários na recepção e pacientes políquelosos. A partir dos dados apontados pelo diagnóstico institucional, optou-se por realizar um grupo de reflexão com as ACS das três equipes de saúde família e possibilitar um espaço de diálogo e reflexão sobre as práticas do cotidiano de trabalho dessas profissionais.

Na USF em que as acadêmicas estiveram inseridas, o trabalho das ACS consistia em visitar as famílias cadastradas, agendar consultas, realizar atividades recreativas, ser ouvinte dos problemas dos usuários, atualizar o Portal Nacional de Regulação (SISREG) e o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), além de auxiliar a equipe na ausência de algum profissional. Evidenciou-se, durante a observação, que essas trabalhadoras não eram ouvidas pela equipe, eram pouco valorizadas, e seu trabalho não era reconhecido pela população e pelos outros componentes da equipe.

Ferraz e Aerts (2005) investigaram o cotidiano de trabalho dos ACS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e identificaram a visita domiciliar e a educação em saúde como as principais atividades desenvolvidas por esses trabalhadores. Outras atividades que se mostraram relevantes foram: trabalho de apoio às equipes, busca de prontuários, telefonia e organização e controle do almoxarifado. Outros estudos apontaram, a visita domiciliar como o principal instrumento de trabalho do ACS e a atividade básica desenvolvida no seu cotidiano de trabalho (LIMA et al., 2010; GALAVOTE et al., 2011; COSTA et al., 2013).

O Ministério de Saúde orienta os ACS a realizarem pelo menos uma visita domiciliar a cada família ao mês (BRASIL, 2001). As ACS da USF estudadas apontaram que dificilmente conseguiam visitar todas as famílias durante o mês, não só porque o número de pessoas cadastradas era elevado, mas também porque várias pessoas trabalhavam durante o dia e não estavam em casa no horário do expediente da ACS. Além disso, as ACS utilizavam bicicletas como meio de transporte, e a chuva dificultava a realização das visitas, pois muitas ruas não

eram asfaltadas. As visitas eram realizadas com maior frequência aos hipertensos, gestantes, casas com crianças e idosos ou outras pessoas que apresentavam algum agravo. Comentaram, também, que às vezes precisavam realizar alguma atividade na USF, como responsabilizar-se pela recepção quando algum funcionário faltava, impedindo a realização das visitas. A pesquisa de Ferraz e Aerts (2005) indicou que a maioria dos ACS não visitava todas as famílias mensalmente, visto que parte do seu expediente era destinada à realização de atividades administrativas, o que também acontecia na USF observada pelas estagiárias

O grupo de reflexão buscou propiciar para as ACS a reconstrução do sentido do trabalho, a valorização pessoal, a diminuição do sofrimento e a preparação para agirem diante das demandas da comunidade e entraves relacionados ao processo de trabalho com a equipe. O Quadro 1 apresenta os temas e os jogos utilizados em cada encontro.

Quadro 1 – Temas e jogos utilizados em cada encontro do grupo de reflexão com as ACS, 2013

TEMAS	JOGOS*
ACS: que profissão é essa? Diferentes modos pelos quais cada uma entende a profissão e vivencia, na prática, essa experiência. Condições de trabalho e as múltiplas demandas para a ACS.	“Apresentando o outro” “Jogo da Bola”
Vulnerabilidade das ACS diante dos segredos da população e a importância do trabalho em equipe.	“Conhecendo o outro” “Jogo da Bexiga”
Dificuldades encontradas na realização do trabalho em equipe.	“Fábula do porco espinho” “Telefone sem fio”
Necessidade de cuidado para ser melhor cuidador.	“Jogo das cadeiras” “Jogo do espelho”
Cuidar de si para ser melhor cuidador e possibilidades de lazer.	“Jogo escutatória-modificada” “Formas de lazer”
Falta de privacidade e cuidado de si.	“Autoconhecimento”
Como é o caminho percorrido pela ACS?	“Jogo do novelo de lã”
Encerramento do grupo de reflexão.	“Amigo secreto com presente que não se compra” considerações finais.

*Jogos adaptados do livro *100 jogos para grupo* (YOZO, 1996).

A seguir, serão detalhados e analisados os oito encontros do grupo de reflexão realizados com as ACS de três equipes de saúde da família.

Primeiro encontro: ACS, que profissão é essa?

Todas as ACS estavam presentes no primeiro encontro e dois jogos foram utilizados: “Apresentando o outro” e “Jogo da bola”. No primeiro, formaram-se duplas com ACS de equipes diferentes e solicitou-se que elas conversassem durante cinco minutos e depois apresentassem a colega para o grupo. Esse jogo teve como objetivo conhecer o outro e enfatizar a importância de estabelecer um vínculo com o colega de trabalho para um melhor funcionamento da instituição. Após esse momento, seguiu-se para a apresentação e discussão do tema do dia “ACS: que profissão é essa?”. Para isso, as ACS foram orientadas a apontar uma palavra que definisse sua profissão. O jogo da bola foi utilizado nesse momento para organizar as falas das ACS: quem estivesse com a bola falaria, passando a bola para quem fosse falar em seguida. Isso facilitou a comunicação, pois todas falavam ao mesmo tempo, dificultando a compreensão coletiva. As palavras apontadas foram anotadas em uma cartolina que estava fixada na parede, acessível a todas.

A profissão ACS foi definida com as seguintes palavras: responsabilidade, atenção, respeito, compreensão, resolver os problemas da população, pontualidade, camelo, equilíbrio, prevenção, paciência, humano, dignidade, entusiasmo, ética e responsabilidade, apoio e confiança. A discussão que se seguiu à atividade evidenciou a falta de apoio da equipe em relação ao trabalho das ACS, a sobrecarga de funções, as dificuldades encontradas no dia-a-dia, a falta de comunicação com os enfermeiros e a falta de reconhecimento da população. Algumas ACS comentaram que às vezes precisavam pagar para trabalhar, pois não recebiam incentivo financeiro para a realização de algumas atividades, como oferecer lanche adequado aos usuários no dia do Hiperdia¹. Além disso, não recebiam uniformes, nem material adequado para trabalho, como protetor solar, canetas, cadernos, bolsa etc. Em relação ao protetor solar, comentaram que, quando há, este chega à USF vencido e o uso fica impossibilitado.

Uma ACS informou que percebe seu trabalho como se fosse um “camelo”, uma vez que carrega os problemas da população e da equipe nas costas. Além

1 Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. O termo Hiperdia aparecerá em outros capítulos desta coletânea.

das suas atribuições, o ACS acaba realizando o trabalho de “faz-tudo”. Tal fato desvaloriza sua profissão e indica, tal como apontado por Ferraz e Aerts (2005), que é supostamente capaz de suprir a carência de outros profissionais nos serviços de saúde, na condição de “tapa-buracos”. Ao contrário disso, o trabalho do ACS deveria se dar conforme preconiza a lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulariza a profissão do ACS e estabelece no Art. 3º, parágrafo único, as atribuições dos ACS:

I - A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; II - A promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; III - O registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; IV - O estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; V - A realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e VI - A participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

Ao apontar alguns aspectos da vida dos ACS, Menegussi et al. (2014) observaram que há uma sobreposição de tarefas atribuídas a esses profissionais. Uma possível causa para essa sobrecarga é a rotina administrativa que está presente nas USF e a inexistência de um funcionário específico para realizá-las.

Ao término do primeiro encontro, foi realizada uma síntese das discussões, enfatizando que muitas coisas comentadas por algumas ACS também eram vivenciadas pelas colegas. Isso caracterizava a importância da realização do grupo, pois se pretendia criar um espaço para falarem e serem ouvidas. Além disso, destacou-se que a regularização da profissão do ACS era recente (BRASIL, 2006b) e que elas faziam parte da construção dessa profissão.

Segundo encontro: vulnerabilidade das ACS diante dos segredos da população e a importância do trabalho em equipe

No segundo encontro, buscou-se conhecer os medos e as preocupações da profissão do ACS. Para isso, cada ACS iniciou um desenho em uma folha sulfite que, a cada 30 segundos, era repassada para a colega ao lado que fazia a sua contribuição com o desenho. A atividade foi concluída quando os desenhos retornaram às ACS que o iniciaram. Em seguida, foi solicitado que cada integrante atribuísse

um título ao desenho, descrevendo o que gostaria de ter desenhado e o que realmente foi desenhado.

Observou-se que os títulos evidenciaram o que cada ACS pensava sobre a profissão e, principalmente, as dificuldades encontradas por elas. Os títulos foram os seguintes: “A dura realidade do ACS”, “Falta humanização”, “É preciso ter resistência”, “As dificuldades do ACS”, “Dificuldades que encontro”; essas dificuldades consistiram em: “boca de fumo”, traficantes, medo das pessoas que encontram no caminho, cair de bicicleta, velocidade dos carros, cachorros, pessoas que não atendem a porta, sol, ruas que não são asfaltadas, chuva, morte, portão e portas fechadas. Outros desenhos foram nomeados focando a importância da profissão para a população e a preocupação das ACS em relação aos seus pacientes: “Um dia após o outro”, “Os cuidados necessários”, “Esperança de melhora dos pacientes e do trabalho”, “ACS em ação”, “Um dia tranquilo do ACS”, “Nada é impossível”, “As dificuldades”, “Vida de ACS”, “Uma agente que procura uma maneira possível de finalizar o dia bem”. As ACS apontaram que os desenhos refletiam o que elas sentiam e encontravam no cotidiano de trabalho. Afirmaram ainda que compartilhar isso foi interessante, pois puderam observar que muitas sentiam as mesmas dificuldades.

Essas dificuldades também foram relatadas por Menegolla et al. (2003), em estudo realizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. Os autores mostraram que as ACS encontram diversas dificuldades no desenvolvimento do seu trabalho cotidiano. Dentre tais dificuldades, podem-se citar: a falta de entendimento da população quanto ao seu trabalho, o número elevado de pessoas da comunidade a serem atendidas e o medo e as limitações quanto à resolutividade dos problemas da comunidade.

A importância do trabalho em equipe também foi abordada nesse encontro. O “Jogo das bexigas” consistiu em organizar as ACS em círculo, entregar uma bexiga para cada uma e solicitar que a enchessem. Depois, foram instruídas a imaginarem que estavam no local de trabalho e, com apenas uma das mãos, jogarem as bexigas para o alto e cuidarem para que não caíssem. A cada dois minutos era retirada uma participante, sendo obrigação das demais cuidar da bexiga da colega que havia saído do jogo.

Esse jogo teve como objetivo evidenciar questões sobre o trabalho em equipe e mostrar que, em uma instituição, existem vários setores, cada um com suas responsabilidades. As acadêmicas comentaram que a bexiga era vulnerável e frágil e que, se as ACS não tomassem cuidado, ela poderia estourar. Em seguida, foi

discutido como as ACS sentiram-se durante a atividade e como foi ficar longe das bexigas.

Uma das ACS disse que, quando sua bexiga estourou, teve a sensação de que não tinha conseguido “salvar meu paciente” (em vários momentos as ACS referiam-se à população atendida como “meus pacientes”). Outra ACS comentou que, quando todas estavam participando da atividade, ela estava trabalhando contente, pois não tinha tanta coisa para fazer nem tanta responsabilidade. Comentaram que ficou evidente que precisavam ajudar umas às outras, mas chegou um momento em que estavam saturadas, e perceberam que não são autossuficientes e que a falta de reconhecimento dessa condição pode gerar adoecimento.

Terceiro encontro: dificuldades encontradas na realização do trabalho em equipe

Na primeira atividade deste encontro, as participantes foram orientadas a escrever em uma folha alguma atividade para a colega da direita realizar. As folhas deveriam ser assinadas. Em seguida, as acadêmicas leram o que estava escrito em cada papel e as ACS executaram a atividade que propuseram inicialmente para uma colega. As atividades consistiram em: cantar, orar, falar uma frase de apoio, dançar, pular, declamar uma poesia. Embora o jogo tivesse um caráter de integração, revelou que uma ACS estava vivenciando sofrimento no trabalho e esperava ser acolhida pelo grupo e colegas, pois ela emocionou-se ao dizer uma frase de apoio “as dificuldades passarão, não devemos desistir”. Essa mesma ACS havia relatado, em grupos anteriores, a condição da sua equipe, que estava com uma enfermeira e um médico substitutos, e as dificuldades decorrentes de trabalhar nessa condição.

Após a realização da atividade, as acadêmicas apresentaram o tema do encontro e entregaram uma folha com o relato de uma fábula sobre um porco espinho. A fábula retomou alguns aspectos abordados no encontro anterior, tais como a dificuldade na convivência com o outro, a proximidade com a equipe e com a população. Discutiu-se que o relacionamento com a equipe envolvia a aprendizagem da convivência com os defeitos do outro, o reconhecimento de que cada um tem seu espaço e a necessidade de saber lidar com as diferenças.

Peres et al. (2011) realizaram um estudo com ACS do município de Marília, estado de São Paulo, e identificaram algumas dificuldades semelhantes às apresentadas neste estudo em relação à realização do trabalho em equipe, dentre

elas: diferenças pessoais, dificuldade de visualizar a totalidade das ações e falta de flexibilidade, de comunicação, de cooperação, de responsabilidade e de horizontalização das ações. Quanto às relações de poder, foi observado, durante as reuniões realizadas com uma equipe de uma unidade de saúde da ESF de uma cidade do interior Mato Grosso do Sul, que as ACS tinham receio de se manifestarem durante essas reuniões por acreditarem que elas eram “o lado mais fraco”, o que, segundo elas, dificultava o trabalho em equipe. As acadêmicas do presente estudo acompanharam a realização de uma reunião de equipe e observaram que as falas eram centralizadas nos seguintes profissionais: médico, dentista e enfermeiro. Tal fato reproduz uma hierarquia presente nas relações estabelecidas entre os membros da equipe.

Para finalizar este encontro, realizou-se o jogo do “telefone sem fio”, a fim de abordar o diálogo, a comunicação e as possíveis dificuldades encontradas na realização do trabalho em equipe. Uma voluntária escolheu a seguinte frase para ser repassada: “A união faz a força”. Após a mensagem ser repassada, a última relatou a frase e a voluntária disse que estava correta. Em seguida, foi discutido que a frase fazia parte do trabalho das ACS e isso facilitou a comunicação entre todas, fortalecendo-as para os enfrentamentos e dificuldades que vivenciam com os demais profissionais da equipe.

Quarto encontro: necessidade de cuidado para ser melhor cuidador

A primeira atividade realizada no quarto encontro teve a finalidade de fazer que as ACS ouvissem e tomassem alguma atitude em relação ao que foi ouvido. As ACS sentaram-se em círculo e uma das acadêmicas iniciou a atividade dizendo que gostaria de “sentar na cadeira de alguém que estava de calça jeans”. Quem estava de jeans levantou e rapidamente sentou na cadeira de outra colega que também estava de jeans. No final, alguém ficava sem cadeira, e essa pessoa tinha que dizer outra coisa que as pessoas do grupo poderiam ter em comum.

As ACS apontaram situações e características concretas, mas também remeteram às questões do trabalho, possibilitando reflexões. Relataram os seguintes traços em comum: sapatilha, unha decorada, relógio, brinco, óculos novos, presilha de cabelo, quem era doadora de sangue, quem havia escovado os dentes pela manhã, quem havia tomado banho pela manhã, quem amava seus filhos, quem orou pela manhã, quem não fez oração pela manhã, quem tinha dente na boca,

quem tinha cabelo longo, quem estava gostando de estar no grupo, quem estava de camiseta, quem tinha paz no coração, quem tinha duas orelhas, quem leu a palavra de Deus, quem não gostava de fazer SISREG, quem gostava de confraternização, quem tinha duas pernas, quem estava feliz, quem gostava do patrão (esta *última* questão gerou discussão entre as ACS, pois algumas disseram que seu patrão era o enfermeiro enquanto outras apontaram o secretário de saúde). A ACS que propôs essa ação reformulou a questão para “quem gostava do enfermeiro”.

Foram realizadas várias rodadas e algumas ACS relataram que estavam tão preocupadas em levantar e sentar rapidamente que muitas vezes não ouviram o que estava sendo pedido e mesmo assim levantaram. Além de refletirem sobre as próprias falas, formuladas durante o desenvolvimento do jogo, foi possível destacar a importância de prestar atenção em quem está falando para depois tomar alguma atitude, o que era pertinente no ambiente de trabalho.

A outra atividade teve como tema “a necessidade de cuidado para ser melhor cuidador”. O “jogo do espelho” foi utilizado para possibilitar discussões a respeito. As acadêmicas colocaram um espelho dentro de uma caixinha e deixaram-na aberta, longe das participantes. Uma das acadêmicas solicitou que as ACS refletissem um pouco, pensassem em uma pessoa muito importante na vida delas, a quem gostariam de dedicar maior atenção em todos os momentos, alguém que amassem de verdade e os motivos que tornavam essa pessoa amada por elas. As ACS ficaram um tempo em silêncio e depois foram orientadas e irem até a caixinha e olhar o seu conteúdo.

Quando todas visualizaram o conteúdo da caixa, as acadêmicas perguntaram como foi olhar para si. Apenas uma ACS disse que pensou nela mesma, as demais pensaram no marido, na família, nos filhos. Essa ACS disse que, de início, pensou nos filhos, mas depois refletiu que se ela não existisse, eles também não existiriam. De modo geral, disseram que dificilmente pensavam nelas mesmas, pois costumavam colocar o outro como prioridade e que isso também ocorria no ambiente de trabalho. Na sequência, apontou-se que os profissionais de saúde são sujeitos que exercem o cuidado de si para assegurar o cuidado do outro; e refletir sobre o cuidado de si requer pensar nas relações estabelecidas com os pacientes e colegas de trabalho.

As ACS comentaram que não existia um espaço na unidade que possibilitasse a reflexão sobre o cuidado de si, das relações e do cotidiano de trabalho, mas que se sentiam seguras para falar e refletir durante os encontros do grupo. As acadêmicas perguntaram se durante as reuniões nas unidades havia um espaço

para reflexão, e todas comentaram que não, que os problemas existiam e que percebiam que deveriam cuidar mais de si, mas não o faziam.

Comentaram, também, a respeito dos conflitos com a coordenação da equipe, em geral exercida por um(a) enfermeiro(a), apresentando as dificuldades na comunicação. Uma ACS relatou que a coordenação *não era competente na realização das atividades e não acompanhava as visitas domiciliares*. Outra ACS comentou que a coordenação *não fornecia respaldo para suas atividades*, por exemplo, duvidando da sua palavra quando o usuário a procurava para fazer uma queixa. Essa ACS comentou que iria fazer um caderno e anotar tudo, com a intenção de provar as situações embaraçosas pelas quais passava. As ACS informaram que não contavam com uma rede de apoio nem no trabalho nem em casa. Perceberam que havia limitações na execução de suas tarefas e que não dispunham de um horário para cuidar de si.

A literatura aponta dificuldades semelhantes na comunicação entre ACS e enfermeiros. Em estudo realizado por Menegussi et al. (2004) com ACS do município de São Carlos, São Paulo, observou-se que a equipe de saúde desvalorizava as necessidades da população, apresentadas pelos ACS. Na mesma direção, Ferreira et al. (2009) observaram, no seu estudo, que havia poucos espaços de escuta e diálogo na equipe e o ACS não participava dos processos de decisão relacionados à gestão do cuidado, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde. Quando esses profissionais apontavam algumas necessidades das famílias que acompanhavam, sua opinião era desconsiderada pela equipe na elaboração das estratégias de cuidado formuladas em reunião.

Quinto encontro: cuidar de si para ser melhor cuidador e possibilidades de lazer

O grupo iniciou o encontro com uma atividade para refletir sobre o cuidado de si. Foi utilizado um texto que abordava o significado do cuidado de si, a necessidade de refletir e olhar para si e a importância de ter uma rede de apoio. Cada parágrafo foi representado por uma cor e separado em uma folha que, além do parágrafo, continha uma pergunta referente ao que tinha sido lido e uma cor que indicava a continuidade do texto. As perguntas às vezes eram diretivas, em outras se estendiam para o grupo. Durante a realização da atividade, as ACS comentaram que os profissionais estavam estressados na USF e que não respeitavam uns aos outros, além de estarem muito atarefados.

Para Peres et al. (2005), as situações que compõem o cotidiano de trabalho do ACS, tais como a cobrança por parte da comunidade, a falta de habilidades para enfrentar situações e as desigualdades sociais observadas nas visitas domiciliares, podem ser fatores estressores para essa categoria profissional. Maia et al. (2011) apontaram que a função de elo entre serviço e comunidade exercida pelo ACS, a proximidade emocional com a população e o contato direto com os problemas socioeconômicos do território constituem importantes fontes de estresse.

A segunda atividade pretendia fazer que as ACS identificassem formas de lazer ou de cuidado consigo mesmas. Para tanto, foram elaboradas várias frases, como: “Se fosse ler um livro leria...”, “se fosse passear iria para...”, “se fosse viajar gostaria de ir para...”, “se fosse caminhar iria para...”, “se tivesse um tempo livre faria...” que foram colocadas em um saquinho para que cada ACS retirasse uma e pensasse a respeito. Posteriormente, elas leram as frases e apontaram o que gostariam de fazer. As acadêmicas comentaram que as frases poderiam indicar o que todas as ACS fariam se tivessem um tempo para si. Foi apontada, também, a necessidade de existir esse tempo para cuidarem da sua saúde e para serem melhores cuidadoras.

Essas reflexões remetem a uma questão complexa sobre o trabalho do ACS, que apresenta características que o difere dos demais profissionais do SUS, uma vez que trabalha na mesma comunidade em que vive e é usuário do serviço pelo qual trabalha (FERRAZ; AERTS, 2005; MENEGUSSI et al., 2014; RIBEIRO et al., 2015). Silva e Dalmaso (2002) mostram que morar e trabalhar no mesmo local possibilita ao ACS o estabelecimento do vínculo com o usuário, pois compreende a realidade local e conhece o modo de vida das pessoas atendidas. No entanto, essa condição pode gerar sofrimento constante, pois precisam enfrentar problemas que surgem no cotidiano. Segundo Jardim e Lancman (2009), a organização do trabalho do ACS pode ser uma fonte de sofrimento psíquico, pois esse profissional não possui um distanciamento da vida profissional e pessoal, uma vez que ambas ocorrem no mesmo espaço.

Em determinado momento do encontro, as ACS comentaram sobre como é a vida de quem mora na mesma área que trabalha. Relataram que não tinham privacidade, apresentavam dificuldade para estabelecer limites entre o profissional e o pessoal, pois qualquer lugar que frequentavam (supermercado, igreja, etc.) os usuários chegavam perguntando sobre os encaminhamentos, as consultas, a medicação. Algumas ACS comentaram que muitos usuários possuíam seus números de telefone e ligavam em horários inadequados, fora do horário de trabalho, ou

dirigiam-se até a suas casas em horários de almoço e finais de semana solicitando informações.

As ACS informaram que faziam uso de algumas estratégias para minimizar a invasão à sua privacidade, como não atender ao telefone quando percebiam que o número era desconhecido ou falar aos usuários que não estavam no seu horário de trabalho. Uma ACS informou que evitava sentar na área de sua casa para não ter que lidar com os usuários. Comentaram que a maioria das estratégias não funcionava e muitas vezes acabavam atendendo aos pedidos da população.

Resultados semelhantes foram apresentados por Menegussi et al. (2014) que apontaram que morar e trabalhar na mesma comunidade fez que a privacidade do ACS fosse perdida e ele passasse a ser visto pela população como alguém que sabe muito sobre os moradores, uma vez que as visitas domiciliares possibilitam que esse profissional tenha acesso a tudo o que acontece no bairro. Jardim e Lancman (2009) também apontaram para essa questão. Os ACS participantes da sua pesquisa e residentes em Pirituba, São Paulo, informaram que tanto eles como seus familiares sentiam-se constrangidos, pois eram assediados pelos usuários a qualquer hora do dia, em casa ou em locais públicos.

Para Jardim e Lancman (2009), morar e trabalhar na mesma região, e as implicações decorrentes dessa condição, como: ser interrompido pelos usuários a qualquer hora do dia, cobrado pela população, ter sua privacidade ameaçada, vivenciar a sobreposição da vida pública e privada, são as principais causas do sofrimento dos ACS. As falhas do sistema, que também podem ser apontadas como causadoras de sofrimento, seriam apenas mais um agravante.

Sexto encontro: falta de privacidade e cuidado de si

A primeira atividade era para ser apenas de integração, como as realizadas no início de todos os grupos, porém, no decorrer das falas, houve a necessidade de acolher e ouvir as ACS. A atividade proposta teve como função promover o autoconhecimento. Cada ACS recebeu uma folha que foi dobrada na horizontal e vertical, formando quatro quadros. Em seguida, as participantes escreveram no primeiro quadro “gosto e faço”, no segundo “gosto e não faço”, no terceiro “não gosto e faço” e no último “não gosto e não faço”. Foram deixados alguns minutos para as ACS pensarem e escreverem a respeito. Posteriormente, iniciaram a leitura de cada quadro e as discussões foram ocorrendo concomitantemente.

No primeiro quadro, as ACS colocaram questões referentes à família, como gostar de estar com os filhos e/ou com o marido. No segundo, algumas ACS colocaram que gostavam de ir ao cinema, mas que não iam, gostavam de caminhar e não caminhavam, ou seja, atividades relacionadas ao bem-estar e que não realizavam. No terceiro quadro, apareceram questões relacionadas ao trabalho, como o fato de elas não gostarem de fazer SISREG, mas terem que fazer. No último quadro, as ACS apresentaram dificuldades para identificar algo de que não gostavam e que não faziam. Durante a apresentação dos quadros, as ACS relataram dificuldades que vivenciavam em casa, com suas famílias. A partir do relato das ACS, foi possível discutir algumas questões, como resolução de problemas e padrões de respostas favoráveis ou desfavoráveis, exemplificando a partir do que elas haviam relatado.

Sétimo encontro: como é o caminho percorrido pela ACS?

No penúltimo encontro, as ACS pensaram sobre o caminho/trajeto percorrido por elas, como ele é construído, quais são as gratificações e as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho. Para isso, utilizou-se o jogo do novelo de lã, que consiste em apresentar o novelo de lã para as ACS e dizer que o fio era o trajeto que elas percorriam no dia-a-dia. A atividade foi iniciada por uma voluntária. O novelo de lã era enrolado na ponta do dedo de cada ACS, conforme ela ia respondendo a seguinte pergunta “Como é o caminho percorrido pela ACS?”. Em seguida, ela deveria entregar o novelo para outra pessoa, até que se formou uma rede. Quando todas estavam com o novelo enrolado no dedo, levantaram e observaram o emaranhado de fios que se havia formado.

Em relação à pergunta “Como é o caminho percorrido pelas ACS?”, ofereceram respostas que evidenciavam dificuldades, entre as quais a falta de médico e de enfermeiro. Além disso, apontaram para a falta de reconhecimento, os problemas na equipe, buraco na rua, cachorro bravo, falta de material e questões que haviam sido evidenciadas em outros encontros.

A carência de profissionais na equipe de saúde da família, devido a afastamentos e outros motivos, pode comprometer o vínculo estabelecido com a população. De acordo com Campos (2002), o vínculo qualifica o trabalho em saúde e a sua construção depende da equipe e dos usuários. Quando as ACS levantaram para verificar a rede que se havia formado, uma delas comentou: “Estou vendo nosso trabalho aqui, cheio de encruzilhadas, caminhos que se encontram, uma rede formada pelo trabalho de todas”.

Enquanto o jogo acontecia, algumas ACS fizeram comentários a respeito das respostas dadas pelas colegas e comentaram, também, sobre uma reunião que tiveram com a Secretaria de Saúde e o descaso que sofreram em relação a suas queixas. Comentaram, também, que passariam por uma avaliação da Secretaria de Saúde e quem não cumprisse as exigências perderia o cargo. Sobre essa questão, uma ACS comentou: “olhar as assinaturas da gente é um tapa na minha cara, parece que estamos mentindo”. Outra disse “válvula de escape é matar serviço, é não ir à unidade e só fazer visitas”. Comentaram que uma ACS de outra unidade sofria de câncer de pele resultante da exposição ao sol. Disseram que estavam magoadas, que faziam o melhor pelos pacientes, “faço o que posso”, “sou ACS há 13 anos e 13 anos não são 13 dias”. Diante dessas questões, as acadêmicas acolheram-nas.

A literatura aponta que a organização do processo de trabalho do ACS pode ser compreendida a partir de duas lógicas conflitantes: o agir tecnológico, ou seja, a produção de procedimentos, técnicas e normas como expressão de cuidado, centralizada nas tecnologias duras, e o agir comunicativo, operado pelas tecnologias relacionais, que privilegiam atividades centradas na relação com os usuários a fim de atender as suas necessidades (FERREIRA et al., 2009; PERES et al., 2011).

Para Ferreira et al. (2009), a equipe de saúde da família “desqualifica a ação cuidadora do ACS, não reconhecendo nele a competência para a construção de um tipo de cuidado diferente daquele centrado na lógica programática, e constrange-o à repetição do atual modelo” (p. 902). No presente trabalho foi possível observar essa questão presente na relação entre as equipes de saúde da família, das quais as ACS faziam parte, e o gestor de saúde do município que, em reunião relatada pelas ACS, desqualificou o trabalho dessas profissionais.

Segundo Peres et al. (2009), o trabalho do ACS apresenta-se como complexo, uma vez que está inserido na comunidade onde mora e atende, razão pela qual precisa lidar com situações, reclamações e queixas apresentadas pela população e ser habilidoso na resolução de problemas. Ao mesmo tempo, sua atuação confronta-se com as possibilidades e limites da equipe e do próprio sistema de saúde.

Oitavo encontro: encerramento

O último encontro do grupo de reflexão buscou trabalhar a importância da integração entre as ACS. Para tanto, realizou-se um amigo secreto que funcionou da seguinte forma: foram distribuídas folhas em branco e lápis coloridos para

as participantes, e cada ACS retirou um papelzinho que continha o nome da sua amiga secreta. Em seguida, tiveram um tempo para confeccionar o presente para a sua amiga, que deveria ser algo que não podia ser comprado. O amigo secreto foi revelado e uma ACS candidatou-se para iniciar a atividade, fazendo algumas descrições da sua amiga secreta para o grupo tentar adivinhar. Em seguida, entregou seu presente, e assim se seguiu, até que todas participassem da atividade. As descrições consistiram em: características físicas, qualidades e amizade entre elas. Uma ACS apresentou a sua amiga secreta como quem “tem cara de brava”, acrescentando que *“às vezes tenho medo de conversar com ela, pois parece que está brava e que irá brigar comigo”*. A sua amiga oculta *não se percebia dessa forma* e surpreendeu-se quando foi revelada.

Após a realização da atividade, foi fornecido um feedback para as ACS e comentado que se esperava que o espaço criado com o grupo continuasse existindo e elas pudessem conversar sobre o seu cotidiano de trabalho, mesmo na ausência das acadêmicas. As ACS afirmaram que o grupo foi um momento prazeroso e único, pois não tinham um momento reservado só para elas. Avaliaram positivamente a oportunidade de conversar a respeito das dificuldades que encontravam na realização do seu trabalho. Comentaram também que foi possível observar que as colegas vivenciavam questões semelhantes aos seus sofrimentos, mas que esse fato *não* tinha sido compartilhado e discutido antes do grupo de reflexão.

Considerações finais

Durante a realização do estágio de Psicologia do Trabalho e Gestão, com três equipes de saúde da família, observou-se que algumas questões relatadas pelos profissionais dessas equipes abrangem a gestão municipal de saúde e a organização do processo de trabalho em saúde, que foram compreendidas na ótica da Educação Permanente em Saúde (MERHY et al., 2006). Essa constatação possibilitou articular gestão e processo de trabalho, dois dos pilares da Educação Permanente em Saúde. A realização de um grupo de reflexão com as ACS ofereceu a oportunidade de fortalecer essas profissionais por meio de uma formação contextualizada no dia a dia do trabalho, minimizando o sofrimento e proporcionando vivências de prazer.

As dificuldades encontradas na realização do trabalho do ACS, tais como morar, trabalhar e ser usuário do sistema no qual atua e a sobrecarga de trabalho e funções, são questões discutidas pela literatura em estudos realizados em várias

regiões do país. Tal fato aponta para um problema na gestão e na organização do processo de trabalho em saúde. Ferreira et al. (2009) argumentam que, para ocorrer mudança no modelo produtivo em saúde, é necessário o:

[...] reordenamento do núcleo tecnológico do cuidado, com primazia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, expressão da liberdade; relevância nas tecnologias leves e leve-duras, sobre as duras que devem ficar na posição acessória às demais, o que significa uma aposta nas relações como *modus operandi* por excelência do processo de trabalho; e a constituição de processos auto-analíticos e autogestionários na equipe de trabalhadores, que favoreçam a elaboração de intervenções na micropolítica do processo de trabalho, possibilitando a superação das situações de repetição dos modelos vigentes, resignificando seus atos assistenciais (p. 900).

Para continuar pensando em caminhos saudáveis para o trabalho em saúde é necessário considerar que trabalhar com saúde não é apenas realizar ações voltadas somente para a cura de doenças, mas promover ações que envolvam os fatores determinantes e condicionantes da saúde, que são a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, entre outros.

Referências bibliográficas

ANTLOGA, C. S.; MENDES, A. M. Sofrimento e adoecimento dos vendedores de uma empresa de material de construção. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 255-262, 2009.

BARRA, S. A. R. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. 200p. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora. 2013.

BRASIL. **Portaria 2288**, de 2 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portaria n. 648/GM** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamento o 5º do art. 198 da Constituição. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional 51, de 14 de fevereiro de 2006 e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Ministério da saúde**, Secretaria Executiva-Brasília, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: _____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CASTRO-SILVA, L. M. **Casos de afastamento por LER/Dort e retorno ao trabalho bancário**: uma análise psicodinâmica. 99f. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. 2006.

CORONEL, L. C. I. Grupos de Reflexão. In: ZIMERMAN D. (Org.). **Como trabalhar com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 345-349.

COSTA, S. de M.; ARAÚJO, F. F.; MARTINS, L. V.; NOBRE, L. L. R.; ARAÚJO, F. M.; RODRIGUES, C. A. Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: _____. (Orgs.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C.C. Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 1, p. 43-51, 2006.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FORTES, D. R. **Precarização de vínculo empregatício e suas implicações subjetivas para os docentes da Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão**. 79p. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

GALAVOTE, H. S.; do PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. D. C. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.231-240, 2011.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.123-135, 2009.

LIMA, A. N. de; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, p.889-897, 2010.

MAIA, L. D. de G.; SILVA, N. D. S.; MENDES, P. H. C. Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.36, n.123, p.93-102, 2011.

MENDES, A. M.; COSTA, V. P.; BARROS, P. C. da R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.3, n.1, p.38-48, 2003.

MENEGOLLA, V. L.; POLLETO, D.; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. **Boletim da Saúde**, v.17, n.2, p.81-93, 2003.

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.87-106, 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**, La Plata, n.2, p.147-160, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

PERES, C. R. F.; CALDAS JÚNIOR, A. L.; SILVA, R. F. da; MARIN, M. J. S. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.4, p.905-911, 2011.

RIBEIRO, S. F. R.; AMARAL, P. J. V. do; STALIANO, P. Sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde: revisão bibliográfica. **R. Laborativa**, v.4, n.1, p.79-96, 2015.

SILVA, J. A.; DAMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

YOZO, R. Y. K. **100 Jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. São Paulo: Ágora, 1996.

CAPÍTULO 2

TRABALHADORES DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE CUIDADO NUMA PERSPECTIVA CRÍTICA

*Angelo Luiz Sorgato,
Renisson Costa Araújo
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro*

Ao refletir sobre o processo de trabalho na perspectiva marxista, vemos que o trabalho é compreendido como a modificação da natureza com a finalidade de oferecer benefícios ao homem. Todavia, a lógica capitalista é contrária a essa finalidade, tendo em vista que a matéria-prima do trabalho passa a ser o próprio trabalhador e sua força de trabalho, em vez de ser a natureza. Essa lógica não é capaz de atender aos interesses do trabalhador, já que privilegia os interesses do mercado e a lógica do capital, culminando na alienação e na desvalorização do trabalhador perante o produto de seu trabalho, intensificando a compartimentalização do trabalho e, conseqüentemente, o sofrimento do trabalhador (RIBEIRO; MARTINS, 2011).

O trabalho, como categoria central de análise da sociedade atual, é uma ação capaz de criar riquezas e gerar transformações sociais e, ao mesmo tempo, gerar desumanização, por ser um processo interligado com a reestruturação capitalista que tem modificado as condições de trabalho, desfavorecendo, nesse processo, os trabalhadores e seus interesses. O trabalho desenvolvido dentro do âmbito da saúde pública participa desses processos e sofre seus efeitos.

As questões voltadas para a saúde do trabalhador aparecem como responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), diante das políticas de atenção à Saúde do Trabalhador, sendo o Estado responsável pela garantia do bem-estar do trabalhador, de modo a oferecer um ambiente físico e mental saudável. O cuidado com o trabalhador da área da saúde é algo que se destaca, pois o mesmo trabalhador que precisa promover tais ações também precisa delas. O cuidado com o trabalhador de saúde justifica-se sobre dois aspectos: o cuidado ao trabalhador de saúde como usuário do SUS e como profissional que cuida da saúde dos usuários

do SUS. A literatura tem demonstrado que, apesar dos avanços na atenção à saúde do trabalhador, tais como as ações realizadas pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), essas não têm sido eficientes no que diz respeito à diminuição do sofrimento dos trabalhadores em saúde (KARINO et al., 2012). É necessário, portanto, oferecer suporte psicológico a esses cuidadores, já que a melhoria do bem-estar desses profissionais está diretamente relacionada com a melhoria do atendimento prestado ao usuário (RIBEIRO, 2011).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi uma iniciativa do Ministério da Saúde que, em 1994, publicou o documento “Programa Saúde da Família: dentro de casa”. Dez anos depois, o PSF atendia mais de 60 milhões de pessoas, acompanhadas por 19.200 equipes (BRASIL, 2004). Em 2006, o programa foi definido como uma estratégia de reorganização e de fortalecimento da atenção básica, priorizando-a como porta de entrada para o SUS (BRASIL, 2006). As equipes de trabalho na Saúde da Família são formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com o objetivo de oferecer serviços de assistência à saúde integral e contínua, com qualidade, sendo capazes de sanar grande parte das necessidades de saúde da população assistida. Para atingir tais objetivos, devem ser priorizadas abordagens multiprofissionais de trabalho, planejamentos das ações, organização horizontal do trabalho e compartilhamento de decisões, constituindo um desafio para as políticas públicas de saúde a ruptura da assistência hospitalocêntrica, pautada no modelo biomédico (RIBEIRO et al., 2004).

Para Pires (2000), o trabalho em saúde é coletivo e multiprofissional, indispensável para a vida humana, e o seu produto é imaterial e indissociável do seu processo de produção. Ao mesmo tempo, é um trabalho como outros, que implica contrato assalariado e divisões do processo de trabalho, ou seja, cada grupo profissional se organiza e presta determinada parte da atividade de assistência à saúde. Pode ser definido, portanto, como um trabalho coletivo institucional que se desenvolve com características do trabalho profissional, seguindo a lógica taylorista de gestão (CAMPOS, 1998).

As dificuldades e limitações encontradas na execução do trabalho, tais como a fragmentação, a imobilidade e a burocratização do sistema de informações e intervenções, trazem à discussão o trabalhador inserido nesse ambiente que, ao mesmo tempo em que é pensado como possibilidade de mudanças e de melhoria da assistência à saúde, sofre com as imposições de uma sociedade cada

vez mais capitalista. O ambiente de trabalho em saúde torna-se adoecedor diante do excesso de cobranças e de carga horária, baixos salários, entre outros.

Diante disso, deve-se considerar a necessidade de políticas e ambientes públicos que produzam saúde, em vista do sistema econômico capitalista vigente em nossa sociedade. Entretanto, esses ambientes produtores de saúde nem sempre garantem o produto prometido, levando os trabalhadores a um estado de doença física, mental e social. Diante das dificuldades apresentadas pela precarização do serviço, é importante evidenciar as contradições existentes nesses ambientes de trabalho. Estudos relacionados aos processos saúde/doença no trabalho, com aporte teórico da psicodinâmica do trabalho, procuram conhecer os mecanismos de defesa e as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para darem conta de seu trabalho e não adoecerem (DEJOURS; BÈGUE, 2010; LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Nesses contextos, é importante criar espaços públicos para os trabalhadores poderem ouvir e se ouvirem acerca dos sofrimentos enfrentados. Nesse sentido, Dejours e Bègue (2010) afirmam que esses espaços têm caráter terapêutico, aliviando a tensão enfrentada pelos trabalhadores e diminuindo, consequentemente, o sofrimento decorrente das relações e dos processos de trabalhos em que esses trabalhadores estão sujeitos.

Diante dessa demanda de saúde mental, foi proposto o Estágio Supervisionado em Psicologia do Trabalho e Gestão voltado para a saúde do trabalhador. No caso aqui apresentado, voltou-se para os trabalhadores de uma unidade de atendimento público de Saúde da Família, de uma cidade do interior do estado do MS, buscando conhecer a realidade dos trabalhadores dessa unidade e, posteriormente, propondo intervenções para lidar com os problemas que acometem a unidade, tais como: excesso de trabalho, competitividade, burocracia, falta de estrutura e de materiais.

Para a realização de um trabalho voltado para a promoção da saúde psicológica do trabalhador nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), foi necessário conhecer a realidade dos trabalhadores e do ambiente em que eles estão inseridos e as dificuldades enfrentadas. O presente trabalho busca relatar, a partir de suporte teórico já apresentado, as dificuldades do trabalho na ESF, e se justifica por ampliar escopo de atuação da Psicologia, diante da necessidade de atuação profissional na área da saúde.

O estágio contou com dois momentos distintos de atuação: o primeiro ocupou um período de observação participante, e o segundo consistiu em uma

intervenção a partir das informações relatadas em relatórios semanais e analisadas em conjunto, durante as supervisões. A partir da observação no local, foi proposta uma intervenção utilizando os grupos de reflexão. O grupo de reflexão consiste, segundo Zimerman e Osório (1997), em um grupo operativo, aplicável em uma ampla gama de campos, além do ensino/aprendizado, que envolvem situações em que surgem tensões relacionadas a grupos. O grupo de reflexão é aplicável, inclusive, no mundo do trabalho, já que tem como objetivo a possibilidade de os seus participantes refletirem e questionarem sobre as tensões do dia-a-dia (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). Os grupos de reflexão são extrapoláveis para campos onde haja interação grupal, constituindo espaços para que os trabalhadores expressem suas tensões relacionadas ao trabalho no grupo e, dessa forma, possam refletir sobre os conflitos e contradições próprias do mundo do trabalho. É importante ressaltar que, apesar de não ter, a princípio, objetivos terapêuticos, quando um grupo de reflexão é bem-sucedido, acaba por ter efeitos terapêuticos em seus participantes (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Observou-se que todas as categorias de profissionais da Saúde de Família se beneficiariam de uma intervenção, entretanto, os auxiliares de enfermagem foram priorizados, tendo em vista o tempo e as limitações de um estágio curricular. Dessa forma, o objetivo foi oferecer um ambiente terapêutico aos auxiliares de enfermagem, a fim de reduzir, por meio do grupo de reflexão, os sofrimentos gerados pelo processo de trabalho. Os objetivos específicos foram: a) atender e orientar os trabalhadores conforme a demanda psicológica de cada um; b) desenvolver estratégias de enfrentamento dos problemas identificados; c) promover a reflexão a respeito do processo de trabalho, que repercutisse favoravelmente nos demais trabalhadores da unidade.

Método

No primeiro momento, utilizou-se o método da observação participante, quando o pesquisador procura se inserir no local onde realizará sua pesquisa, participando da dinâmica do lugar e interagindo *in loco* com os indivíduos pertencentes ao grupo (MARCONI; LAKATOS, 2010). O método da observação participante coloca em interação o observador e o observado, fazendo que o observador se torne parte do grupo observado ao mesmo tempo em que mantém o distanciamento necessário para observar relações e conflitos (MARCONI; LAKATOS, 2010). Com esse intuito, foram realizadas 10 visitas à unidade Saúde

da Família, seguidas de relato descritivo e posterior análise em supervisão com a docente responsável pelo estágio.

O segundo momento do estágio consistiu na proposta de intervenção de grupos de reflexão com os auxiliares de enfermagem do local. A partir do período de observação participante, notamos a necessidade de se criar um espaço público de discussão onde os trabalhadores pudessem expressar seus conflitos e sofrimentos oriundos do mundo do trabalho, como preconiza Dejours (DEJOURS; BÈGUE, 2010). Foi proposta, então, a criação de um grupo de reflexão para que os profissionais de saúde pudessem refletir sobre suas atividades laborais e prazeres e sofrimentos provenientes do trabalho. O espaço proposto cumpre, portanto, a função terapêutica dos grupos de reflexão (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997) e a função do espaço público de discussão, para os trabalhadores terem a possibilidade de se ouvirem e de serem ouvidos (DEJOURS; BÈGUE, 2010; LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

A partir dos dados colhidos dos profissionais de saúde, bem como das análises e sugestões feitas durante o processo de supervisão do estágio, elencaram-se oito temas para os grupos de reflexão: (1) sofrimento no trabalho; (2) ser auxiliar de enfermagem é...; (3) reconhecimento/não reconhecimento no trabalho; (4) não desligamento do trabalho; (5) estratégias de enfrentamento; (6) lideranças; (7) comunicação; (8) o que vocês tem sentido sobre os últimos acontecimentos? O último tema foi inserido devido a conflitos na unidade que refletiram no grupo. Encerrou-se com *feedback*/devolutiva. Também foram disponibilizados dois encontros com temas livres, caso os participantes sugerissem algum tema ou fosse necessário mais de um encontro para abordar algum assunto. A princípio, foi planejado que os grupos se reuniram uma vez por semana, durante 1 hora e 30 minutos. Porém a duração do encontro foi de 1 hora, por causa do expediente dos profissionais que não permitiam que eles fossem liberados por mais tempo. Os encontros ocorreram na própria unidade, onde foi disponibilizada uma sala de reuniões. Os materiais utilizados foram: quadro branco, pincel atômico, uma bola e folhas sulfites para realização de jogos psicodramáticos.

Resultados e discussão

No primeiro momento do estágio, foi possível identificar o trabalho realizado pelos profissionais por meio da observação participante, realizada em vários momentos da rotina de trabalho da unidade. Uma das questões em destaque foi

o trabalho fragmentado, parcelado e compartimentalizado, em razão do grande número de normas a serem cumpridas. Cada grupo de profissionais era responsável pela sua organização e prestava um atendimento específico aos usuários. Assim, o profissional de saúde não acompanhava a evolução da saúde do usuário, evidenciando o trabalho fragmentado nessa área. Esse parcelamento do trabalho, característico do taylorismo, afasta o profissional do produto final de sua atividade (MARX, 1983). Muitas vezes, dentro da instituição, essa situação se converte em sobreposição de funções, na tentativa de um trabalhador auxiliar o colega a cumprir suas obrigações, quando há entre eles certo vínculo afetivo.

A fragmentação do trabalho pode gerar, conforme descreve Ribeiro et al. (2004), um excesso de esforço para a sua execução. Os autores apontam que essas atitudes são comuns às unidades de Saúde da Família e constituem empecilhos na implementação do programa. Essas condições de trabalho geram, como destaca Bertoncini (2000), alienação, impotência, estresse, conflitos sociais, disputa, medo, insegurança, baixa autoestima, impossibilitando, por parte dos próprios profissionais, propostas de mudanças.

Ao tratar do excesso de burocracia no trabalho, decorrente da nova gestão municipal, os trabalhadores da unidade acabaram por evidenciar o que já foi apontado por Ribeiro et al. (2004) acerca do modelo de assistência vigente na área da saúde que, guiado pelo neoliberalismo, atende a interesses políticos considerados legítimos, porém, tende a executar ações que passam a desproteger a saúde do trabalhador, dificultando a execução do trabalho com autonomia e colaborando para o adoecimento no trabalho.

Notou-se a presença constante de um clima de competitividade entre os profissionais da instituição. A competição apareceu nas falas dos profissionais quando realizavam comparações entre os métodos de trabalho utilizados pelas três equipes do local. Cada uma delas desenvolvia estratégias particulares para atingirem suas metas mensais, favorecendo esse clima de disputa entre elas.

O excesso de trabalho também foi evidenciado a partir do momento em que os trabalhadores relataram dificuldades em conseguir tempo para cumprir as atividades pessoais cotidianas, como pagar as contas e cuidar do lar, e até mesmo atender demandas mais simples, já que até buscar os filhos na escola parece ter se tornado algo difícil de fazer. O excesso de trabalho, segundo Heloani (2010), é causa da morte de mais de 10.000 pessoas por ano.

A questão do reconhecimento/não reconhecimento demonstrou ser uma grande problemática, destacada pelos coordenadores das equipes. Por estarem

muitas vezes na linha de frente dos atendimentos, grande parte dos técnicos de enfermagem relatam não ter seu trabalho reconhecido. O usuário, muitas vezes com dor ou com pressa para ser atendido por outros profissionais, acaba descontando sua frustração nos técnicos de enfermagem. Esse primeiro contato acaba sendo delicado, levando a um não reconhecimento dos profissionais que não sejam médicos e/ou enfermeiros, já que está instaurada uma mentalidade de que o bom atendimento só é realizado quando se passa por esses últimos. Dejours (2004) aponta que a identidade só pode ser conferida pelo olhar do outro, por meio dos mecanismos de reconhecimento do trabalho realizado. Portanto, a dificuldade de comunicação com o restante da equipe, somada ao descaso de grande parte dos usuários, acarreta uma perda da identidade nesses trabalhadores.

Como aponta Dejours (2004), o reconhecimento pode transformar o sentido do trabalho, pois ao ter reconhecida a qualidade do trabalho, há também o reconhecimento da dedicação e das angústias que envolveram a sua execução, o que acaba por transformar o sofrimento em prazer no trabalho. O reconhecimento do trabalho realizado pode ganhar significado em relação às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo, atribuindo sentido ao que foi feito, apesar do sofrimento. Porém, o reconhecimento raramente é conferido de modo satisfatório, o que desestabiliza o referencial em que se apoia a identidade. Com a dinâmica do reconhecimento paralisada, não há possibilidade de transformação do sofrimento em prazer, o que leva a um acúmulo de angústia que origina descompensações na saúde ou mobiliza as estratégias defensivas, as quais têm a função de evitar a doença (DEJOURS, 2004).

Mesmo que o indivíduo mantenha uma relação “verdadeira” com o seu trabalho, se não houver o reconhecimento de suas contribuições, se estabelece uma situação de solidão alienante, o que coloca em risco o equilíbrio da identidade do sujeito, podendo resultar em descompensações mentais. De fato, tais descompensações foram percebidas no grupo, uma vez que a maior parte dos trabalhadores se utilizava de algum tipo de psicotrópico para conseguir trabalhar. O uso desses medicamentos por esses trabalhadores evidenciou a medicalização existente no mundo trabalho, única saída encontrada por alguns para dar conta das atividades laborais. Nesse tipo de descompensação, a pessoa acaba colocando em questionamento sua percepção sobre a realidade e perde a confiança em si (DEJOURS, 2004).

O segundo momento do estágio constituiu-se na intervenção com grupos de reflexão junto aos auxiliares de enfermagem. Como foi dito anteriormente,

foram elencados nove temas, obtidos a partir da fala dos cuidadores no período de observação. Foram planejados, portanto, 11 encontros, destinando dois dias para temas livres que surgissem no decorrer da execução da proposta. Esses encontros ocorreram uma vez por semana, com duração de uma hora. Entretanto, apenas 8 encontros ocorreram, por causa de problemas enfrentados pela instituição, que dificultaram a presença dos participantes, o que será detalhado na sequência deste relato. Conforme explicitado anteriormente, os temas foram elencados a partir da fala dos próprios profissionais e entendidos como demandas para a discussão do grupo. Foram eles: “Sofrimento no trabalho”, “Ser auxiliar de enfermagem é...”, “Reconhecimento/Não reconhecimento no trabalho”, “Não desligamento do trabalho”, “Estratégias de enfrentamento”, “Lideranças”, “Comunicação grupal”, “O que vocês têm sentido?”; “*Feedback/Devolutiva*”.

Ribeiro e Martins (2011) apontam que na organização de trabalho em saúde é possível identificar algumas características capazes de elucidar a compreensão das questões trazidas pelo grupo, ao dizerem que nas instituições de saúde comumente os atos são parcelares, normatizados e distanciados, agravados pela falta de reconhecimento de si mesmo. Isso torna o trabalho na área da saúde uma fonte, cada vez mais, geradora de sofrimento, por ser a produção forçada a desassociar-se do produto final. Entretanto, as diversas divisões no processo de trabalho, o parcelamento das atividades e a falta de reconhecimento acabam tornando contraditória a lógica do processo de trabalho em saúde, que afirma ser esse trabalho indissociável de seu produto. Esse problema tende a agravar-se mais com o maior foco no trabalho especializado, afastando o cuidador do processo completo do cuidado ao usuário.

A falta de conhecimento sobre a finalização do procedimento resulta em sofrimento, todavia essa questão não foi o foco de discussão e reflexão no grupo. Na maioria das vezes, atribuíam as falhas a si mesmos, culpabilizando-se ou culpando um colega de trabalho. Nesse caso, vimos no primeiro encontro que os trabalhadores estranharam a palavra sofrimento e não a relacionaram diretamente com o trabalho, afirmando que estavam muito bem. Relataram que fazem uso de medicação psicotrópica, mas negaram que seja por causa do trabalho. Associaram os problemas a situações específicas, tais como cobrança por parte das lideranças e dos usuários, negando o sofrimento, ao menos inicialmente. Parece que isso é consequência desse processo de trabalho, que se insere na organização de modo patológico, por não oferecer ao trabalhador a possibilidade de mudança dos procedimentos. Assim, o trabalhador é obrigado a vivenciar esse ambiente muitas

vezes hostil, que não lhe oferece a possibilidade de refletir e reconhecer as reais dificuldades do processo, o que desencadeia a utilização de mecanismos de defesas, como a negação, a fim de auxiliar na execução do trabalho conforme se espera na instituição (RIBEIRO; MARTINS, 2011).

A utilização de mecanismos de defesa diante da impossibilidade de o trabalhador modificar a organização de trabalho, que se apresenta bloqueada diante de tantas burocracias e normas, ao mesmo tempo que garante alguma sanidade mental, aumenta o sofrimento por não possibilitar uma reflexão sobre os problemas e a elaboração de estratégias para reduzir o desprazer. O uso repetitivo desses mecanismos de defesa tende a favorecer o aparecimento de transtornos mentais. A criação de mecanismos de defesas tem o intuito final de modificar a percepção da realidade imposta, a fim de reduzir o sofrimento. Esse objetivo passa a ser frustrado, pois, na verdade, o sujeito mascara a realidade, o que é necessário apenas para garantir a produtividade, mas não garante a sanidade mental. Quando usados de maneira incessante, culmina na alienação do trabalhador (RIBEIRO; MARTINS, 2011).

Esses processos psicológicos estão ligados à fragmentação e mecanização do trabalho e com o esvaziamento parcial do seu sentido, culminando em situações que ficam no meio termo entre o engajamento e a falta de compromisso com o trabalho, sendo esse também um mecanismo de defesa utilizado para lidar com o sofrimento. Ribeiro e Martins (2011) identificam também que, além desses mecanismos, o humor é uma estratégia muito utilizada no ambiente de trabalho como forma de minimizar o desprazer, sendo capaz de afastar a realidade, gerando um momento de descontração, mas, ao mesmo tempo, afastando o trabalhador das reais possibilidades de mudanças. Isso foi notado nos grupos, nos momentos iniciais ou antes mesmo dos encontros iniciarem, em rodas de conversa na cozinha, nas quais as piadas com conteúdo laboral eram frequentes.

Brevemente, fizemos um relato e análise do desenvolvimento dos primeiros encontros, nos quais os trabalhadores insistiam em escamotear o sofrimento. Entretanto, próximo ao último encontro, as defesas não tiveram mais êxito, apresentando-se situações e discussões no grupo que revelaram competitividade e, até mesmo, rancor entre os participantes, que acabaram relatando um clima de desestabilização entre as equipes, desencadeando sentimentos hostis no grupo. Nos encontros finais, relatavam conflitos na unidade decorrentes de problemas na sala de vacinação. A questão se agravou, pois, como já explicitado anteriormente, em vez de lidarem com a situação de maneira ampliada, compreendendo os pro-

blemas advindos de um processo de trabalho penoso, atribuíam as falhas a apenas uma pessoa ou colega. Esse fato culminou em brigas e desentendimentos entre duas auxiliares de enfermagem que tentavam defender suas equipes, munidas de um sentimento competitivo exacerbado. Tais situações levaram a diversas faltas dos trabalhadores nos encontros, e o encerramento foi remarcado várias vezes, pois sempre avisavam que não poderiam participar. Ao que tudo indica, quando puderam refletir sobre aquilo que lhes trazia sofrimento, preferiram evadir do grupo; um dos participantes chegou a um quadro de adoecimento que precisou ser afastado do trabalho. Finalmente, ocorreu o último encontro, que tinha como tema *feedback*/Devolutiva, com o intuito de dar um encerramento às atividades e obter uma devolutiva de nossa atuação. Nesse dia, o grupo teve dois participantes e nós utilizamos um jogo psicodinâmico proposto por Yozo (1996) chamado “Papel – um objeto intermediário”, a fim de permitir que os participantes pudessem se expressar de maneira não verbal, tendo em vista a dificuldade de verbalização observada nos últimos encontros.

O jogo psicodinâmico em questão consiste em entregar um papel aos participantes, por meio do qual eles deverão expressar seus sentimentos. Para tanto, é dito a eles que podem fazer o que bem entender com o papel — rasgar, dobrar ou amassar —, mas não se recomenda que escrevam ou desenhem no papel. Entregamos as folhas, explicamos as regras do jogo psicodinâmico aos participantes e demos um período de cinco a oito minutos para eles seguirem as regras. Em seguida, perguntamos de que maneira o resultado final da dobradura se assemelhava ao que eles sentiam e qual era o efeito do grupo reflexão na vida deles. Um dos participantes fez um cone com a folha de papel e relatou que, assim como o cone tem uma abertura menor e outra maior, ele também se sentia daquele jeito, pois no começo ele era tímido e fechado, mas, com o tempo, passou a ficar como a parte maior do cone, mais seguro e aberto, conseguindo revelar sentimentos e angústias. O outro fez uma boca, revelando uma ambivalência — um sorriso que escondia uma lágrima. A atividade possibilitou a reflexão sobre o processo difícil que vivenciaram no grupo. Pediram que houvesse outros espaços como esse.

Os dois participantes do dia ressaltaram que precisavam do espaço que o grupo lhes proporcionou para poderem se expressar e que achavam importante uma intervenção daquele tipo em seu local de trabalho. Disseram que nunca tiveram a oportunidade de falar e serem ouvidos e que isso os teria modificado de alguma forma. Eles também ressaltaram que gostariam que propostas como essas fossem feitas com mais frequência, pois são necessárias e benéficas.

Considerações finais

De modo geral, a intervenção utilizando a metodologia dos grupos de reflexão mostrou-se favorável, permitindo que esses profissionais refletissem e questionassem sobre suas práticas laborais, ganhando maior consciência sobre suas atividades. O grupo de reflexão serviu de apoio para os momentos de conflito pelos quais a unidade passou, sendo importante para que os participantes pudessem expressar suas emoções e descontentamentos com o ocorrido. Como Zimerman e Osório (1997) apontam, apesar de não ter como principal meta o caráter terapêutico, o grupo de reflexão acaba por desenvolver esse efeito. Sendo assim, acreditamos que o grupo de reflexão, assim como aponta o autor, extrapolou sua característica básica e teve efeitos terapêuticos em seus participantes, em vista dos acontecimentos pelos quais passaram.

Vale ressaltar o caráter dinâmico que o grupo teve, sendo reformulado várias vezes, respeitando as demandas advindas do processo de trabalho na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (MERHY et al., 2006), organizando e reorganizando a proposta, sendo plástico e flexível à realidade e à subjetividade dos profissionais de saúde.

Referências bibliográficas

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto** — uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Dez anos de Saúde da Família no Brasil**. Informe da Atenção Básica, 21, 2004.

CAMPOS, G. W. D. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.4, p.863-870, 1998.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, v.14, n.3, p. 27-34, 2004.

_____; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer? Brasília: Paralelo 15, 2010.

HELOANI, J. Quando alguém se mata no trabalho, o que está querendo dizer. In: BARRETO, M; BERENCHTEIN NETTO, N; PEREIRA, L. (Comps.). **Do assédio moral à morte de si**. Significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga, 2010, p. 249-274.

KARINO, M. E., MARTINS, J. T.; BROFF, M. C. C. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no brasil: avanços e desafios. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.2, p.395-400, 2012.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Cristophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2010.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MERHY E. E.; FEUERWERKER L. C. M.; CECCIM R. B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.53, n.2, p.251-263. 2000.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

RIBEIRO, S. F. R. **Sofrimento psíquico e privacidade do Agente Comunitário de Saúde**. 2011. Tese (Doutorado em Educação)–Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, SP, 2011.

_____; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, v.16, n.2, 241-250, 2011.

YOZO R. Y. K. **100 jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. São Paulo: Ágora, 1996.

ZIMERMAN D. E.; OSÓRIO L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CAPÍTULO 3

PSICOLOGIA DO TRABALHO E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

*Fernanda Aran Colman Batista Barros
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro*

O presente trabalho aborda as atividades desenvolvidas no Estágio Supervisionado de Psicologia do Trabalho e Gestão durante o ano letivo de 2014, do curso de Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). O estágio foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior do MS, em dois momentos distintos: no primeiro, realizou-se um diagnóstico institucional utilizando-se da observação participante; no segundo, foi proposta uma intervenção, com base no diagnóstico. Durante esse processo, foram realizadas supervisões semanais, a fim de analisar e discutir as questões observadas e vivenciadas na unidade de saúde, buscando orientar os objetivos e estimular estratégias de intervenção que favorecessem o processo de trabalho.

Com base no diagnóstico institucional realizado no primeiro semestre do estágio, delineou-se, como proposta de intervenção, a realização de grupos de reflexão com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a fim de propiciar um espaço para conversar e refletir sobre o processo e as relações de trabalho. O grupo de reflexão é um instrumento valioso para situações em que surgem tensões grupais decorrentes das realizações de tarefas no trabalho (ZIMERMAN, 1997). Os encontros foram realizados no segundo semestre de 2014, totalizando dez encontros.

Para posicionar melhor a Psicologia do Trabalho, cabe situá-la teoricamente, em relação à Psicologia Organizacional e do Trabalho, abordagem derivada da Psicologia Industrial, que surgiu na Alemanha em 1913, voltada a utilizar métodos da Psicologia para resolver problemas industriais, como os relacionados às condições de trabalho, às recompensas de trabalho e às relações de hierarquia.

Posteriormente, a área foi dividida em Psicologia Industrial, Psicologia Organizacional e Psicologia do Trabalho. A Psicologia Organizacional aborda todo o componente organizacional e, segundo Spector (2006):

É uma criação do século XX, com raízes no final do século XIX. Ela existe praticamente desde o início do campo da psicologia. Os primeiros a realizar um trabalho de Psicologia Organizacional foram os psicólogos experimentais que estavam interessados em aplicar novos princípios de psicologia para resolver problemas em organizações. Os trabalhos iniciais concentravam-se em questões de desempenho no trabalho e de eficiência organizacional (SPECTOR, 2006, p.8).

Sampaio (1998) descreve três faces, configuradas também como fases, que se sobrepuseram umas às outras. A Psicologia Industrial, primeira face que surge atrelada aos interesses das indústrias, visa à produtividade, com um estudo sobre as condições de trabalho, e a orientação vocacional, com base em testes, visando à seleção e à colocação profissional. A segunda face começa a surgir quando a psicologia organizacional passa a se diferenciar da psicologia industrial, ampliando o foco de trabalho para incluir a discussão das estruturas da organização. A Psicologia Organizacional não fez uma ruptura radical com a Psicologia Industrial, somente teve uma ampliação no objeto de estudo, pois os psicólogos ainda possuíam interesse nos problemas da produtividade das empresas.

A Psicologia do Trabalho surgiu como uma terceira face, quando passou a ter como ponto central o estudo e a compreensão do trabalho humano em todos os seus significados e manifestações. Essa face preocupa-se primeiramente com a compreensão do trabalho humano, voltando-se para a saúde e o bem-estar do trabalhador, sendo esta a ênfase deste relato. A Psicologia do Trabalho visa a solucionar demandas organizacionais e procura compreender melhor seus empregados. Atualmente, em razão da grande necessidade de melhoras na organização a fim de gerar o bem-estar dos trabalhadores, atua nas questões relacionadas à gestão de pessoas.

Para Marx (1983), o trabalho é a transformação da natureza para satisfazer as necessidades do homem que, ao transformar a natureza, modifica a sua própria natureza e desenvolve suas capacidades adormecidas. O trabalho físico e intelectual está interligado ao processo de produção, o que cria novas condições para o ser humano existir. O autor destaca o trabalho produtivo, remunerado e gerador de valor e de maior valia no capitalismo. Segundo Soares (2011), a definição de trabalho na literatura sociológica comporta três elementos: o trabalho

é um **processo contínuo** que procede em **produção de bens e serviços** e é feito **em troca de uma remuneração**. O autor ressalta que o trabalho das mulheres não se encaixa nesses elementos, já que “o produto do trabalho doméstico não é reconhecido nem como um bem nem como um serviço, o trabalho doméstico permanece assim invisível, não sendo considerado como trabalho” (SOARES, 2011, p.3).

O tipo de emprego em que predomina o trabalho feminino é constituído de atividades com pouca ou nenhuma qualificação, como serviços domésticos (COUTINHO, 2010). Outro dado relevante é que, comparando os serviços e cargos nos quais ambos os sexos atuam, nota-se a menor remuneração da mulher em comparação à do homem. Para Dejours (2005), a definição da dimensão humana do trabalho segue como “aquilo que deve ser ajustado, rearranjado, imaginado, inventado, acrescentado pelos homens e pelas mulheres para levar em conta o real do trabalho” (p.43).

Em Kergoat (1992 apud SOARES, 2011), o trabalho é compreendido como relação social estruturante de todo o campo social, sendo uma categoria central para qualquer estudo sobre as relações humanas. Sendo assim, conceituar o trabalho em termos de relação social não só abrange o caráter meramente econômico como também lhe dá maior complexidade, situando-o em um contexto social e histórico. Dessa forma, o trabalho, como qualquer relação social, é sexuado, referindo-se ao mundo masculino, branco, do setor de produção de bens, remunerado e formal da economia (SOARES, 2011). As atividades realizadas por voluntários ou relacionadas ao trabalho doméstico não são vistas como trabalho, a não ser que, sendo intermediadas por fatores de mercado, sejam negociadas como serviço ou bem no mercado. O trabalho é interligado a relações sociais e de etnia, visto que o trabalho feito por imigrantes geralmente inclui atividades desagradáveis, mal remuneradas, pouco qualificadas e com poucas chances de progressão na carreira. O trabalho também perpassa relações sociais de idade, pois o trabalho dos jovens é mais precário, sendo considerado trabalhos “menores”, de estudante, o que lhes confere um status social menos elevado: “em geral, às vezes somos muito jovens e às vezes somos muito velhos para certo trabalho” (SOARES, 2011, p. 7).

Assim, se não considerarmos as diferentes relações sociais que transpassam o trabalho e se persistirmos em usar o trabalho industrial a fim de entender e representar todos os tipos de trabalho, será muito improvável compreender a experiência do trabalho em sua totalidade. O trabalho tem aspectos negativos,

sendo agente de doenças, acidentes e desgaste físico e mental; mas há também aspectos positivos, tais como realização pessoal, movimento e ampliação de redes sociais. A ausência dele, geralmente materializado pelo desemprego, pode ser um fator perigoso à saúde, ideia contrária à que relaciona felicidade com “nada para fazer”. Quando um sujeito não faz nada, não quer fazer nada e se mantém em uma inatividade quase total, geralmente é sinal, do ponto de vista psiquiátrico, que ele está doente (DEJOURS et al., 1993).

O bem-estar psíquico é resultado de um livre funcionamento voltado à tarefa. Assim, será fator de equilíbrio beneficiar-se de tal livre funcionamento; caso contrário, ocasiona sofrimento e doença (DEJOURS et al., 1993). Em relação à organização do trabalho, esta é vista como a divisão das tarefas, quando alguns indivíduos definem, por outros, qual trabalho deve ser executado, o modo como operar e os ritmos a seguir, o que aponta uma hierarquia, pela divisão dos homens de supervisão, de comando etc., que define todas as relações de trabalho.

Ao relacionar a atividade psíquica à organização do trabalho, há de se reconhecer que algumas organizações provocam desequilíbrio psíquico, causando doenças mentais e físicas e, por fim, a patologia. As atividades que favorecem o equilíbrio psíquico possibilitam a expressão de ideias, a imaginação e o desejo, sendo estas atividades facilitadas em organizações mais flexíveis. Portanto, é primordial:

Transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, flexibilizar a organização do trabalho de maneira a deixar ao trabalhador uma maior liberdade para organizar seu modo operatório e para encontrar os gestos que serão capazes de lhe dar prazer [...] uma diminuição da carga psíquica de trabalho (DEJOURS et al. 1993, p.104).

Tratando de trabalho fatigante, podemos destacar uma classe de trabalhadores que possuem uma rotina de trabalho preocupante, que são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado pelo Ministério de Saúde no início da década de 90, vem sendo exercido, de forma geral, por mulheres, implicando as questões apontadas na discussão sobre as dificuldades de inserção feminina no mercado de trabalho, feitas anteriormente neste capítulo. Os Agentes Comunitários de Saúde têm como função a realização de visitas domiciliares em uma área delimitada, onde acompanham indivíduos, famílias e grupos em suas questões sociais e de saúde, sendo eles mediadores entre os usuários e as unidades da Estratégia de Saúde da Família

(ESF). A ESF teve início no Brasil em 1994, com o objetivo de “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde” (BRASIL, 1997, p. 10).

Os ACS residem no mesmo local onde trabalham e têm uma ligação mais próxima com a população, desenvolvendo um forte vínculo com os usuários e mantendo contato direto com os problemas enfrentados pela população. O ACS se depara e é cotidianamente confrontado com sua própria realidade e ainda sofre as cobranças relativas às suas funções. Outros desafios enfrentados pelos ACS são apontados por Simões (2009):

[...] população insatisfeita com o serviço de saúde, baixa escolaridade e analfabetismo que dificultam o entendimento, condições de higiene, trabalho e moradia precárias. Além disso, o ACS deve prestar contas do seu trabalho à equipe de saúde, que cobra conhecimento e precisão das informações sobre a saúde da população a todo o momento (SIMÕES, 2009, p.6.).

Para uma melhor preparação dos ACS, a equipe deve receber apoio matricial periodicamente. Apoio matricial pode ser definido como a reunião de um grupo composto por diversos profissionais da saúde que realizam uma troca de informações e de experiências, com enfoque em algum tema da saúde que a unidade de saúde necessite, promovendo uma formação continuada dessa equipe. Segundo Oliveira (2008),

O apoio matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção favorecendo, também, uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde (OLIVEIRA, 2008, p.263).

O fato de o ACS residir na área em que atua, conhecendo profundamente a realidade da população, traz algumas consequências negativas que podem acarretar sofrimentos psíquicos, que, segundo Ribeiro e Heloani (2011), representa uma luta constante contra as agressões dos ambientes de trabalho. Sobre o mundo do trabalho, os autores afirmam que a atual lógica de mercado gera instabilidade e clima de ameaça constantes, “Dessa forma, o trabalho está longe de ser um espaço neutro, para o bem ou para o mal. Será gerador de sofrimento ou prazer, desgaste

ou crescimento, dependendo das relações entre o trabalhador e os desafios externos do meio social” (RIBEIRO; HELOANI, 2011, p. 4).

Método

A instituição onde foi desenvolvido o estágio de Psicologia do Trabalho e Gestão é uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (EFS) de um município do estado do MS. O primeiro momento do estágio foi de observação participante dentro da instituição pesquisada, com o intuito de acompanhar as atividades desenvolvidas dentro da unidade, como ações na comunidade, reunião de equipe, caminhada, visitas domiciliares e atividades de rotina. A observação participante é uma técnica de pesquisa definida como:

Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação. Ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO, 2004, p.135).

A observação participante implica, portanto, interação entre o “observador” e o “observado”. As conversas que aconteciam durante essa interação também se tornavam fontes de informação e, quando surgiam oportunidades e espaço, perguntávamos sobre o que estavam realizando, sobre as relações com o trabalho e outros assuntos que nos interessava compreender melhor ou que os ACS quisessem nos deixar a par. O período de observação participante foi concluído como a elaboração de um diagnóstico institucional com base no qual foi feita uma proposta de intervenção para os quatro meses seguintes.

A proposta foi realizar um grupo de reflexão com os ACS, visto que se observou a necessidade e a possibilidade de realização desse grupo com estes trabalhadores. Outros integrantes da equipe se beneficiariam de um grupo desse tipo, porém, considerando o período do estágio, optou-se por privilegiar os ACS que se mostraram mais receptivos para a realização de um trabalho em grupo e por considerarmos o efeito multiplicador que um grupo como esse poderia gerar na unidade de saúde.

Grupo de reflexão, segundo Zimmerman (1997), é um grupo operativo, pois se destina a entender as tensões envolvidas no processo de trabalho. Esses grupos

visam promover reflexões sobre o processo e as relações de trabalho de forma a serem expostas as angústias e tensões relacionadas a esse ambiente.

Foram realizados dez encontros com os ACS abordando temas pertinentes às relações e processos de trabalho. Os encontros tiveram duração média de 45 minutos, com a participação, em média, de quatro ACS por encontro, em virtude dos contratempos que não permitiram que todos participassem de todos os encontros.

Resultados e discussões

A estrutura física da unidade é composta por 15 salas, sendo elas: recepção; sala de triagem; sala de inalação; sala de curativo; sala de medicação; sala de esterilização; copa; almoxarifado; sala de reunião; sala de vacina; consultório de enfermagem; consultório médico; sala de escovação e consultório odontológico; a unidade possui quatro banheiros, sendo dois para funcionários e dois para usuários.

O quadro de funcionários da unidade é composto de: um *médico clínico geral*; um enfermeiro; dois auxiliares de enfermagem; um dentista; um auxiliar de dentista; um fisioterapeuta; seis agentes comunitárias; uma secretária; dois vigias e duas funcionárias da limpeza. A unidade possui horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 7h às 11h e das 13h às 17h.

Os agentes comunitários de saúde desenvolvem uma atividade que eles chamam de “caminhada”, toda segunda e quarta-feira, das 7h às 8h da manhã, nas proximidades da unidade de saúde. Nesse local, os usuários comparecem para fazer pesagem e algumas atividades de alongamento, e iniciam uma caminhada durante esse período. Nas quartas-feiras, os agentes comunitários de saúde possuem auxílio de professores e acadêmicos de uma universidade para o desenvolvimento das atividades de alongamento com os usuários. Além das atividades de rotina da unidade, são desenvolvidas também campanhas de saúde e matriciamento. O matriciamento, ou apoio matricial, é um processo de formação realizado no serviço, por profissionais da área da saúde do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), com os integrantes da equipe das unidades de saúde, buscando levar e disseminar um conhecimento específico para o que a equipe poderá se deparar no seu dia a dia (OLIVEIRA, 2008).

Durante a realização do estágio de Psicologia do Trabalho e Gestão, foi feito o acompanhamento das atividades realizadas na unidade de saúde, duran-

te o qual, primeiramente, observamos e criamos vínculo, para posteriormente iniciarmos entrevistas. Uma das primeiras atividades observadas foi a “caminhada”, quando tivemos a oportunidade de ouvir os agentes comunitários que falaram sobre questões relativas à falta de material para o trabalho. Segundo eles, há aproximadamente três anos não recebem uniformes e bolsas para trabalharem e há um ano realizaram o pedido de protetores solares que ainda não chegaram, além da falta de outros materiais como lápis, borracha e caneta para realização dos cadastros das famílias. Também se observou, na unidade, a insuficiência de vacinas e de instrumentos para coleta de exames.

Outro ponto levantado pelos agentes comunitários de saúde foi a cobrança para atingir as metas de visitas domiciliares, que impõem a realização de, no mínimo, 150 visitas por mês. Excepcionalmente, nestes últimos meses, era necessário realizar o cadastramento de todas as famílias para o e-SUS, que é um novo sistema de dados. Com a realização desse novo cadastro, as visitas domiciliares caíram, pois esse processo demanda mais concentração e tempo dos agentes e a quantidade de famílias a serem cadastradas é alta. Segundo o site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o e-SUS Atenção Básica é uma estratégia de informatização qualificada do SUS e de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

Outra atividade acompanhada foram as visitas domiciliares com uma agente comunitária. Durante a observação das visitas e em conversas com a agente, apresentaram-se as dificuldades que os ACS enfrentam, como falta de colaboração por parte das famílias, principalmente no cadastramento do e-SUS, onde são necessárias as documentações de todos da família. Em todas as visitas acompanhadas, o cadastramento ficou incompleto, obrigando o agente comunitário a retornar à casa em outro momento para finalizar o cadastro..

Houve a oportunidade de observar outras duas atividades da unidade, nas quais se viu o bom entrosamento da equipe da ESF, como também o bom relacionamento com os usuários da unidade. Uma dessas atividades foi realizada em uma escola próxima a ESF, onde fizeram pesagem, atendimento médico e oftalmológico breve, com as crianças da escola. A outra atividade foi o Hiperdia, no qual os pacientes Hipertensos mediam a pressão e a insulina (no caso de diabéticos); também faziam pesagem e tiravam medida da cintura.

Outra oportunidade foi a de observar uma reunião de equipe da unidade, quando foram discutidas as datas para realizações de algumas campanhas, a

importância de realização de notificações para a vigilância sobre doenças infecto-contagiosas, a escolha de data para o início do matriciamento de saúde mental e assuntos gerais. Nessa reunião, todos eram ouvidos e podiam expressar suas opiniões. Sobre o relacionamento dos agentes comunitários de saúde com a coordenadora da ESF, em outras oportunidades, os agentes relataram grande admiração pela coordenadora, afirmando que o diálogo entre eles é bom.

As outras observações feitas foram do cotidiano da unidade, durante o qual, a todo o momento, notou-se o bom relacionamento entre a equipe, como também com o usuário, além da paciência e da dedicação em acolher bem os usuários. Esses foram pontos positivos observados. Com isso, pode-se inferir que o modo de gestão dessa unidade é híbrida, tendo a gestão participativa, quando todos possuem voz e são ouvidos, e também a gestão por excelência, notada por parte dos agentes comunitários de saúde, no estabelecimento de metas a serem atingidas, responsável pelo sofrimento desses profissionais.

Sobre as relações da equipe da ESF com os usuários, foi possível notar um relacionamento de proximidade e bom vínculo; preocupação; paciência e compreensão. Na relação entre a própria equipe destinada à intervenção nesse trabalho, percebeu-se o diálogo bastante presente, o que, de fato, permitiu a formação do grupo de reflexão como proposta de intervenção. A intervenção consistiu em dez encontros com os ACS, abordando temas pertinentes às relações e processos de trabalho. Em seguida, será detalhado cada encontro.

No **primeiro encontro** adotou-se como proposta ouvir sobre o que é ser agente comunitário de saúde na perspectiva dos ACS daquela unidade. Várias demandas apresentadas foram tratadas nos grupos posteriores. Realizou-se também um levantamento de sugestões do grupo, de assuntos relacionados ao trabalho que gostariam que fosse alvo de debate. Com isso, buscou-se que os temas tratados em todos os grupos pudessem fazer sentido para os ACS, para que não fosse algo desconhecido de suas realidades, semelhante à gestão cuidadora que, segundo Ribeiro (2011), busca potencializar o reconhecimento do trabalhador, como obra produzida por ele. Com a finalização deste grupo, obtiveram-se palavras que resumiriam o que seria ser ACS, como “persistente”, “trabalho”, “companheirismo”, “pilar da unidade” e “saber ouvir”.

No **segundo encontro**, trabalhou-se com os ACS o texto *Escutatória*, de Ruben Alves (1999), que foi dividido para que todos os ACS pudessem participar da leitura e, a cada leitura, eram feitas reflexões sobre o trecho lido. No processo de leitura, foi feita uma pergunta para uma das ACS, que era a seguinte: “Como

ACS, o escutar é difícil?”. Foi possível notar que para essa ACS o mais fácil era escutar, pois nesses momentos estariam somente ouvindo e não expondo os seus problemas. Com esse questionamento, apareceu por parte dos ACS a necessidade de serem ouvidos também, de terem um espaço destinado para a escuta dos seus problemas, proposto pela psicodinâmica do trabalho como “espaços públicos de palavra, ou melhor, de um ‘território’. São espaços nos quais se pode manifestar a verdadeira inquietude, medos e angústias provenientes do espaço laboral, sem a sensação de ter que pagar caro por isso” (RIBEIRO, 2011, p. 192).

Em seguida, uma das ACS comentou uma parte do texto sobre a dificuldade de prestar atenção quando se está com a cabeça cheia de outras coisas, e disse que ela estava passando por isso naquela semana, que sua cabeça estava cheia e acabou não dando importância para muitas outras coisas. Com o decorrer do texto, foi feita para uma ACS a seguinte pergunta “Alguma vez a sua fala como ACS foi vista como uma fala tola e sem significado? Como se sentiu em relação a isso?”. A ACS rapidamente respondeu que já aconteceu sim e que se sentiu mal, deu exemplos de alguns momentos que passou com usuários e principalmente com a própria equipe da ESF. Relataram que são raras as vezes em que as falas dos ACS são levadas a sério. Essa queixa é recorrente na literatura, havendo uma certa desvalorização do ACS, e suas contribuições são consideradas irrelevantes pela equipe (RIBEIRO et al., 2015)

A proposta do **terceiro encontro** foi levar para discussão a valorização do ACS. Para isso, foi utilizado um jogo com bexigas, em que todos os ACS deveriam jogar suas bexigas para cima sem que esta caísse no chão. Aos poucos se pedia que uma pessoa por vez se retirasse até que ficasse somente um ACS tentando manter todas as bexigas no ar. Após a explicação e a execução do jogo, houve um momento de reflexão do jogo realizado e da relação que eles faziam do jogo com o cotidiano de trabalho deles. Nesse momento, foi possível obter relatos sobre sobrecarga de trabalho, fazendo-se uma analogia ao jogo, observando-se que quando estão todos na roda, fica mais fácil manter os balões no ar, e quando faltam pessoas, o trabalho fica mais difícil. Os agentes comunitários de saúde acabam sendo “tapa-buracos”, por causa da falta de profissionais para realizarem as diversas atividades da unidade (RIBEIRO, 2011).

Depois dos comentários feitos sobre a relação do jogo com o trabalho, o tema “valorização” foi lançado ao grupo como algo pouco presente no dia a dia dos ACS. Os ACS expuseram falas vindas da comunidade, que consideram que o trabalho deles é fácil, que eles quase não trabalham, expuseram a desvalorização

que a equipe imprime ao trabalho deles, afirmando que tudo que fazem não passa de suas obrigações, não recebem elogios e agradecimentos, o que foi confirmado por todos os ACS presentes.

Com o final da discussão sobre valorização, cada ACS estourou a bexiga com que estava no início do grupo, pegou o papel que estava dentro e leu o que estava escrito. Em cada bexiga continha uma palavra escrita por eles no primeiro dia do grupo que foram: Persistente, Trabalho, Companheirismo, Pilar da unidade e Saber ouvir. Dessa forma, pode-se mostrar que existia um ponto positivo sobre a valorização dos ACS, que é a forma como eles se enxergavam, com valor diante do trabalho que realizam; as palavras escritas por eles mostram ACS com bons valores, a despeito da opinião da equipe e da comunidade.

No **quarto encontro**, a proposta foi discutir sobre a “privacidade”. Para isso, foi utilizado o jogo da “batata quente”: tocou-se uma música e os ACS passaram uma bola entre eles, e cada vez que a música parava, o ACS que estava com a bola falava uma palavra que tivesse relação com privacidade. Com a execução do jogo, as seguintes palavras/expressões apareceram: “muito bom”, “sigilo”, “eu gosto”, “espaço”, “não temos”, “necessário”, “almoço”, “hora de descanso”, “respeito”, “individualismo”, “silêncio”, “segredo”.

Cada palavra dita era escrita em um cartaz, pregado na parede em volta da palavra central “privacidade”. Após a finalização do jogo, iniciou-se a discussão de cada palavra relacionada, quais as motivações e conexões feitas para que elas fossem ditas. Durante a discussão, surgiu a grande dificuldade de os ACS terem sua privacidade, com relatos, confirmados por todos os ACS, de que são incomodados na hora do almoço, no supermercado, nas férias, em horários fora do expediente. Semelhante a essa situação, Ribeiro e Heloani (2011) verificaram “um controle exacerbado da população sobre o ACS, tem sua privacidade comprometida por uma posição assumida no trabalho, de vínculo exacerbado, que o adoce” (p.185). Nesse encontro, os ACS puderam externalizar suas dificuldades, como o desrespeito à privacidade, dificuldade que deriva da sua relação de proximidade e intimidade no trabalho.

No **quinto encontro**, o tema proposto para debate era o cuidado de si, e para auxiliar foi utilizado o jogo do espelho na caixa. Segundo esse jogo, todos os ACS deveriam olhar para dentro de uma caixa e descrever o que estavam vendo. O objetivo era que a descrição feita fosse sobre a imagem deles, porém, possivelmente por falha na hora da explicação do jogo, a maioria dos ACS descreveu o objeto (espelho). Somente dois ACS descreveram a sua imagem, relatando que

era algo importante e da qual gostavam; outro relatou não ter gostado do que viu, por que era algo cansado e sem expressão. Quando se iniciou a discussão sobre o jogo, alguns ACS confirmaram que realmente não tinham entendido a proposta, por isso relataram o objeto. Depois foi solicitado que pensassem sobre a imagem que viram, para que pudessem dar exemplos de formas de cuidado de si no trabalho. Os exemplos dados ficaram restritos aos cuidados físicos como, tomar água, passar protetor solar, não carregar muito peso, entre outros. Apesar da relevância dos problemas apontados, viu-se a necessidade de trabalhar o tema do cuidado de si, tendo como foco a saúde mental dos trabalhadores.

A proposta para o **sexto encontro** foi a discussão do tema “cuidar de si no trabalho” e, para isso, foi realizado um jogo, no qual todos os ACS desenharam em uma folha como eles se viam no trabalho. Foi dado um tempo para que realizassem o desenho, depois foi solicitado que passassem a folha para o colega da esquerda, que deveria continuar o desenho de onde o colega parou. A troca foi realizada entre todos ACS até que o desenho voltou para o autor de origem. Ao término do jogo, houve a discussão. Os ACS gostaram da atividade desenvolvida e, ao serem questionados sobre os desenhos — se eles realmente representaram como eles se viam no trabalho — todos concordaram que sim, todos os desenhos relatavam como era o trabalho dos ACS; muitas pessoas e casas estavam presentes em todos os desenhos. Depois que todos tiveram a oportunidade de comentar seu desenho, uma pergunta lhes foi feita: o que eles fazem ou deveriam fazer para se cuidarem no ambiente de trabalho? Nesse momento, um dos ACS comentou que seria tentar não se envolver demais com as coisas do paciente, o grupo todo concordou com a afirmação e uns comentaram que deveriam chegar em suas casas e esquecer o serviço e os problemas dos pacientes, apesar de isso ser difícil. Houve muita discussão em torno desse assunto.

Alguns comentaram que, ao chegar em casa, deixam os serviços para o lado de fora, e outros relataram não conseguirem deixar de lado, mas que isso não causava incômodo. Um dos ACS apontou o grupo de reflexão como uma forma de cuidar de si, relatou que o grupo de que estavam participando era importante, ressaltando que não encontram com quem falar sobre os problemas que enfrentam. Segundo Ribeiro (2011), se o trabalhador puder falar, processar suas motivações nas reuniões de equipe, estas podem tornar-se terapêuticas. Diante do relato do ACS, sinalizou-se que o grupo tinha como objetivo proporcionar esta escuta. Outras demandas apareceram, como: falta de sala para os ACS e desvio de função. Para discutir essa questão, levantaram-se formas para solucionar esses problemas,

ênfatizando a necessidade do diálogo entre a equipe. Para finalizar o grupo, foi pedido aos ACS que falassem uma palavra que descreveria o seu desenho final. As palavras foram: Companheirismo, Diálogo, Envolvimento, Participação e Amizade com a comunidade.

A proposta do **sétimo encontro** foi trabalhar os casos em que os ACS não conseguiam parar de pensar. Essa demanda surgiu anteriormente, quando os ACS relataram a necessidade de não se envolver tanto com os problemas dos pacientes. Para poder auxiliar, utilizou-se um jogo em que todos os ACS recebiam um personagem de uma história que seria lida; quando fosse falado o nome do seu personagem, o ACS deveria ficar em pé rapidamente e bater palma; quando fosse lida a palavra “carruagem”, todos deveriam ficar em pé e bater palma. O desfecho da história era que todos se juntavam para resolver um problema. Após a leitura, começou a discussão de como foi realizar aquela atividade, e os ACS comentaram que ficaram mais preocupados em bater palma, o que atrapalhou o entendimento da estória.

Foi feita nova leitura do texto, sem que precisassem bater palma, para que entendessem a história. Ao término, foi perguntado qual era a relação da história lida com o trabalho que realizam. Um dos ACS disse que era a colaboração, quando todos se unem para resolver um problema. Pensando nessa colaboração, pediu-se que relatassem quais tipos de casos atendidos são mais difíceis de serem esquecidos ou que passam muito tempo pensando neles. Os ACS disseram que os casos como agressão, doenças graves e abuso são alguns deles. Um dos ACS comentou que uma paciente estava com o rosto machucado e o ACS suspeitou de agressão do marido, mas a paciente disse que tinha caído. Esse momento marcou a ACS. Outros casos foram relatados pelos ACS, mas os que envolviam familiares eram os mais preocupantes, pela identificação com os próprios familiares. Ribeiro (2011) relata que o vínculo é algo necessário para o trabalho, mas, muitas vezes, esse vínculo torna-se excessivo quando a identificação com o usuário vai além da relação de cuidado profissional. Os ACS sentem como se os usuários fossem de suas famílias. Muitos ACS querem passar todos os dias na casa do usuário que foi diagnosticado com a mesma doença que a mãe ou o pai de cada um deles, de modo que não conseguem se desligar do trabalho, pesando nesses casos o tempo todo. Segundo Ribeiro (2011), esse não desligamento do trabalho é uma contaminação involuntária do tempo de lazer ou de descanso, afetando desfavoravelmente a saúde do trabalhador, corroborando no desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas. Quando se pediu que os ACS pensassem em formas de tornarem

esses casos mais leves, realizou-se a ligação do que foi relatado sobre o texto no início do grupo, que todos devem se unir para resolver os problemas. Pensando dessa forma, os ACS chegaram à conclusão que a realização de discussão de casos seria uma maneira de ajudar, pois separariam um momento para que os casos fossem relatados e todos pudessem ajudar, mesmo que a ajuda fosse somente escutar.

O **oitavo encontro** teve como proposta refletir sobre as decisões no trabalho. Para auxiliar a discussão, foi realizado um jogo no qual os ACS eram divididos em dois grupos e cada grupo recebeu uma história sobre um naufrágio. Nessa história, 18 pessoas a bordo do navio naufragado deveriam escolher duas para salvarem. Os ACS escolheram as pessoas que salvariam e explicaram o porquê da escolha, mas deixando claro que gostariam de salvar todos. A questão feita aos ACS foi se existia alguma relação da atividade realizada com o cotidiano de trabalho. Um dos ACS disse que a relação estava no fato de que eles lidam com todos os tipos de pessoas citadas no texto. Um ACS disse que a relação estava em fazer escolha, pois muitas vezes se deparam com uma única vaga para um atendimento específico, do qual várias pessoas precisam. Nesses momentos, devem decidir para quem marcar a consulta. Outra relação feita foi sobre as visitas médicas, quando, muitas vezes, se deparam com muitas pessoas de sua área precisando de visita, mas precisam escolher as prioridades, muitas vezes querem ajudar a todos, mas não encontram meios para isso.

A proposta do **nono encontro** foi trabalhar a representação do trabalho para os ACS. Para auxiliar no desenvolvimento do tema, utilizou-se o seguinte jogo: foi distribuído para todos os ACS uma folha A4 e pediu-se que fosse feito algo que representasse o trabalho. Não poderiam escrever na folha, somente dobrar ou cortar. Ao finalizarem a atividade, pediu-se que todos dissessem o que fizeram, e por que representaria o seu trabalho. Um ACS enrolou o papel fazendo uma caneta e relatou que a vida deles se resume em ficar escrevendo as coisas, fazendo anotações para não esquecer as coisas, por isso a caneta representava o seu trabalho. Outro ACS cortou a folha em forma de um coração, relatando que eles trabalham muito pela emoção, que às vezes não realizam seu trabalho pelo salário e sim pelo amor. O outro fez um caderno, representando seu caderno de anotações de endereços, números de famílias, lembretes e tudo mais, e afirmou que, sem o caderno, ficavam perdidos. Um dos ACS fez um barco, que representa levar e trazer as pessoas, que é o que fazem, levam e trazem informações para os pacientes; estão o tempo todo indo para lá e para cá, passam por tempestades, quase afundam, mas estão ali. O último ACS fez uma bolsa rasgada, que, segun-

do ele, está parecida com a que usa. A bolsa representa o seu trabalho, pois não sai sem ela, é onde leva sua caneta, caderno, encaminhamento e outras coisas. Enquanto cada ACS descrevia seu objeto, os outros ACS eram questionados se aquilo que seu colega relatou é uma realidade para eles também, se os representavam realmente, e todos concordaram com as descrições dos colegas.

Com as apresentações finalizadas, pediu-se que os ACS realizassem uma escultura unindo todos os objetos feitos de forma que fizesse sentido para eles. Colaram a caneta e o caderno junto com a bolsa e tudo foi para dentro do barco, com o coração na frente. Durante a execução, alguns ACS comentaram que o barco deveria ser um navio, e que o coração tinha que vir em primeiro lugar. Quando finalizaram a escultura, perguntou-se se estava fazendo sentido o que eles fizeram, e concordaram que sim, que estavam exatamente daquela forma, cheios de coisa para fazer e para carregar. Com isso, perguntou-se quais as coisas que estão carregando que poderiam tirar do “barco” deles, para aliviar a carga. Comentaram sobre a recepção da unidade, atividade que realizam mesmo não sendo função deles, pois passaram algum tempo sem recepcionista. Depois a recepcionista ficou doente, teve que tirar licença, e no início do ano tiraria férias, e novamente a equipe do ESF está contando que os ACS fiquem na recepção, o que tem sido um fardo para os ACS.

Simões (2009) aponta a sobrecarga e estresse da categoria, uma vez que o agente comunitário de saúde deixa de realizar visita, atividade principal dele, e passa a atuar como desvio de função e, ao mesmo tempo, é cobrado pela sua produção. Os ACS se queixaram dessa sobrecarga e mostraram-se mobilizados para buscar os direitos deles, a fim de não exercerem mais essa função. Outra queixa apresentada em relação à sobrecarga no “barco” deles foi sobre operar o Sistema de Registro da unidade, pois não possuem conhecimento suficiente sobre o sistema, além de serem os únicos que não recebem adicional no salário para mexer no sistema. Para finalizar o grupo, diante de todas as queixas apresentadas, foi sinalizada a necessidade de os ACS repensarem seu cotidiano de trabalho, preocupando-se com a sua saúde mental. O desvio de função dos ACS e a sobrecarga de trabalho são relatados na literatura (RIBEIRO et al., 2015).

No **décimo** e último encontro, a proposta consistiu na devolutiva. Para a realização da devolutiva foi utilizada uma folha com desenho de um barco, simbolizando o que havia sido produzido no último grupo, e pediu-se que todos os ACS escrevessem o que levariam de todos os grupos realizados. Apresentaram observações favoráveis e percebeu-se que os ACS aproveitaram o espaço destinado

para eles, discutiram suas angústias e sofrimentos, passaram a ouvir melhor o outro, refletiram sobre o trabalho do ACS, compartilharam sobre o valor do ACS na ESF, puderam ver que um grupo para discussão pode favorecer em seu cotidiano de trabalho, entre outros ganhos. A finalização do grupo ocorreu após a discussão e reflexão dos comentários escritos, e pode-se perceber a vontade de continuidade do grupo de reflexão. Para a psicodinâmica do trabalho “a transformação do sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa depende fundamentalmente do uso da palavra e de um espaço de discussão onde perplexidades e opiniões são públicas” (DEJOURS, 1996, p. 170).

Considerações finais

Com a realização deste trabalho, pode-se notar a existência do sofrimento no trabalho, de uma forma geral, na unidade, pois durante o diagnóstico institucional percebeu-se que não somente uma categoria de trabalhadores de saúde passa por dificuldades, mas a equipe toda. Como o enfoque era nos ACS, as dificuldades enfrentadas por esse grupo foram destacadas, como falta de material, desvio de função, intimidade exacerbada com a comunidade, identificação com o sofrimento do outro, entre outros transtornos que fazem que esse grupo de trabalhadores mereça uma atenção maior sobre os cuidados de sua saúde psíquica, pois possuem vários fatores que podem levar ao adoecimento.

O processo de Educação Permanente em Saúde (MERHY et al., 2006) foi fundamental na elaboração da proposta dos grupos realizados com os ACS, realizados no contexto do trabalho e durante o expediente, o que possibilitou o resgate dos conhecimentos dos ACS e a sua valorização, evidenciando o quanto necessitam serem ouvidos. O conhecimento coletivo acerca das adversidades enfrentadas pelo grupo possibilitou o fortalecimento da união da equipe e da valorização do próprio trabalho.

O intuito de oferecer um espaço de reflexão e discussão com os ACS, baseado na Psicodinâmica do Trabalho e na Educação Permanente em Saúde, surtiu um efeito muito positivo, pois os ACS puderam, diante do grupo, expor suas angústias e dificuldades, de forma a serem discutidas e refletidas, visando sempre a uma transformação positiva da qualidade de vida no trabalho.

Muitas demandas poderiam e deveriam surgir no grupo com os ACS, mas, com o tempo disponível para o desenvolvimento da intervenção, acredita-se que os objetivos foram contemplados com êxito, pois, no espaço proporcionado, teve-

-se a confiança e a liberdade em expor conteúdos que traziam sofrimento, reflexões que resultaram em ações e que, principalmente, despertaram a importância e a necessidade do cuidado com a saúde psíquica daquela categoria de trabalhadores.

Referências bibliográficas

- ALVES, R. Escutatória. In: _____. **O amor que acende a lua**. Campinas, SP: Papirus, 1991.
- BRASIL. **E-SUS Atenção Básica**. 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 22 fev. 2016.
- _____. **Portal da saúde: HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 09 dez. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- COUTINHO, D. P. R. Aspectos do trabalho feminino nas estatísticas oficiais. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE TRABALHO E GÊNERO, 3., 2010, Goiânia. **Anais...** Goiânia: UFG, 2010. v. 1. Disponível em: <<http://www.strabalhoegenero.cienciasociais.ufg.br/up/245/o/Dolores.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2016.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB. **Nota Técnica 7-2013**, Brasília, 19 de abril de 2013.
- DEJOURS, C.; DESSORS D.; DESRLAUX F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n. 3, p.98-104, 1993.
- DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. (Coord.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. Tradução de Arakcy Martins Rodrigues et al. São Paulo: Atlas, p.149-173, 1996.
- MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. 1.
- MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**, La Plata, v. 2, n. 2, p.147-160, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
- OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas da atenção básica – saúde ampliada e compartilhada**, p.273-282, 2008.
- RIBEIRO, S. F. R.; HELOANI, J. R. M. Sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde: interfaces entre processo de trabalho, formação e gestão. **Revista da RET Rede de Estudos do Trabalho**, Ano V, n. 9, 2011.
- RIBEIRO, S. F. **Sofrimento psíquico e privacidade do agente comunitário de saúde**. 182 f. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia)–Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.

RIBEIRO, S. F. R.; AMARAL, P. J. V. DO; STALIANO, P. Sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde: revisão bibliográfica. **R. Laborativa**, v.4, n.1, p.79-96, 2015.

SAMPAIO, J. R. Psicologia do trabalho em três faces. In: GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. R. (Orgs.) **Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos**: estudos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.19-40, 1998.

SOARES, A. Tão longe, tão perto: o trabalho no setor de serviços. **Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho**, ano 16, n. 26, p.89-117, 2011.

SPECTOR, PAUL E. **Psicologia nas Organizações**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SIMÕES, A. R. O Agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **R. Saúde Públ.**, Florianópolis (S.C.), Brasil, v.2, n.1, p.6-21, 2009.

ZIMMERMAN, E. D.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos em grupo**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

CAPÍTULO 4

GRUPO DE REFLEXÃO E ESCUTA: INTERVENÇÃO COM AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

*Natani Chaves Nascimento Marques
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro*

O presente capítulo contempla as atividades desenvolvidas pelas acadêmicas do décimo semestre de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), integrantes do Estágio Supervisionado de Psicologia do Trabalho e Gestão durante o primeiro e segundo semestres letivos de 2014. O estágio foi realizado em uma unidade de saúde da Estratégia de Saúde da Família, tendo como a promoção da saúde do trabalhador. A relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização de trabalho é apontada por Ribeiro (2004) como acarretadores de dificuldades e consequências nefastas a todo o sistema público de assistência à saúde.

As atividades foram supervisionadas pela docente responsável pelo estágio em reuniões semanais no Laboratório de Psicologia Aplicada (LAPSI) da UFGD. Num primeiro momento, o estágio baseou-se na observação participante, com relatos registrados em diário de campo, discutidos e analisados em supervisão, quando foram discutidos os aportes teóricos e as estratégias para uma maior aproximação com o campo de estágio. Após esse momento, foi realizado o diagnóstico organizacional, permitindo planejar intervenções com objetivos específicos para o público-alvo, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

De acordo com os dados coletados e analisados, foi possível a criação de um grupo de caráter reflexivo e de escuta com as Agentes Comunitárias de Saúde das duas equipes existentes na unidade. Foram realizados nove encontros semanais, com duração de cinquenta minutos cada um, contando, em média, com cinco profissionais da área. Essa experiência, além de constituir oportunidade única de fazer parte de um estágio de formação acadêmica em Psicologia do Tra-

balho e Gestão, teve também o intuito de contribuir com a comunidade por meio da nossa atuação.

Apesar de este capítulo tratar da Psicologia do Trabalho, algumas questões são discutidas pela área denominada Psicologia Organizacional e do Trabalho, termo que vem sendo empregado desde meados dos anos 90 e tem como objetivo principal abarcar o grande bloco das organizações, seus aspectos e fenômenos psicossociais envolvidos e o trabalho, atividade essencial na construção de sentido da vida do ser humano (ZANELLI; BASTOS, 2004). Cruz e Azevedo (2006) apontam que a Psicologia do Trabalho, equivocadamente, ainda está associada ao modelo clínico de curar, esperando uma solução rápida para o problema emergente e, de certa forma, padronizada. Entretanto, as contribuições da psicodinâmica do Trabalho apresentam a noção de processo de trabalho, requerendo a articulação de várias dimensões sociais, econômicas e psíquicas, para que as mudanças ocorram. Para Dejours (1992), o trabalhador não possui clareza quanto aos motivos de seu sofrimento e atribui eventuais falhas a si mesmo ou a um colega de trabalho. Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, ele passa a utilizar mecanismos de defesa ou estratégias defensivas para driblar o sofrimento. Para Ribeiro e Martins (2011), o uso dos mecanismos de defesa consiste em uma saída provisória para os problemas, mas pode se tornar pernicioso, pois, “na maioria das vezes o trabalhador não pode alterar nada nesse mundo externo, ficando à mercê de uma organização do trabalho que em nada coincide com seu próprio ritmo biológico, endócrino e psicoafetivo” (DEJOURS, 1992 apud RIBEIRO; MARTINS, 2011, p.243).

Dessa forma, o foco principal desta atuação consistiu em buscar o aprimoramento das relações de trabalho voltadas para o benefício da saúde mental do trabalhador, com saídas que pudessem transformar os mecanismos de defesa em mecanismos de resistência. A importância do estágio em Psicologia Organizacional e do Trabalho surge como uma oportunidade de propiciar aos trabalhadores um olhar reflexivo, por meio dos espaços criados para discussão e reflexão, sobre temas que estão presentes na realidade que vivenciam e que causam sofrimento, ainda que eles não percebam.

O presente trabalho fundamenta-se basicamente na Psicodinâmica do Trabalho, por melhor embasar este estudo e pela possibilidade de atuação. Segundo Heloani e Lancman (2004), para entender as organizações de trabalho e as relações envolvidas, torna-se necessário identificar as situações de trabalho que geram sofrimento e agravos à saúde do trabalhador. Os autores consideram o trabalho como base da vida cotidiana das pessoas, sendo fundamental na constituição das

relações envolvidas e da própria singularidade do indivíduo. O trabalho é caracterizado pelos autores como gerador de conflitos entre o mundo externo e interno, podendo resultar em sofrimento psíquico. Assim, o mesmo trabalho que proporciona crescimento ao sujeito também o leva a sua degeneração.

Silva de Paula et al. (2010) afirmam ser inevitável o sofrimento no trabalho, uma vez que é rara a adaptação entre o que se deseja fazer e o que se pode fazer:

[...] a noção de sofrimento é central e implica um estado de luta do sujeito contra as forças que estão empurrando em direção à doença mental. E o sofrimento psíquico é uma vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o bem-estar psíquico. Neste contexto, quando o profissional é impedido de ser sujeito de seu comportamento e surgem conflitos decorrentes do confronto entre a personalidade e o desejo do profissional e a organização do trabalho que não lhe oferece a liberdade necessária para que possa usar suas aptidões no exercício do trabalho, culmina no sofrimento e na alienação (SILVA de PAULA et al., 2010, p. 272).

Segundo Martins e Ribeiro (2011), o trabalho é um mediador social e criador de riquezas, possibilitando a transformação humana e, contraditoriamente, a desumanização. Tal contradição tem sido aprofundada nas sociedades contemporâneas, por meio da chamada reestruturação capitalista, que modifica relações e condições de trabalho, tornando-as mais flexíveis, em relação aos direitos trabalhistas, e instáveis quanto aos fluxos de emprego e desemprego. A área da saúde não tem escapado a esses acontecimentos.

O psicólogo, ao adentrar as organizações, procura conhecer as relações ali estabelecidas, munido de uma visão crítica que possibilite analisar os dados após as observações e interações, a fim de propor ações efetivas que gerem melhorias para o público-alvo. No desenvolvimento do estágio, após um diagnóstico organizacional na unidade de saúde, optou-se por realizar uma ação com os agentes comunitários de saúde, na sua maioria, mulheres.

O agente comunitário de saúde é considerado fundamental no processo de implementação do Sistema Único de Saúde, e as atribuições da profissão estão relacionadas com o fortalecimento das relações entre os serviços de saúde da atenção primária e a comunidade. Para o Ministério da Saúde, o trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde é uma extensão dos serviços e, por ser morador do bairro onde trabalha, possui um envolvimento maior com os usuários (BRASIL, 2009).

A fim de justificar a escolha do público alvo deste estudo, buscamos salientar que a profissão de agente comunitário de saúde se torna vulnerável devido à proximidade entre a sua vida profissional e a sua vida pessoal, o que dificulta a preservação da sua saúde mental, pois a absorção da dor e do sofrimento do outro é intensificada. Dessa forma, pode-se considerar que o profissional se mistura com o outro por meio da empatia, gerando sofrimento e confusão, pois a compreensão que o profissional tem de si e dos outros se torna muito próxima. Assim, o profissional encontra dificuldades para cuidar de si dentro e fora do trabalho (RIBEIRO, 2011).

Bueno e Macêdo (2012) propõem a criação de espaços de discussão coletiva, a fim de possibilitar a fala e a escuta dos trabalhadores, sem julgamentos e críticas, buscando ressignificar a relação com o trabalho e minimizar o sofrimento gerado com o alívio das pressões. As características do coordenador de um grupo de discussão coletiva, ou grupo de reflexão, são: gostar e acreditar em grupos; amor às verdades; coerência; senso de ética; respeito; paciência; continente; capacidade negativa; função de ego auxiliar; função de pensar; discriminação; comunicação; traços caracterológicos; modelo de identificação; empatia e síntese e integração (ZIMERMAN, 1997). Com essas características e funções, o coordenador pode proporcionar aos integrantes do grupo um ambiente propício para alcançar seus objetivos, podendo ser metas objetivas ou melhoras terapêuticas (ZIMERMAN, 1997).

As intervenções, por meio dos encontros, buscaram promover momentos de discussão e reflexão acerca de temas relacionados com a realidade de trabalho que o grupo vivenciava, além de acolhimento e o desenvolvimento de um olhar criativo acerca dos temas propostos. Sabemos que a Psicologia tem se desenvolvido em muitos campos de atuação, alguns solidificados e outros ainda em fase de expansão. Este capítulo apresenta atividades desenvolvidas num campo em construção, a Psicologia do Trabalho, adentrando no campo da saúde pública. Como proposta inicial deste estágio, tornou-se de suma importância a inserção do estagiário de psicologia na instituição de saúde, com o objetivo de criar um espaço de discussão e subjetivação, onde os trabalhadores pudessem se expressar acerca dos fenômenos que vivenciam diariamente. Este trabalho justifica-se pela importância de se pensar na saúde mental do trabalhador, considerando que, apesar de sua relevância em qualquer esfera profissional, é um fator pouco discutido e considerado.

O estágio em Psicologia do Trabalho e Gestão foi ao encontro do que os trabalhadores solicitaram, ou seja, há muitos trabalhos realizados em instituições de saúde que possuem o seu foco somente nos usuários, mas poucos trabalhos são desenvolvidos com o trabalhador da saúde. A expectativa era a de que, por meio desse estágio, tenha sido possível contribuir de forma satisfatória para a realidade do grupo, contribuindo, assim, para a diminuição do adoecimento psíquico.

Método

Os sujeitos deste estudo são trabalhadores de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família: agentes comunitárias de saúde, tratadas no gênero feminino, já que eram todas mulheres. Das participantes, quatro eram de uma equipe e três de outra; as duas equipes atuantes na mesma unidade, porém, responsáveis por bairros diferentes.

O diagnóstico organizacional foi realizado por meio da observação participante — parte essencial para compreensão da realidade do cotidiano de trabalho. Para Minayo (2004), a observação participante possibilita uma melhor elucidação do fenômeno a ser pesquisado. A autora julga necessária a presença do pesquisador no campo para uma melhor apreensão qualitativa da realidade.

O cotidiano das agentes comunitárias de saúde foi observado pelas estagiárias no período de maio a julho de 2014. A observação tinha duração de 4 horas e acontecia uma vez na semana. Os eixos de observação participante foram os vínculos entre as duas equipes, relações interpessoais na organização do trabalho, rotina de trabalho, funções exercidas por cada profissional presente na unidade (agente comunitária de saúde, médico, dentista, secretaria, auxiliar de enfermagem e auxiliar de limpeza).

Assim, depois de efetuado o período de observação, o diagnóstico organizacional consolidado possibilitou traçar um plano acerca da intervenção a ser executada. Foi definido que o público alvo para a intervenção seriam as agentes comunitárias de saúde (ACS). Optou-se pela execução das atividades envolvendo jogos que permitissem a reflexão e discussão de temas relacionados ao trabalho e rotina dessas profissionais. As estratégias de abordagem em grupo e os jogos dramáticos realizados partem de pressupostos teóricos que fundamentam este modelo de intervenção, já expostos na introdução, sobre grupos e espaços públicos de reflexão (ZIMERMAN, 1997; DEJOURS, 1992).

A escuta proposta pela Psicodinâmica do Trabalho é realizada de forma coletiva e desenvolvida a partir de um processo de reflexão, realizado com o conjunto de trabalhadores. Essa abordagem busca favorecer processos de reflexão e de elaboração, que criem uma mobilização entre os trabalhadores, de forma que eles possam alavancar mudanças no trabalho ou em suas relações laborais. É somente a partir desse processo reflexivo sobre o próprio trabalho que o indivíduo se torna capaz de se reapropriar da realidade de seu trabalho, e é essa reapropriação que pode permitir aos trabalhadores a mobilização que vai impulsionar as mudanças necessárias para tornar esse trabalho mais saudável. Essa escuta se dá em grupos, entendidos como uma ampliação do espaço público de discussão, o que possibilita a transformação de compreensões individuais em reflexões coletivas (HELOANI; LANCMAN, 2004).

Heloani e Lancman (2004) afirmam que o método se justifica quando o autor salienta que, para se pensar e dar sentido ao trabalho, é necessária a criação de espaços públicos de reflexão coletiva, onde os participantes possam falar e escutar, confrontar opiniões e desenvolver a capacidade de refletir individual e coletivamente, possibilitando uma transformação na organização do trabalho.

Conforme pode ser visto no Quadro 1, em cada encontro pretendeu-se alcançar um objetivo comum, além das discussões e questionamentos fomentados a respeito do assunto tratado na atividade proposta para o determinado encontro. Cada encontro foi planejado de acordo com a demanda e a necessidade que eram percebidas pelas coordenadoras. Cabe mencionar que acordos sobre local, horário e sigilo foram estabelecidos logo no primeiro encontro, além de esclarecimentos sobre como se daria o funcionamento de um grupo de reflexão e escuta.

Quadro 1 – Resumo das intervenções realizadas com as ACS de uma unidade de saúde

Encontro	Intervenção	Objetivo	Material utilizado	No de participantes
1o	Jogo da característica	Integrar e socializar	Filipetas de papel, caneta	5
2o	Jogo da caixa de presente	Dar e receber elogios	Caixa de presente, papel sulfite e caneta	8
3o	Jogo dos balões	Discutir sobre as relações de trabalho	Bexiga	6
4o	Jogo do espelho	Refletir sobre cuidado de si	Caixa e espelho	5
5o	Jogo da troca de desenho	Representar-se no trabalho	Papel e lápis	6
6o	Jogo do desenho	Expressar a visão sobre o trabalho	Papel e caneta	6
7o	Jogo do naufrágio	Solucionar problemas	Papel sulfite	6
8o	Jogo “conhecendo o outro”	Fortalecer a confiança	Papel sulfite	5
9o	Encerramento	Expressar os ganhos com o grupo	Papel sulfite	6

Primeiro Encontro

Com o intuito de promover um melhor entrosamento entre as duas equipes que formavam o grupo, foi proposta uma atividade em que as ACS pudessem expor uma única característica própria, de acordo com a primeira letra do nome. Cada Agente Comunitária de Saúde deveria comentar o porquê da escolha; algumas ACS não conseguiram atribuir nenhuma característica para si, permitindo que as outras as ajudassem.

O momento de integração entre as ACS ocorreu tranquilamente. No momento em que elas se expressavam, foi pedido que comentassem qual era o sentimento de ter que falar de si; se encontraram dificuldades ou facilidades; as que não conseguiam atribuir nenhuma característica foram estimuladas a participar, perguntando-se se havia e quais eram os sentimentos despertados.

Após esse primeiro momento, solicitou-se que algumas ACS relatassem um pouco mais sobre a rotina de trabalho, elencando as dificuldades envolvidas, como ocorria o funcionamento das equipes e como era o vínculo entre o usuário e o profissional Agente Comunitário de Saúde.

Segundo Encontro

Foi proposto às participantes que fizessem um presente, anonimamente, para darem a uma colega do grupo. A confecção do presente se deu pela escrita de um elogio ou uma frase de motivação em uma folha de papel que seria guardada em uma caixa; em seguida, cada ACS iria sortear um “presente”. O objetivo desse jogo era que o elogio no trabalho fosse discutido, como elas se sentiram sendo elogiadas e ao elogiarem o outro, como agir quando isso não acontece ou não é possível. Nesse momento, pontos sobre a falta de reconhecimento foram levantados, tanto por parte dos próprios colegas de trabalho quanto por parte dos usuários. Reflexões sobre como lidar e como superar essas e demais questões foram discutidas e exemplificadas pelas participantes.

Terceiro Encontro

Como forma de acolher a demanda exposta anteriormente, decidiu-se trabalhar com temas trazidos à tona pelo grupo. Dessa maneira, este encontro buscou elucidar questões sobre as relações de trabalho e manejo das situações em que há sobrecarga. Foi desenvolvido um jogo que permitisse vivenciar, ludicamente, uma situação do fazer, além do que se pode, no trabalho, possibilitando o debate e reflexão sobre esses assuntos.

Foi explicado para as ACS que deveriam encher a bexiga. Como parte integrante do jogo, tal bexiga representaria o próprio trabalho. Posteriormente, em círculo, todas deveriam jogar simultaneamente o balão para cima e cuidar para que ele não caísse. Após alguns segundos, solicitamos a saída de algumas do centro da roda. As que saíam não deveriam levar consigo seu “trabalho”, deixando para outra participante da roda cuidar. Assim, houve o momento em que apenas uma ACS ficou na roda e não conseguiu segurar todos os balões ao mesmo tempo. Isso possibilitou visualizar simbolicamente o que ocorre nos casos de sobrecarga de trabalho.

Foi relatado pelas ACS que, muitas vezes, foram incumbidas de realizar o trabalho da secretária e dobrar o número de visitas, quando uma colega de trabalho estava em férias ou afastada. Sobre essa questão, Simões (2009) afirma que o Agente Comunitário de Saúde tem se transformado num tapa-buracos, que executa tarefas que seria de outros da equipe. Desse modo, a sobrecarga de trabalho mostrou-se presente no contexto.

Quarto Encontro

Foi proposto um jogo que permitisse que as ACS pudessem falar sobre o cuidado de si no trabalho. Diante de um espelho colocado dentro de uma caixa, cada ACS deveria olha-se no espelho e dizer o que via. Esse jogo proporcionou o encontro com a própria imagem e levou à reflexão de si.

Várias ACS consideraram ser difícil descrever o que viam, assim como outras disseram ver cansaço, mas com vontade de superação. Questionamos o que seria essa superação e elas responderam que, mesmo cansadas, devem mudar para que ocorra melhora e que o cansaço seja superado. Somente uma ACS descreveu ver algo bonito e alegre sendo refletido, porém, durante a discussão, revelou sentir-se sobrecarregada por muitas atividades que fazia e gostaria de poder descansar mais.

No geral, este foi o primeiro encontro em que tratamos de algo mais singular e profundo com relação à imagem de si e ao cuidado de si no trabalho. As ACS foram muito participativas e demonstraram confiança nas estagiárias ao darem as respostas. Os debates e reflexões fizeram que elas entendessem que o cuidado de si no trabalho está intimamente relacionado com a sua autoimagem e o seu bem-estar, dentro e fora do trabalho. Para finalizar o encontro, pedimos que cada uma falasse uma palavra que resumisse aquele momento, e essas palavras foram: ânimo, aprendizado, reflexão, superação.

Por terem como incumbência da profissão o cuidado dos usuários, acabam por entrar em um processo de descuidar de si. No que se refere ao cuidado de si, Grabois (2011) se baseia numa ótica “foucaultiana” e diz que o cuidado de si está relacionado com o cuidado dos outros. Dessa forma, se evidencia o quanto as ACS precisam cuidar de si para conseguirem cuidar dos outros. Pensando, então, na esfera profissional do ACS, podemos salientar que a relação com o outro é elemento importante na prática do cuidado de si, trazendo assim a relevância de pensar sobre esse outro e de como nos relacionamos com ele (PETERSEN, 2011). Buscou-se apresentar a importância do cuidado de si no trabalho e como esse conceito é pertinente em qualquer ambiente institucional.

Quinto Encontro

Sobre o jogo “Troca de Desenho”, o objetivo era que as ACS pudessem expressar de forma lúdica como cuidam de si no trabalho. No entanto, as participantes entenderam apenas cuidar de si no sentido restrito ao corpo e desenharam os cuidados físicos, deixando de lado aspectos subjetivos. Apesar disso, foi possível abordar o tema durante o momento de reflexão realizado após o jogo. Assim,

questões sobre como cuidar de si no trabalho e sobre como lidar com casos que provocam identificação com o sofrimento do usuário, e quais estratégias tomadas por elas nessas situações, foram debatidas e explanadas.

Uma das questões mais pertinentes trazidas pelas ACS foi sobre “deixar pra lá”, “não pensar mais nisso” e “não levar pra casa” nas situações em que se sentiam incomodadas ou que vivenciaram algo “sofrido”.

Sexto Encontro

Com o intuito de discutir temas pertinentes ao grupo, também foi abordado um tema que foi sugerido por uma das ACS no encontro anterior. Tratava-se de poder desenhar como elas viam o trabalho. Com isso, citando Yozo (1996, p. 13), reafirma-se que o lúdico proporciona “a interrupção temporária da vida real para jogar. Esta interrupção permite ao indivíduo libertar-se de suas ‘amarras’ sociais. É um momento mágico em que o ‘jogar’ é desprovido de censuras ou críticas”.

Por meio do Jogo do Desenho, foram feitos desenhos muito significativos e ricos em pontos muito pessoais das participantes do grupo. O relato de cada uma sobre seu desenho possibilitou ainda mais a expressão e até mesmo desabafo para as ACS. Mais uma vez as ACS trouxeram questões sobre “deixar pra lá”. Para evitar expor as participantes, faz-se um breve comentário acerca dos temas dos desenhos: trabalho visto como um inferno, a privacidade no trabalho de ACS, liberdade *versus* prisão, entre outros.

Essa questão acerca da falta de privacidade foi pertinente por ser um fator que incomoda muito essas profissionais, gerando desgaste e sofrimento psíquico. Ribeiro (2011) faz suposições importantes acerca desse tema, quando afirma que esse tipo de sofrimento é de difícil superação, pois o ACS se vê disponível para o usuário todas as horas do seu dia, independente se está em visitas, na unidade de saúde ou em sua casa.

Sétimo Encontro

O sétimo encontro buscou mobilizar as agentes comunitárias de saúde para discutirem sobre resolução de problemas e como cada sujeito lida com problemas e situações de forma singular. Tratava-se de um jogo em que era preciso salvar náufragos de um navio. Somente três pessoas poderiam ser salvas dentre os dezoito passageiros, sendo uma o atleta, que sempre deveria ser escolhido: vaqueiro, prostituta, homossexual, atriz famosa, criança, professora, operário, la-

drão, drogado, psicopedagogo, bêbado, ecologista, dona de casa, padre, pastor, engenheiro e um banqueiro.

O interessante foi que, no momento de discussão, as ACS expuseram sua impotência no trabalho quando precisam dar prioridade a um paciente específico. Além desse fato, as ACS relataram vários casos em que se preocupam muito com as situações de certos cadastrados. Diante disso, inserimos na discussão as diferentes maneiras que cada pessoa tem de lidar com os problemas do dia a dia do trabalho. Diante da oportunidade de justificar por que haviam salvado cada personagem, algumas ACS puderam contar haver casos semelhantes em sua família.

Além disso, a maneira como as ACS problematizaram a questão fez que, logo depois das respostas, se pensasse nos casos com que elas se deparam e que as comovem, e a maneira como lidam e superam. Uma questão proposta por duas ACS, que achamos pertinente, foi sobre a falta de reconhecimento da profissão delas por parte dos usuários; tentamos entender no momento por que esta questão havia surgido nesse contexto. Elas explicaram que o ACS tenta ajudar e fazer o possível para atender de maneira eficaz seus usuários, muitas vezes até fazendo serviço de outrem para o bem-estar do cadastrado, que, muitas vezes, não reconhece o trabalho delas, desmerecendo a profissão, falando que elas não fazem nada, que não as veem trabalhando ou que o trabalho de ACS é fácil.

Acerca da importância do reconhecimento, podemos citar Codo e Sampaio (1995), quando afirmam que o processo de reconhecimento do eu está relacionado a um terceiro. Entende-se então que é preciso que o outro me reconheça, para que eu me reconheça. Pelos comentários explicitados pelas ACS, evidenciou-se que elas querem realizar algo que dê sentido ao trabalho de Agente Comunitário de Saúde junto aos usuários, e que eles as reconheçam como importantes nesse processo, mas, ao invés disso, parece que só recebem críticas pejorativas, como, por exemplo, que o “trabalho é fácil”.

Após alguns relatos de experiência acerca do assunto, foi possível discutir algumas soluções, para que as agentes comunitárias de saúde pudessem dar sentido ao seu trabalho. Ficou evidente, nessas discussões, que a ACS espera pelo reconhecimento do usuário. De fato, faz-se necessário o reconhecimento do outro, pois esse nos constitui, como também somos constituídos sobre o olhar que o outro emprega sobre nós. Assim, torna-se compreensível tal desejo por parte dessas profissionais, pois a reação com outro é imprescindível para a constituição do sujeito (PETERSEN, 2011).

Oitavo Encontro

Caminhando para o fim do estágio e para o encerramento do grupo na instituição, buscou-se trabalhar questões que fortalecessem o vínculo e a confiança entre as duas equipes de ACS, que no início eram resistentes em participar de um mesmo grupo. Além disso, era preciso trazer à tona a importância do grupo de reflexão e escuta ao ambiente de trabalho e os ganhos obtidos nas relações de trabalho. Foi proposta uma atividade, na qual cada uma deveria escrever três afirmativas em uma folha de papel, sendo duas verdadeiras e uma falsa, que poderiam conter informações pessoais tanto do passado, como do presente ou do futuro, resumidas em uma frase.

O objetivo principal do jogo foi o de estabelecer um momento de conhecer um pouco mais umas às outras, de maneira descontraída. Cada ACS expôs aquilo que teve vontade. A instrução era que nenhuma comentasse com a outra sobre o que havia escrito e quais afirmativas eram verdadeiras ou falsas. Após todas escreverem suas afirmações, foi pedido que, uma de cada vez, revelasse suas frases, e as outras ACS deviam dizer quais eram verdadeiras ou falsas. Foi possível refletir sobre conhecer e se importar com o outro no ambiente de trabalho e como isso se dá.

Dessa forma, pode-se considerar que o grupo proporcionou aquilo que Bueno e Macêdo (2012) expõem sobre a relação entre o trabalho e o trabalhador, valorizando o espaço de discussão coletiva, construído para possibilitar a fala e escuta entre os trabalhadores, proporcionando a expressão e comentários pessoais, procurando intensificar o vínculo entre as Agentes Comunitárias de Saúde, mesmo depois de encerradas as atividades.

Último Encontro

Para o encerramento das atividades, foi proposto que as ACS escrevessem livremente sobre o que levariam de contribuição do grupo. Solicitamos que cada uma lesse e comentasse posteriormente. Vários conceitos trabalhados durante os encontros apareceram novamente: valorização, reconhecimento, conhecer o outro, deixar para lá e motivação no trabalho. Foi comentado que as atividades realizadas se diferenciaram de propostas anteriores já executadas na unidade. Enfatizaram a atenção dispensada à profissão de ACS e valorizaram o momento do grupo para discutir e repensar o trabalho. Ter o contato com assuntos da rotina do trabalho, suas relações e seus desafios foram temas recorrentes, razão pela qual as ACS valorizaram o espaço para discutirem esses assuntos. Outro fator considera-

do foi o fortalecimento do vínculo e da confiança entre as participantes das duas equipes, que inicialmente não estavam entrosadas.

No geral, as ACS mostram-se satisfeitas com o trabalho realizado durante os nove encontros, solicitando a continuidade do grupo de reflexão e escuta. A evolução de algumas ficou evidente, pois antes não sentiam a vontade para falar, mas aos poucos foram expondo suas opiniões e desabafos. Ressalte-se também que, a cada encontro, as ACS refletiam mais a fundo sobre as questões propostas e, neste encerramento, foi possível ouvir das próprias ACS o quanto o encontro foi marcante, desta forma mostrando reconhecimento pelas estagiárias.

Considerações finais

Com a realização deste estágio, foi possível observar dificuldades referentes à profissão de Agente Comunitário de Saúde, questões que envolvem as relações de trabalho e as interpessoais, integração das equipes, motivação no trabalho, cuidado de si, privacidade, rotina de trabalho, valorização de si, reconhecimento da profissão, sobrecarga de trabalho e desafios e dificuldades da profissão.

Pressupostos da Educação Permanente em Saúde (MERHY et al., 2006), utilizados ao longo do processo, contribuíram para a formulação da intervenção grupal, pois somente uma proposta inserida no dia a dia do trabalho poderia oferecer um espaço de reflexão que se caracterizasse como uma oportunidade de formação com ganhos para a saúde mental. A participação e envolvimento das profissionais legitimaram as necessidades supostas anteriormente. Foi possível concluir, por meio dos relatos de experiências das agentes comunitárias de saúde, que os debates e reflexões confirmaram a vulnerabilidade emocional e o sofrimento psíquico a que esse profissional está sujeito.

Vale mencionar que o método utilizado proporcionou às estagiárias uma experiência rica de compreensão dos fenômenos que envolvem a organização do trabalho e especialmente a elucidação das questões que envolvem o cotidiano das agentes comunitárias de saúde. Permitiu, ao longo do período de intervenção, a ressignificação do próprio trabalho que as participantes exercem. Além disso, propiciou um momento de repensar as práticas existentes dentro das organizações.

Apreender e compreender as relações de trabalho exige mais do que a simples observação, mas, sobretudo, exige uma escuta voltada a quem executa o trabalho, pois este implica relações subjetivas menos evidentes que precisam ser desvendadas. Para apreender o trabalho em sua complexidade é necessário enten-

dê-lo e explicá-lo para além do que pode ser visível e mensurável. É necessário que se considere a qualidade das relações que ele propicia. (HELOANI; LACMAN, 2004).

Com relação ao aprendizado do estagiário em Psicologia Organizacional e do Trabalho, esta experiência possibilitou o encontro entre a teoria e a prática no que se refere à organização do trabalho e aos aspectos específicos vivenciados pelo agente comunitário de saúde. Contribuiu de maneira significativa na forma como planejar intervenções e coordenar um grupo de reflexão e escuta no ambiente do trabalho.

Referências bibliográficas

BRASIL. **Guia prático do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.2, n.2, p.306-318, 2012.

CODO, W.; SAMPAIO, J. **Sofrimento psíquico nas organizações**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

CRUZ, R. M.; AZEVEDO, B. M. O processo de diagnóstico e de intervenção do psicólogo do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.9, n.2, p.89-98, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. Tradução de A. I. Paraguay e L. L. Ferreira, São Paulo: Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GRABOIS, P. F. Sobre a articulação entre cuidado de si e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à antiguidade. **Ensaio filosóficos**, n.3, p.105-120, 2011.

HELOANI, R.; LACMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v.3, n.14, p.77-86, 2004.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde - algumas reflexões preliminares. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.5, n. 2, p.5-15, 1997.

MACHADO, M. C.; ROSMAN, M. **100 jogos dramáticos**. Rio de Janeiro: Agir, 2001.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

PETERSEN, M. O cuidado de si e do outro. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – Educere, 10., 2011, Curitiba. **Anais eletrônicos**. Curitiba: PUC PR, 2011. Disponível em: <http://educere.brec.com.br/CD_2011/pdf/5898_3584.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2014.

RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.16, n.2, 2011.

RIBEIRO, S. F. **Sofrimento psíquico e privacidade do agente comunitário de saúde**. 182 f. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia)—Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2011.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, p.438-446, 2004.

SILVA de PAULA, G.; FONTES-REIS, J.; CONCEIÇÃO-DIAS, L.; DAMÁSIO-DUTRA, V. F. et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. **Aquichán**, Bogotá, v.10, n.3, p.267-279, 2010.

SIMÕES, A. R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **R. Saúde Públ.**, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, 2011.

SOARES, A. Tão longe, tão perto: o trabalho no setor de serviços. **Revista Latino-Americana de Estudos do Trabalho**, v.16, n.26, p.89-117, 2011.

YOZO, R. Y. K. **Cem jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. 13. ed. São Paulo: Ágora, 1996.

ZANELLI, J. C.; BASTOS, A. V. B. Inserção profissional do psicólogo em organizações e no trabalho. In: _____; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A.V.B. (Eds.). **Psicologia, organizações e trabalho**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2004, p.466-491.

CAPÍTULO 5

TRABALHANDO RESISTÊNCIAS: QUANDO UM PEQUENO PASSO É UM GRANDE PASSO

Andressa Salvino de Matos

Edimara Soares da Silva

Gabriela Rievers Borges de Andrade

Este capítulo apresenta a experiência formativa realizada junto ao Estágio de Psicologia do Trabalho e Gestão do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados. O estágio teve como propósito familiarizar os estagiários com os conteúdos teórico-práticos relativos aos processos de trabalho, subjetividade e saúde. O local de atuação do estágio foi de uma Unidade de Saúde da Família. Nossa dupla realizou o estágio acompanhado de supervisões coletivas, que propiciaram constantes trocas de experiências, nas diferentes unidades, entre os estagiários.

No primeiro momento do estágio, foram realizadas leituras e discussões teóricas sobre os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006) e sobre a área de Psicologia Organizacional voltada para o trabalho em grupos. Os referenciais teóricos discutidos foram importantes para analisar as relações de trabalho, entendendo a implicação dessas relações com o adoecimento no trabalho. Para tanto, foi necessária a compreensão de questões relativas à relação entre a organização do trabalho, subjetividade e saúde do trabalhador. O estágio foi dividido em dois momentos; no primeiro momento foi realizado o diagnóstico organizacional da instituição e, no segundo, foi realizada a proposta de intervenção com um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Com o desenvolvimento tecnológico, oriundo da globalização, aumentaram as exigências no âmbito do trabalho, caracterizadas por rapidez e competitividade. O indivíduo passou a ter necessidade de inovar sua maneira de trabalhar e, na maioria das vezes, sofreu impactos desfavoráveis em suas relações pessoais, familiares, sociais e até mesmo com seus colegas de trabalho. Entender o processo de trabalho e sua influência na saúde, traduzido no sofrimento e adoecimento do trabalhador, foi importante para compreender e intervir em situações do trabalho

que estivessem causando agravos à saúde. Portanto, utilizamos como referência a teoria de Christophe Dejours sobre a Psicodinâmica do Trabalho, para conhecer o processo de trabalho envolvendo a subjetividade dos trabalhadores.

Conforme Heloani e Lancman (2004), o trabalho pode colaborar tanto no desenvolvimento psicossocial quanto na causa de sofrimento do indivíduo, pois além de operar na construção de sua saúde e identidade, estende-se para a sua vida familiar e social, uma vez que suas interferências não se limitam ao ambiente de trabalho. Desse modo, o trabalho que pode gerar o adoecimento pode também ser mediador de prazer e desenvolvimento humano. Dentre as maneiras de suportar o sofrimento, mobilizado a partir das relações e organização do trabalho, os autores citam estratégias defensivas desenvolvidas de forma individual e coletiva, como uma proteção psíquica, ou seja, os trabalhadores utilizam defesas, na tentativa de manter um equilíbrio mental, que poderão transformar-se em uma patologia quando esse sofrimento já não for mais suportável. Portanto, é preciso a busca de novas concepções de organização do trabalho e o estabelecimento de um compromisso entre a gestão e o trabalhador, desde os aspectos físicos até as relações interpessoais, a fim de gerar a transformação necessária para a promoção de saúde e bem-estar dos indivíduos que constituem esse contexto do trabalho.

Para compreender todo o processo de trabalho referente ao campo de estudo, uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), é preciso antes explorar conteúdos acerca de sua origem, conhecer seu regulamento e seus objetivos. A Constituição de 1988 sancionou a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) que vem sendo regulamentado por leis complementares, tendo como objetivo melhorar o acesso da população e descentralizar o foco na doença, potencializando ações preventivas voltadas à promoção da saúde. O Caderno de Atenção Básica em Saúde, elaborado pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2000) relata que a Saúde da Família se configura como uma nova estratégia diretamente relacionada com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações vigentes no SUS. Para isso, foi preciso criar uma nova prática, voltada uma nova forma de participação dos profissionais de saúde, construindo uma equipe de saúde para atuar de forma integrada com a população. Assim, o objetivo da ESF é colaborar com um modelo assistencial partindo da atenção básica, uma nova maneira de atuar nas unidades básicas de saúde.

Conforme Waidman et al. (2012), o Programa Saúde da Família (PSF) tem como propósito ampliar o campo de intervenção em saúde, saindo do atendimento apenas nos postos de saúde e se aproximando da população por meio de visitas domiciliares, contribuindo com o fortalecimento do vínculo entre os usu-

ários e os profissionais das unidades básicas. Somente em 2006, o PSF virou Estratégia de Saúde da Família (ESF), reforçando ainda mais o seu papel estratégico e de organizador da rede assistencial. As equipes de saúde da família são formadas por um médico clínico geral, ou especialista em saúde da família e comunidade, um enfermeiro, um auxiliar, ou técnico em enfermagem, e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo incluir dentistas.

Conforme o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o profissional de enfermagem é o supervisor das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de ESF. Os Agentes Comunitários são, portanto, de extrema importância na ESF, pois são os profissionais que acompanham as famílias dentro de uma área delimitada, criando um maior vínculo entre a população e os profissionais. Por lei, os Agentes comunitários da Saúde (ACS) devem, obrigatoriamente, morar no bairro em que atuam.

Portanto, por meio das visitas domiciliares, os ACS mantêm uma aproximação com os usuários por conhecerem de perto a demanda de cada família, o que gera um envolvimento pessoal maior, contribuindo na criação de estratégias de prevenção junto ao restante da equipe de saúde. Segundo Lopes (2010), a partir da portaria 648, do Ministério de Saúde (2006), outra atribuição importante do Agente Comunitário de Saúde, assim como de todos os profissionais da equipe de ESF, foi participar da territorialização e mapeamento da área em que iriam atuar, identificando o perfil das famílias daquela localidade. Já as atribuições do enfermeiro da ESF eram orientar, planejar, coordenar, supervisionar e realizar as atividades de educação permanente dos ACS e de toda a equipe.

A partir das premissas anteriormente apresentadas, iniciou-se a intervenção, com o intuito de gerar resultados favoráveis na promoção de saúde, garantindo a qualidade de vida dos trabalhadores. Dessa forma, a formulação do projeto de intervenção teve como base o modelo da Educação Permanente em Saúde, o uso de Tecnologias Leves de Merhy (2002) e os Grupos de Reflexão de Zimerman (1997). Tendo estatuto de política pública na área de saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é definida, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) como:

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2009, p. 20).

A EPS significa a possibilidade de promover, dentro de um espaço coletivo, a reflexão e avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, mediando as relações com a realidade mutável. Segundo Ceccim (2004), a EPS é uma política de formação que introduz mecanismos que geram o pensamento crítico e a experimentação. Relacionando este modelo com o trabalho da equipe multiprofissional, a EPS colabora na construção de novos acordos de convivência e práticas a partir da capacidade de problematizar e reformular as concepções vigentes nos serviços de saúde.

Conforme Araújo e Rocha (2007, p. 459), “na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho”. Segundo Vieira e Cordeiro (2005), quando se fala em equipe, é necessário levar em consideração o relacionamento interpessoal, o trabalho em grupo e a multidisciplinaridade, visto que as equipes são formadas por profissionais de diferentes áreas, para juntos buscarem a humanização dos atendimentos. De acordo com Vieira e Cordeiro (2005):

Por meio dos relatos dos participantes durante a realização das atividades em grupo, pôde-se perceber que o conceito de equipe interdisciplinar, proposto pelo serviço de atenção básica à saúde, ainda não foi incorporado pelos profissionais da área. Observou-se que ainda predomina o trabalho fragmentado, isto é, cada membro da equipe parece preocupar-se em exercer sua tarefa individualmente, o que pode comprometer o resultado final do atendimento (p. 65).

Para trabalhar com a Estratégia de Saúde da Família, o psicólogo precisa compreender como funciona a unidade, identificando as relações de poder e de comando na instituição e qual papel o grupo em questão desempenha nesse espaço. Assim, é possível dizer que a principal função do psicólogo, ao trabalhar com grupos, é o de *facilitador*, mediando os conflitos e levando as pessoas a pensarem coletivamente em prol de soluções para os problemas emergentes. Como facilitador, o psicólogo auxilia as pessoas a falarem sobre o que está implícito, trazendo à tona as resistências às mudanças por medo do novo e da perda do que já é conhecido. Segundo Bastos (2010), o psicólogo que trabalha com grupos precisa intervir e problematizar algumas falas dos integrantes, fazendo articulações que conduzam o grupo à reflexão em torno da tarefa proposta. Muitas vezes, o psicólogo que coordena o grupo conta com o auxílio de um observador que o ajuda a analisar as principais questões levantadas pelo grupo e a preparar as atividades. Essas ações estão dentro do que Merhy (2002) define como tecnologias leves.

Para estabelecer as implicações do uso das tecnologias leves na área de saúde, é preciso resgatar o conceito de tecnologia e explicar a divisão em três tipos de tecnologias (duras, leve-duras e leves) feita pelo autor Merhy (2002). A tecnologia consiste nos recursos materiais e imateriais utilizados durante o exercício profissional. As tecnologias duras são os equipamentos e as máquinas já produzidos que suscitam saberes e fazeres estruturados e materializados. As tecnologias leve-duras são saberes interligados que orientam o trabalho, como as normas, leis e protocolos. As tecnologias leves consistem em atos produzidos no ambiente de trabalho, presentes nas relações interpessoais e subjetivas. Consideramos esta última fundamental na produção de mudanças favoráveis, que buscam a satisfação tanto nas relações entre trabalhadores como entre estes e os usuários.

No cotidiano do trabalho, os profissionais que integram as equipes de saúde podem encontrar várias dificuldades na realização das suas tarefas, como conflitos, ansiedade, entre outros. O Grupo de Reflexão proposto por Zimerman e Osorio (1997) consiste em uma técnica grupal que busca uma reflexão sobre essas dificuldades e tensões geradas no ambiente de trabalho, possibilitando que os profissionais, em conjunto, consigam elaborar as mudanças necessárias que levem a soluções satisfatórias.

Método

O estágio foi realizado em duas etapas interligadas, durante o primeiro e o segundo semestre de 2015. Na primeira etapa, foi realizada a entrada na unidade e as observações participantes, procurando observar a interação entre os integrantes da equipe e da equipe com os usuários, a dinâmica do trabalho e a cultura organizacional, os pontos de conflito e possíveis geradores de sofrimento ao trabalhador. Com base nessas observações, foi elaborada uma proposta de intervenção com os Agentes Comunitários de Saúde que permitisse a reflexão sobre temas relacionados ao próprio trabalho e suas implicações na área da saúde mental. Na segunda etapa, foi dada a devolutiva a respeito das observações para toda a equipe e proposta a intervenção com os Agentes Comunitários de Saúde das duas equipes. A proposta de intervenção foi aceita e realizada em oito encontros intercalados com alguns dias de observações.

A seguir, detalharemos as duas etapas do estágio. A primeira, de observação participante, foi realizada na unidade da Estratégia de Saúde da Família (UBSF) do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul. O primeiro contato com a

equipe de Saúde da Família ocorreu na primeira visita à unidade, para apresentar a proposta do estágio para as enfermeiras responsáveis pelas duas equipes do local. Nesse contato inicial de apresentações, contamos com a presença da supervisora responsável pelo estágio. A enfermeira apresentou a estrutura física da Unidade, que conta com uma sala de recepção, uma farmácia, uma sala de triagem, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de reuniões, uma sala dos agentes de saúde — utilizada como almoxarifado —, copa, banheiros, duas salas de enfermagem, dois consultórios médicos e um consultório de dentista; nos corredores há alguns bancos onde os usuários se sentam enquanto esperam atendimento. Na semana seguinte, participamos da reunião das equipes, quando fomos apresentadas para todos os trabalhadores. A partir de então, foram realizadas observações, praticamente uma vez na semana, que possibilitaram uma compreensão de como se dá o trabalho em uma Unidade de ESF e como essas duas equipes realizam suas funções.

Na unidade trabalham duas equipes. Cada equipe é composta por seis Agentes Comunitários de Saúde, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de dentista, uma médica e um dentista. As atividades acompanhadas foram: visitas domiciliares com agentes de saúde, cuidado de hipertensos e diabéticos, atendimento aos usuários, campanha de vacina da gripe na Unidade, reuniões de equipe e observação participante em momentos de descontração e espera de reunião com as agentes de saúde.

Após o recesso do primeiro semestre foi feita uma devolutiva às duas equipes e proposta uma intervenção com os Agentes Comunitários de Saúde. O quadro a seguir expõe as temáticas dos encontros quinzenais com os ACS, com duração de 30 a 40 minutos cada, com o objetivo de criar um espaço para reflexão sobre temas que fossem de interesse do grupo.

Quadro – Resumo das intervenções realizadas durante a segunda etapa do estágio

Primeiro encontro	Refletindo sobre a vida e trabalho
Segundo encontro	Reconhecimento e valorização das qualidades individuais e do grupo
Terceiro encontro	Criando um espaço de diálogo
Quarto encontro	Refletindo sobre a união no trabalho em equipe
Quinto encontro	Criando um espaço de relaxamento e autocuidado
Sexto encontro	Refletindo sobre os obstáculos no trabalho
Sétimo encontro	Criando uma rede positiva
Oitavo encontro	Devolutiva e confraternização

No primeiro encontro foi solicitado que cada participante escolhesse figuras e palavras, entre recortes levados por nós, e depois que explicassem as suas escolhas. Essa atividade proporcionou um maior conhecimento sobre eles e incitou reflexões sobre sua vida pessoal e sobre as relações cotidianas do trabalho. No segundo encontro, foi entregue um pedaço de papel e caneta para que cada um escrevesse uma qualidade do colega que estivesse ao seu lado. Os papéis foram embaralhados, e cada um teve que descobrir de quem era a qualidade e explicar o porquê. Essa atividade permitiu o reconhecimento e a valorização das características positivas do grupo e acabou se tornando um momento de desabafo e de resolução de conflitos.

No terceiro encontro, optamos por deixar o espaço livre, sem uma atividade diretiva, para a troca de reflexões e sentimentos relacionados ao trabalho dentro da Unidade, já que, nas atividades anteriores, percebemos uma carência de espaços para o diálogo entre eles. O quarto encontro foi baseado em uma atividade em que cada agente deveria fazer um traço por vez numa cartolina, em silêncio, até certo tempo e, depois, em outra cartolina, quando era permitido que se comunicassem. A questão principal de reflexão era a união e a sua importância no trabalho em equipe e surgiram vários assuntos em torno de como lidar com as diferenças e as dificuldades de relacionamento.

O quinto encontro propôs um momento de relaxamento com a ajuda de um texto, lido em voz alta, que estimulava a imaginação. O texto relatava um passeio por uma montanha cheia de obstáculos, *que exigia perseverança e superação*, com o objetivo de chegar ao topo da montanha. Também foram restabelecidas algumas regras de funcionamento do grupo, lembrando o que já havia sido combinado no primeiro encontro e reafirmando o trabalho de estagiárias dentro da Unidade.

No sexto encontro, foi proposta uma atividade de associação livre em torno de temas relacionados ao trabalho. Ao terminar, relemos as palavras e as respostas e pedimos ao grupo que falasse das palavras escolhidas. Ficaram evidentes o sentimento de esgotamento no trabalho e o engessamento no relacionamento e funcionamento das equipes.

O sétimo encontro teve como proposta reforçar uma rede positiva entre os participantes. Com um barbante, uma pessoa iniciava a atividade entregando o barbante para outra da sua escolha, dizendo uma frase positiva, desejando algo de bom ou agradecendo, e assim sucessivamente, estabelecendo um momento agradável e de confraternização entre os agentes. Foi solicitado que nos dessem um

feedback sobre os encontros, como tinha sido, para cada um, esses momentos de reflexão. No oitavo encontro foi feita a devolutiva com a reflexão sobre questões que haviam sido trabalhadas pelo grupo durante o estágio, as qualidades e as dificuldades que observamos no grupo, bem como sugestões. A principal sugestão foi no sentido de eles criarem espaços de reflexão na unidade, onde pudessem falar sobre as atividades exercidas no trabalho durante a semana que passou e planejar a semana seguinte. Foi lido um texto com a intenção de provocar uma reflexão sobre acomodação e resistência a mudanças. Finalizamos com uma confraternização, na qual compartilhamos um lanche da tarde.

Resultados e discussão

Pela observação participante, algumas questões relacionadas com a saúde mental do trabalhador de saúde foram levantadas e analisadas, a partir de diferentes referenciais teóricos. A primeira impressão em relação à estrutura física do local foi a de parecer um labirinto, na forma de um espiral quadrado e com corredores estreitos. Logo que uma das enfermeiras foi mostrando as salas, fomos perdendo aquela sensação de estar em um labirinto. Na sala de recepção sempre houve um fluxo grande de agentes comunitárias de saúde, a ponto de nem conseguirmos identificar quem realmente era a recepcionista. Ao apresentar as salas do local, a enfermeira mostrou uma sala que era das agentes comunitárias de saúde e que depois passou a ser o almoxarifado. Logo ficou claro que faltava um espaço próprio para elas, que tinham a seu dispor a sala de reunião, apenas quando ela estivesse desocupada.

O trabalho de recepcionista é essencial para manter a organização dos atendimentos na unidade, e essa função exige que o profissional se desloque praticamente o tempo todo. A recepcionista, que fazia o café, considerava a realização dessa tarefa como um “quebra galho”: fazia porque ninguém da equipe tinha tempo para isso. Também dizia que trabalhar na área da saúde era complicado e preferia seu trabalho de antes, na área social, já que trabalhou muitos anos na Assistência Social no cargo de servente, e, quando fez o concurso para o cargo de recepcionista, “foi parar” na área da saúde.

Dejours (1992) alega a existência de uma ligação entre as condições de trabalho e a insatisfação do trabalhador, referentes à higiene, divisão de trabalho, relações de poder, entre outros, que exigem certa adaptação de sobrevivência, cujo custo emocional pode ser muito elevado. No caso da unidade, observou-se que a sobrecarga decorrente da insuficiência de profissionais para determinadas

tarefas, muitas vezes, tarefas “indesejadas”, estava presente nas falas e nas expressões corporais de muitos trabalhadores. No caso da recepção, uma das agentes comunitárias de saúde, que estava cobrindo a função de uma das recepcionistas, reagiu de forma mais intensa, demonstrando descontentamento em sua expressão facial. Ficou claro o incômodo sentido por elas serem responsáveis por auxiliar a recepção, na falta da recepcionista. Além de ser um trabalho exaustivo, exige o tempo que poderiam estar fazendo suas tarefas, especialmente as visitas domiciliares. Durante uma das reuniões observadas, uma agente comunitária de saúde apresentou a seguinte fala: “A gente trabalha que nem bestas e não ganhamos nada com isso (...), porque a gente tem que se preocupar em cumprir as metas”.

Tanto as recepcionistas quanto as agentes comunitárias de saúde acabavam por assumir funções além das suas. Conforme Lopes (2010), as Agentes Comunitárias de Saúde são profissionais que já possuem uma sobrecarga de atribuições e que assumem responsabilidades além do seu limite físico e emocional. Por não terem sido capacitados para tais funções, aumentam as possibilidades de falhas e de críticas ao trabalho:

[...] o trabalho possui significado intrínseco, pois o ser humano se reconhece nos produtos que cria. O trabalho, como processo de produção, faz parte do nosso mundo real. O trabalho é capaz de influenciar a personalidade do ser humano, podendo desempenhar um papel fundamental para o seu equilíbrio, sua inserção social, sua saúde física e mental. (LOPES, 2010, p. 49).

Durante uma visita domiciliar, uma agente comunitária de saúde disse que conseguia fazer o acompanhamento de mais ou menos 90 famílias, mas que o mais difícil para ela era não conseguir cadastrar e acompanhar as 50 restantes por não as encontrar em casa. Geralmente eram pessoas que trabalhava durante o seu expediente e de noite ela tinha que estudar e não tinha como fazer os cadastros.

As agentes comunitárias de saúde vivenciavam constrangimentos no trabalho por morarem no mesmo bairro em que realizam sua função profissional e, por vezes, eram solicitadas em horários de folga, forçando-as a um trabalho fora de seu expediente e diminuindo o momento de descanso necessário para a manutenção da saúde física e psíquica. A exposição exacerbada e a junção da vida privada com a pública, impostas por residirem na mesma área, impossibilitava certo distanciamento das agentes comunitárias de saúde que, por possuírem maior vínculo e contato, acabavam vivenciando o sofrimento junto com as famílias.

Conforme Jardim e Lancman (2009), a credibilidade é fundamental para a realização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, pois consiste no estabelecimento de uma relação de confiança com as famílias assistidas que os recebem em suas casas e dividem seus problemas pessoais para que sejam solucionados ou encaminhados. Essa falta de credibilidade esteve em muitos momentos presente nos discursos das agentes comunitários de saúde, geralmente acompanhada pelo sentimento de impotência e desvalorização. O sistema de saúde falho, a indisponibilidade de serviços suficientes para a demanda da população e a falta de resolutividade acarretaram uma visão desqualificada do trabalho por parte dos usuários; ao mesmo tempo, as agentes comunitárias de saúde se frustravam por essas limitações não darem visibilidade à sua dedicação e esforço, aumentando o sentimento de impotência e insatisfação com o trabalho.

Os trabalhadores das unidades de saúde sofreram com uma mudança de normas a respeito da carga horária de trabalho, já que a gestão municipal optou em dar a folga de um dia da semana para cada profissional, em vez de cumprir o reajuste salarial. Essas folgas deveriam ser marcadas com antecedência de um *mês inteiro* e entregues a um responsável da gestão de Saúde. Houve *várias piadinhas relacionadas ao fato de serem obrigados a tirarem atestado médico ou realizar alguma outra atividade no dia da própria folga*; e, no caso de precisarem mudar o dia da folga, teriam que fazê-lo com pelo menos 24h de antecedência. Surgiram falas como “teremos que prever o dia em que ficaremos doentes para poder escolher aquele dia de folga”, em tom de humor.

Essas piadinhas são consideradas, segundo Dal Pai e Lautert (2009), mecanismos de defesa utilizados pelo trabalhador, como uma forma de sobreviver às situações desfavoráveis do trabalho. São avaliadas como uma estratégia no enfrentamento de pressões psicológicas impostas pelo modelo de organização do trabalho, para que este não venha causar adoecimento. Essas estratégias de defesa, feitas coletivamente, implicam uma maneira específica de cooperação, em que alguns iniciam os comentários humorados para que todos se descontraíam, com momentos de risos e piadas durante a execução de tarefas no trabalho. Entretanto, tais mecanismos não modificam as situações geradoras de adoecimento, prestando-se apenas como paliativos temporários de sobrevivência.

Em vários momentos observados, confirmamos efeitos positivos do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), mas outros momentos evidenciaram a sua ineficácia. Segundo Savassi (2012), esse programa foi criado pelo governo como uma maneira de melhorar o atendimento

dos profissionais com os usuários, usando um método de avaliação que mede a qualidade pela produtividade, porém, não ocorre um investimento necessário na qualificação desses profissionais, nem na ambientação desses serviços. Esse método de avaliação é passível de ser burlado, de forma que seu resultado não condiz exatamente com a realidade. As reuniões exigidas, que deveriam proporcionar a discussão dos casos, eram, na maioria das vezes, usadas apenas para passar alguns recados, sendo bem superficiais. Diante disso, apresenta-se a necessidade de alguns questionamentos a respeito de como a equipe entende o objetivo do PMAQ e de como esse incentivo tem sido utilizado para melhorias na saúde.

Cada agente comunitária de saúde tinha de atender 150 famílias (casas). A maioria das agentes morava no mesmo bairro onde estava localizada a unidade de saúde, apenas duas delas moravam em outro bairro, uma de cada equipe. Alguns acordos eram feitos em relação à rotina de trabalho, a fim de minimizar a sobrecarga. Percebeu-se uma desorganização nos horários das agentes comunitárias de saúde, acarretando em uma presença desigual de agentes na unidade entre o turno da manhã e da tarde.

Apesar de esses arranjos nos horários, aparentemente, beneficiarem todos, trazia implicações para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, uma vez que se afasta do modelo assistencial de trabalho em equipe. A partir da experiência vivida no estágio realizado, notou-se que nem sempre a integração entre a equipe acontecia, o que afetava o relacionamento com a comunidade, muitas vezes distante e fragmentado, diferente do que propõe a Estratégia Saúde da Família.

Em vários momentos, os agentes comunitários de saúde relataram dificuldades na realização de seus serviços, por dependerem das outras categorias da equipe, comprovando a observação feita por Silva e Trad (2005), acerca da existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, revelando que a multiprofissionalidade não é garantia de uma atenção integral à população. Além das ações realizadas de forma isolada, também as relações de poder estabelecidas pelo grupo acabavam engessando práticas e pensamentos no trabalho em equipe.

A liderança em uma equipe é importante para a harmonia e união do grupo; porém, se caracterizada por trocas desiguais provenientes das relações de poder hierarquizadas, constitui-se em um importante entrave das práticas comunicativas essenciais para a coesão da equipe. Oliveira (2000) afirma ser comum a existência de disputas de poder nas equipes de trabalho, e a permanência prolon-

gada de uma pessoa no poder pode contribuir para geração de comportamentos e atitudes passivas do restante da equipe nos momentos de decisões.

Os agentes comunitários de saúde tendem a se sentirem inferiorizados em relação aos demais profissionais que compõem a equipe, apresentando em seus relatos a falta de espaço para falarem e opinarem livremente, deixando clara a necessidade de relações pautadas no diálogo e na igualdade para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe.

Com base nessas observações, foi elaborada uma proposta de intervenção, com os agentes comunitários de saúde, com o objetivo de fortalecer e unir essa categoria profissional na unidade e criar um espaço de discussão entre este grupo. Considerações sobre a possibilidade de que intervenções junto aos outros profissionais de equipe, ou com a equipe toda, poderiam ser bastante benéficas, foram feitas nas supervisões do estágio, o que, no entanto, devido ao tempo e aos objetivos do estágio, não seria possível. Ao mesmo tempo, focar as intervenções nos agentes comunitários de saúde poderia ter reflexos positivos em toda a equipe.

Durante as intervenções realizadas nos grupos, expostos anteriormente, os agentes comunitários de saúde pareceram desmotivados com o trabalho. Muitos verbalizaram que se sentiam sem ânimo para ir ao posto, por ser final de ano e já estarem saturados. O maior desafio do grupo foi criar uma união entre os próprios agentes comunitários de saúde, que eram separados por equipes e diziam que havia pessoas do grupo que não eram de confiança. Surgiu a necessidade de pensar sobre o papel de cada um dentro da unidade e do próprio grupo de agentes comunitários de saúde, com o objetivo de fortalecer o vínculo entre eles para assim lutarem por mudanças dentro da equipe. Os ACS, no entanto, se mostraram resistentes às possíveis mudanças.

Em todos os encontros, havia alguns agentes comunitários de saúde que chegavam atrasados, surgindo a necessidade de refazer o contrato, restabelecer os combinados feitos anteriormente, a partir do que os agentes solicitaram deixar uma folha com a data e o horário do grupo, na recepção. De uma maneira geral, os profissionais dessa unidade viviam muitas dificuldades relacionadas ao relacionamento interpessoal e entre a equipe, comunicação difícil; relatavam não terem espaço para falar sobre questões relacionadas à organização do trabalho. Existia uma desunião entre as equipes, o que interferia no trabalho da unidade, tornando-o fragmentado, assim como o atendimento aos usuários.

Considerações finais

Consideramos importante o embasamento teórico utilizado para uma maior percepção de aspectos objetivos e subjetivos presentes no cotidiano do trabalho, destacando que a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2004) foi preponderante para nortear a intervenção, articulada com o cotidiano de trabalho, pressuposto fundamental dessa política pública de saúde. Também foi essencial para entendermos como ocorre o processo de trabalho de determinada instituição e para ficarmos atentos às suas especificidades. Foi preciso integrar abordagens convergentes para poder selecionar e avaliar os fatores geradores tanto de prazer como sofrimento, dentro do contexto de trabalho, e utilizar *métodos de observação* participante, que pudessem desvendar a realidade por trás de cada fala, expressão ou ato.

Encontramos várias consequências negativas, reveladas nos discursos sobre gestão, que buscam a qualidade na saúde dos trabalhadores e melhoria das condições de trabalho. O que era para trazer benefícios, na verdade, acabava por limitar suas atividades e influenciar o surgimento de conflitos relacionados à organização do trabalho. As inter-relações que o constituíam eram geradoras de sofrimento psíquico, um passo para o adoecimento do trabalhador. Mas poderia ser diferente, pois essas relações poderiam viabilizar condições melhores de trabalho, que fossem favoráveis à saúde.

Nesse sentido, o psicólogo pode contribuir com a implementação de grupos de apoio para trabalhadores de saúde, que tenham como finalidade melhorar as relações e os conflitos de trabalho. Exercendo o papel de facilitador, pode fazer pontuações sobre as questões apresentadas pelo grupo, com a finalidade de levar os participantes a refletirem sobre o assunto, construindo, assim, novas possibilidades de se relacionarem com a organização do trabalho.

Referências bibliográficas

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol. Inf.**, v.14, n.14, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2488 de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade Básica de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.161-177, 2004-2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Editora Cortez; Oboré, 1992.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.60- 65, 2009.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.11, n.23, p.515-529, 2007.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Produção**, v.3, n.14, p.77-86, 2004.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.13, v.28, p.123-135, 2009.

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, v.15, n.2, p.82-9, 2004.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. 110p. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.1107-11, 2010.

_____; DOMANSKY, R. C.; CIAMPONE, M. H. T. Resenha bibliográfica: a banalização da injustiça social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.2, p.292-293, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e ação social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. Brasília: OPAS, p.65-74, 2000.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, n.7, p.4-9, 2012.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**,v.9, n.16, p.25-38, 2005.

VASCONCELOS, K. **Capacitação dos agentes comunitários de saúde do município de Acaraú/CE para a promoção da saúde das gestantes**. 2010. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica)–Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2010.

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, M. P. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”. **Arq. Bras. Psicol.**, v.57, n.1, 2005.

WAIMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v.46, n.5, p.1170-1177, out. 2012.

ZIMERMAN, D. E. Grupos de reflexão. In: _____. OSORIO, L. C. (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CAPÍTULO 6

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A INOVAÇÃO DO COTIDIANO

*Lara Palicer de Lima
Paola Souza de Castro
Gabriela Rievers Borges de Andrade*

O estágio supervisionado em Psicologia do Trabalho e Gestão, durante o ano de 2015, foi voltado para a atenção à saúde do trabalhador de unidades de saúde da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Dourados, MS. Durante o primeiro semestre, foram realizadas observações com o objetivo de fazer um diagnóstico da instituição e, no segundo semestre, foram realizadas intervenções com os agentes comunitários de saúde, a fim de refletir sobre as práticas cotidianas do trabalho em saúde.

As observações foram realizadas semanalmente, preferencialmente, em dupla, anotadas em um diário de campo e levadas à supervisão do grupo. As supervisões se deram de modo dialogado e cada estagiário encontrava espaço para expor o andamento de seu trabalho, bem como suas dúvidas e o modo como estava compreendendo o processo de trabalho na unidade observada. Os estagiários também tinham a oportunidade de trocar ideias a respeito dos casos de seus colegas, de modo a auxiliar no andamento do trabalho do grupo, observando as especificidades de cada unidade.

Durante o segundo semestre, foram realizados grupos de reflexão com os agentes comunitários de saúde (ACS). Tal categoria foi escolhida por se apresentar em maior número, estar mais próximos aos usuários e ser protagonistas no que diz respeito à promoção e prevenção da saúde. Os grupos promovidos ocorreram de modo quinzenal, em horário combinado previamente com os profissionais envolvidos, respeitando as atividades desenvolvidas em seu local de trabalho. Assim como no semestre anterior, cada intervenção realizada era descrita em relatório e levada à supervisão, quando foi possível refletir sobre as práticas, identificar acertos e pontos a serem corrigidos, bem como levantar ideias para as próximas

atividades a serem realizadas. As supervisões de estágios eram realizadas no Laboratório de Serviço de Psicologia Aplicada (LabSPA). O laboratório se localiza no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados e propicia espaço de atuação e estudos para alunos do terceiro e quinto anos do curso de Psicologia, os quais realizam, respectivamente, estágio básico e estágio específico.

Antes da entrada em campo, foram realizadas leituras e discussão de temas acerca da Psicodinâmica do Trabalho e do Sistema Único de Saúde, bem como de questões levantadas por diversos autores a respeito da saúde do trabalhador de saúde, especificamente na atenção básica. De forma predominante, o estágio foi pautado pelo referencial da Psicodinâmica do Trabalho, usado para entender as relações e os processos de trabalho. Dada a centralidade do trabalho na vida do ser humano e compreendendo que sua influência vai além do tempo da jornada de trabalho e se estende para a vida familiar, a psicodinâmica do trabalho propõe-se, segundo Heloani e Lancman (2004), a compreender os aspectos menos visíveis e subjetivos vivenciados pelos trabalhadores, a partir das relações e da organização do trabalho, tais como, os mecanismos de cooperação, de produção de prazer e de sofrimento e a elaboração de estratégias defensivas. A revisão teórica é essencial para proporcionar uma ida a campo mais segura e embasada.

Heloani e Lancman (2004) apontam que processos como reconhecimento, mobilização da inteligência e gratificação estão relacionados ao trabalho e à constituição da subjetividade. Os autores explicitam que o mundo objetivo do trabalho entra em conflito com a singularidade do trabalhador, e tal confronto passa a ser gerador de sofrimento psíquico. Portanto, se por um lado o trabalho é uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e fonte de satisfação, devido ao reconhecimento e à gratificação financeira e social, também se mostra como gerador de sofrimento. Dessa forma, “fica evidente que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomados como um espaço de neutralidade subjetiva ou social” (HELOANI E LANCMAN, 2004, p.78).

Uma questão que se coloca para a Psicodinâmica do Trabalho é compreender por que há indivíduos que não adoecem mesmo quando expostos a situações de trabalho muito penosas. Precursor da Psicodinâmica do Trabalho, Christophe Dejours observou a ocorrência de um estado de normalidade, apesar das precárias condições de trabalho, um “estranho silêncio” ao invés dos ruídos da loucura do trabalho (DEJOURS, 1992 apud LANCMAN; UCHIDA, 2003). Porém, esse estado de normalidade não deve ser compreendido como um estado saudável, pois pode ser resultado de um equilíbrio entre “as forças desestabilizadoras dos

sujeitos, e seus esforços no sentido de se manterem produtivos, à custa de muito sofrimento” (LANCMAN; UCHIDA, 2003, p.82).

Segundo Lancman e Uchida (2003), tal sofrimento não se manifesta apenas porque os trabalhadores buscam se proteger, lançando mão de estratégias de defesa. O trabalho também pode ser fonte de prazer quando é criativo, quanto é possível realizar novas atividades e obter reconhecimento, compensando o sofrimento gerado pelo trabalho. Nesse sentido, a patologia passa a existir quando a organização do trabalho é muito rígida, e o trabalhador não vê espaço para a livre expressão, não podendo mais contornar o sofrimento:

Em outros termos, [há doença] quando um certo trabalhador já utilizou todos os seus recursos intelectuais e psicoafetivos para dar conta da atividade e demandas impostas pela organização e percebe que nada pode fazer para se adaptar e/ou transformar o trabalho (LANCMAN; UCHIDA, 2003, p. 83).

Método

Nesse estágio, foi colocada em prática a observação participante, método de pesquisa que permite conhecer o ambiente, enquanto se faz parte dele. A observação participante é técnica de pesquisa definida como método qualitativo de pesquisa, permitindo compreender a complexidade dos processos, os valores, representações, opiniões e hábitos. A técnica tem sido amplamente utilizada em pesquisas na área da saúde e se caracteriza pela interação entre pesquisador e sujeitos observados, dentro do contexto no qual vivem e trabalham. Com um roteiro prévio, o pesquisador estabelece as questões a serem observadas de acordo com os objetivos da pesquisa, sem haver, no entanto, a preocupação em seguir com rigidez tal roteiro, podendo ser acrescentadas novas questões (MINAYO; SANCHES, 1993; FERNANDES; MOREIRA, 2013).

Faz parte da pesquisa qualitativa o lidar com o “outro”, pressupondo o intercâmbio de experiências e o convívio, mas mantendo o papel do pesquisador como pessoa “de fora”. O pesquisador deve tomar o cuidado de diferenciar-se do grupo, deixando claro o seu papel. No entanto, mesmo mantendo o cuidado de afirmar-se como diferente do grupo analisado, a observação neutra não é possível, uma vez que inevitavelmente o pesquisar influenciará e será influenciado pelo campo de pesquisa e seus sujeitos. Nesse sentido, é essencial o pesquisador estar

munido de referenciais teóricos que possibilitem um processo de objetivação, reconhecendo, no entanto, que a objetividade é um ideal a ser buscado, porém nunca alcançado (VALLADARES, 2007; MINAYO, 2009).

Valladares (2007) aponta que o pesquisador que se utiliza da observação participante não sabe onde irá “aterrissar”; normalmente não é esperado pelo grupo e nem conhece as hierarquias e relações que existem no meio onde está. É importante, portanto, a entrada em campo, no qual há um ou mais sujeitos que “abrem as portas” e que, com o tempo, se tornam colaboradores da pesquisa, podendo esclarecer dúvidas que surgem durante a investigação. Esses são os informantes-chave que, dependendo da relação estabelecida com o pesquisador, podem também “fechar as portas”.

Outro aspecto importante da observação participante reside no fato de o pesquisador saber quando fazer perguntas e quando não fazer. A observação em um ambiente de trabalho deve levar em conta a rotina de trabalho, uma vez que a presença do pesquisador no campo observado contribui para gerar confiança, ou desconfiança, na população atendida. Teóricos da observação participante ressaltam a importância de não recuar diante de um cotidiano que se mostra repetitivo. Nesse sentido, é sempre preciso desconfiar das primeiras impressões, mantendo uma rotina de visitas e de anotações no diário de campo, o que possibilita reconhecer outras formas de se olhar para esse cotidiano (VELHO, 2004; VALLADARES, 2007).

Com base no período de observação participante realizado na unidade de saúde e das análises em supervisão, foi proposto, no segundo semestre, uma intervenção junto ao grupo dos agentes comunitários de saúde. Optou-se por trabalhar com esses trabalhadores de saúde por estarem envolvidos em grande parte das atividades da unidade, desde promoção e prevenção da saúde até atividades para recuperação da saúde dos usuários. Esse constante contato com a população também gera desgaste para esses trabalhadores que precisam ser fortalecidos na sua saúde mental.

Optamos por realizar um grupo de reflexão, como um espaço para a discussão sobre questões relativas ao trabalho, expressão de sentimentos e ampliação de espaços de fala na unidade. Segundo Zimmerman e Osorio (1997), o grupo de reflexão tem o objetivo de elaborar as tensões e resolver as ansiedades que se originam e que estão ligadas ao ambiente institucional. Segundo os autores, essa modalidade de grupo não tem como objetivo ser um grupo terapêutico, mas, quando bem-sucedido, pode vir a ter efeitos terapêuticos nos integrantes. O grupo de

reflexão visa trazer à tona tensões grupais e promover mudanças que incentivem o grupo a procurar soluções próprias para essas tensões.

Foram realizados seis encontros com o grupo. No primeiro encontro, foi reafirmado o sigilo do grupo e apresentados a justificativa e os objetivos do grupo, bem como os horários para a sua realização. Nos encontros subsequentes, foram propostas as seguintes temáticas gerais, “o que é ser agente comunitário de saúde”, “as dificuldades e conquistas no trabalho”, “a importância da comunicação” e “a falta da adesão da equipe”. Segue um quadro com a síntese das intervenções:

Quadro 1 – Síntese das intervenções realizadas por um grupo de reflexão dos agentes comunitário de saúde de uma unidade de saúde de Dourados, MS, 2014

INTERVENÇÃO	TEMA	PARTICIPANTES
1ª	O que é ser ACS	5
2ª	Retomada do início da profissão: dificuldades e conquistas	5
3ª	Jogo do desenho: comunicação	5
4ª	Retomada do jogo: considerações a respeito da comunicação e modos de trabalhar/ Falta de adesão da equipe	5
5ª	Considerações a respeito das atividades de promoção e prevenção da saúde/ importância do PMAQ/Falta de adesão da equipe	4
6ª	Encerramento e devolutiva	4

Resultados e discussão

Orientadas pelos pressupostos da observação participante e pelos referenciais teóricos da Psicodinâmica do Trabalho, as estagiárias, juntamente com a supervisora do estágio, fizeram a primeira visita à unidade de saúde, a fim de conhecer o local e conversar com o enfermeiro responsável pela unidade. Nessa primeira conversa, o enfermeiro destacou que esperava objetividade e clareza do projeto de estágio. Foi explicado como se daria o estágio, expondo que o objetivo era conhecer a rotina de trabalho e as atividades da unidade, a fim de compreender a dinâmica do trabalho ali realizado e propor uma ação junto à equipe. O enfermeiro solicitou que fizessemos um relatório para a equipe, pois, provavelmente, perceberíamos algumas coisas que poderiam ser melhoradas e mudadas. Firmamos o compromisso de elaborar uma devolutiva em escrito para a unidade.

Na segunda visita à unidade, participamos de uma reunião de equipe, realizada em uma sala própria para reuniões. Fomos apresentadas à equipe e apresentamos a nossa proposta de estágio na unidade. Observamos, durante a reunião, uma certa desorganização no que diz respeito aos assuntos a serem tratados e em relação à comunicação, com falas sobrepostas, o que dificultava o entendimento de todas as opiniões mostradas ali. Diversos assuntos foram tratados: avaliação sobre a atividade de Hiperdia, questões sobre a triagem e o atendimento de urgência, calendário das atividades e fila de espera para a consulta da médica. Em decorrência das férias da médica, *várias atividades* estavam atrasadas. Outro ponto levantado foi o aumento da carga horária de serviço dos trabalhadores concursados, sem respectivo aumento do salário, causando indignação.

Em visitas subsequentes, buscou-se observar o funcionamento do posto. A regra da disposição de atendimentos era muito respeitada, sempre que chegava algum usuário na unidade, após as vagas serem completadas, a recepcionista deixava claro que ele só seria atendido se sobrassem vagas. Em geral, apenas as primeiras horas após a unidade ser aberta costumam ser tumultuadas. Na parte da tarde, a população voltava a procurar o atendimento. Em todas as observações, a recepcionista mostrou-se muito solícita em responder nossas dúvidas. Percebeu-se que ela possuía grande conhecimento a respeito do posto e que muitas atividades eram delegadas a ela. Ela estava sempre realizando alguma atividade, muito concentrada. Contou-nos que havia pedido uma licença premiada para ficar afastada durante três meses da unidade de saúde, a fim de descansar um pouco e voltar com mais ânimo para as atividades.

Em geral, íamos dois dias por semana à unidade, um para acompanhar a reunião da equipe e outro para acompanhar o funcionamento das atividades. Ao longo das reuniões observadas, percebemos total adesão do grupo, raramente um funcionário falta. Mais adiante, as ausências tornaram-se mais frequentes, devido ao sistema de folgas que foi implementado para compensar o não reajuste do salário e o aumento da carga horária.

Assuntos como a atividade do Hiperdia e os atendimentos eram pautas constantes nas reuniões. Em relação ao Hiperdia, o impasse devia-se ao interesse da médica em realizar a promoção de saúde no Hiperdia e não somente realizar consultas. Os agentes comunitários defendiam que esse não era o interesse da população, não iriam até o posto somente para ouvir palestras e, como ela tinha acabado de chegar das férias, havia uma demanda muito grande para atendimentos. Em geral, as questões não eram discutidas até a equipe chegar a uma decisão,

sendo postergadas para a próxima semana. Por volta da quinta reunião da equipe, foi decidido que toda a terceira semana do mês o Hiperdia contaria com palestras e atividades para a promoção da saúde.

Quanto à disposição dos atendimentos, a discussão centrava-se na caracterização *daquilo que* seria considerado urgência para a unidade, bem como a forma e quantidade desses atendimentos. Nas reuniões, aos poucos se foi chegando a um acordo e a critérios para a ordem dos atendimentos. O número de pacientes atendidos na unidade e o que seria feito com os usuários que não conseguissem a consulta foi estabelecido. Durante a folga da médica, um médico substituto foi requerido pela unidade, mas a solicitação foi atendida somente após o retorno das atividades da médica. O médico participou de duas reuniões, nas quais foi recebido com entusiasmo, principalmente por parte dos agentes comunitários de saúde. O *médico costumava deixar a sua opinião* muito clara e era escutado pelos agentes comunitários.

Um dos enfermeiros da unidade conduzia as reuniões e, em sua ausência, uma agente comunitária de saúde. Os agentes comunitários eram os participantes mais ativos da reunião, e falas sobrepostas durante a discussão de algum tema eram comuns. Evidente também era o desinteresse por parte de trabalhadores sobre alguns temas debatidos; alguns iam embora antes do término das discussões e outros se dispersavam. Uma agente comunitária em especial tinha muita voz nas reuniões, opinando em todos os tópicos levantados, defendendo a sua opinião e a dos outros agentes comunitários.

Nas reuniões optamos por um papel de observadoras, sem perguntar ou interferir no andamento das discussões, porém, em outras atividades observadas, questionamentos eram feitos para sanar as dúvidas e para melhor compreensão dos fatos percebidos. Foi possível observar o funcionamento da pesagem das crianças, o preventivo, dois Hiperdias, vacinação e visita domiciliar. Alguns imprevistos da unidade impossibilitaram a observação de algumas atividades como, por exemplo, a reunião de gestantes, que acabou não sendo realizado por falta de planejamento.

No dia que se acompanhou a pesagem, a informação era que seria realizada pelo auxiliar de enfermagem, mas como ele não estava na unidade, quem realizou foi a agente comunitária e o enfermeiro. Durante a pesagem houve muito barulho decorrente do *número de crianças*, o que dificultava que os profissionais se escutassem. A recepcionista ficava encarregada de recolher a caderneta das crianças e a ficha de atendimento, e a agente comunitária a recolhia de acordo com

a ordem de atendimento. Em seguida, os pesos eram escritos da caderneta pelos agentes que ficavam na sala de reunião. Segundo nos informaram, estava prevista uma palestra, além da pesagem e da puericultura, mas naquele dia só ocorreram as duas últimas ações. Os agentes comunitários de saúde que estavam na sala de reunião conversavam e parecia que uma das agentes estava com problemas com outra pessoa da equipe. Houve situações de ânimos alterados e discussões sobre sobreposição de trabalho.

O primeiro Hiperdia observado foi conduzido do modo que a médica sempre criticava nas reuniões: apenas com os atendimentos rotineiros aos hipertensos e aos diabéticos. Eram recolhidos os exames e cartão SUS dos usuários que, conforme a hora de chegada, passavam pela triagem e depois esperavam o atendimento na sala de espera. Na sala de espera havia muitos pacientes para atendimento. Ao perguntarmos se toda semana havia aquele fluxo, a médica respondeu-nos que sim, que os hipertensos sempre fazem suas consultas neste dia destinado a eles.

Muitos usuários chegavam em busca de atendimento, mas eram informados que naquele dia seriam realizados apenas dois atendimentos de *urgência e as consultas destinadas* aos hipertensos. A saída proposta pela *médica é que os pacientes voltassem* para tentar o atendimento de urgência na parte da tarde, tendo que estar impreterivelmente às treze horas na unidade ou deixar a consulta marcada. O segundo Hiperdia observado ocorreu após o acordo da equipe em realizar uma palestra para os usuários. Já na chegada, notou-se a diferença: os usuários chegavam, passavam pela triagem para aferir a pressão e fazer o teste de glicemia, e depois aguardavam na sala de reunião.

Na sala de reunião, o dentista aguardou um número expressivo de pessoas chegarem para realizar uma palestra. Alguns pacientes, ao saberem que não seria realizado atendimento naquele dia, foram embora. Por volta de umas 20 pessoas participaram da palestra, e o dentista começou falando sobre cinco dicas para manter a saúde. Quando abriu para perguntas, o questionamento feito por um dos pacientes suscitou um debate interessante. *A médica chegou na unidade* e realizou a segunda palestra, explicando a mudança do Hiperdia para os usuários e a importância dessa mudança. Foi proposta uma dinâmica para conhecer o grupo: todos deviam falar seus nomes, idade e a comida preferida. Os usuários participaram animados da atividade. Quando foi realizado o debate com as informações recolhidas, colocaram suas vivências e experiências.

A unidade esteve tranquila nos dias em que observamos a vacinação e o preventivo. No do dia da vacinação, a prioridade era para os idosos e as crianças. Não houve muita procura por atendimento, provavelmente por se tratar de uma sexta-feira, dia da semana em que o movimento costuma ser menor. Notou-se que, em razão de os agentes comunitários de saúde *não estarem presentes* na unidade, quase não havia conversa, pois eles são os que mais movimentam o local. Em relação ao preventivo, o que nos chamou a atenção foi a pouca quantidade de pessoas em busca de atendimento. Na recepção, duas agentes conversavam sobre o agendamento das folgas, questão que gerava conflito na unidade. Uma das agentes reclamava da folga da outra, que teria sido marcada para sexta, mas que foi alterada sem o conhecimento dos demais. Em outra ocasião, o conflito emergiu por conta de erros no agendamento da folga das agentes.

Quando o movimento na unidade era reduzido, íamos à copa, onde sempre se encontravam alguns funcionários e diversas conversas se desenrolavam nesse espaço. Problemas como atraso nas verbas e questões relativas ao conselho de saúde foram relatados nessas conversas. Compreendemos que seria importante estarmos em uma reunião do Conselho de Saúde, entre outras razões, pela intensa participação de agentes da unidade no conselho. Na reunião do Conselho de Saúde, uma das questões discutidas foi a respeito da desvalorização dos trabalhadores e, especificamente, dos agentes comunitários de saúde.

Para termos, de fato, uma visão ampla do processo de trabalho na unidade, acompanhamos um agente comunitário de saúde em visitas domiciliares. No caminho, explicou-nos sobre os limites da região dele e disse ser uma área com mais idosos. Contou-nos que faz as visitas todos os dias e chegava a passar até três vezes nas casas que possuem maior necessidade, porém, apontou que algumas casas ficavam até três meses sem visita por não conseguir encontrar os moradores. Foi notório o vínculo do agente comunitário de saúde com os moradores, todos nos receberam bem. Em todas as casas o agente explicou que estávamos ali como estagiárias de Psicologia para compreender melhor o seu trabalho.

O agente comunitário de saúde buscava saber o estado de saúde atual dos moradores, se possuíam alguma demanda de consulta ou se estavam precisando de receita. Uma das casas visitadas foi a de uma senhora que recentemente tinha passado por um quadro de surto. Ela sofre de Alzheimer e tentou agredir a vizinha, depois disso ficou internada cerca de 15 dias. A senhora detalhou todos os remédios que estava tomando e disse que já estava esperando pela visita do agente. Em outra casa, um senhor disse que havia passado mal nos últimos

meses, mas que conseguiu um remédio caseiro e que tinha sarado. O agente comunitário se interessou em saber como era esse remédio e para o que servia. Disse, também, que muitas vezes o remédio caseiro é tão bom ou até melhor que os prescritos pelo médico, mas ressaltou a importância de verificar nos exames e de se consultar com o médico.

Os agentes comunitários estão em constante contato com uma população que sofre de problemas mentais, ou de doenças graves, e os agentes reconhecem que precisariam de mais apoio e preparação para lidar com essas situações. Além disso, os agentes não tinham muito apoio do restante da equipe de saúde da unidade na realização de atividades para prevenção e promoção da saúde, deixando-os desmotivados para realizá-las. Observamos uma dificuldade de toda a equipe em lidar com as chamadas tecnologias leves. Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), as tecnologias leves são as ferramentas que permitem a produção de relações no encontro trabalhador-usuário por meio de atividades como a escuta, interesse e construção de vínculos.

A alta burocratização exigida na unidade de saúde acaba gerando uma mecanização das atividades, sem muito espaço para a criatividade. A médica, por ser nova na equipe e vir de outra formação, procurava reforçar a importância dessa ferramenta como forma de melhorar a adesão e o vínculo com os usuários. Segundo Merhy e Feuerwerker (2009, p.6), “através desta ferramenta é possível captar as singularidades, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico”. Desse modo, o usuário consegue sentir-se parte do local onde é atendido.

Outra questão observada é que os espaços de fala na unidade são “espremiados”, uma vez que comentários sobre o processo de trabalho são diariamente feitos pela equipe, apesar da existência de uma reunião, quando, teoricamente, seria um momento propício para tais conversas. As falas feitas no dia a dia justificam-se pelo fato de que o momento reservado para isso se dá de modo tumultuado, fazendo que os integrantes da equipe não consigam se expressar completamente, nem ouvir nem serem ouvidos. Molinier (2001 apud HELOANI; LANCMAN, 2004) aponta que a psicodinâmica busca modificar as relações subjetivas no trabalho. A proposta é favorecer processos de reflexão para os trabalhadores para que eles possam executar mudanças no trabalho e em suas relações.

Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, o caminho para melhorar as relações no trabalho é a criação de um espaço público de discussão, onde as pessoas possam falar e escutar, de forma que a transformação da organização do trabalho

ocorra. Para Lancman e Uchida (2003), a organização do trabalho raramente é vista do ponto de vista subjetivo. Dependendo de como está organizado, ele impede o indivíduo de pensar a racionalidade do trabalho, o que gera limitação na capacidade de se pensar. Para isso, é proposto que se criem espaços para a reflexão coletiva, guiada pela compreensão mútua das normas e regulamentações que envolvem a produção do trabalho (LANCMAN; UCHIDA, 2003).

Feitas as observações correspondentes ao primeiro semestre e relacionando-as com a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, foram elaboradas estratégias de intervenção para o segundo semestre. A intervenção consistiu na criação de um espaço público de discussão (HELOANI; LANCMAN, 2004), a fim de possibilitar momentos para a reflexão sobre as práticas cotidianas e os sentimentos em relação a esse cotidiano. Conforme exposto anteriormente, a atuação foi com os agentes comunitários de saúde, promovendo a escuta e a reflexão sobre os modos de lidarem com os desafios do trabalho na unidade de saúde.

No primeiro encontro, propomos uma atividade de apresentação. Mesmo sabendo que todos os integrantes já se conheciam há alguns anos, consideramos a atividade relevante para iniciar esse novo momento. Em **círculo**, cada participante deveria apresentar a pessoa ao seu lado direito, com as informações que soubesse e julgasse cabível. Para exemplificar a atividade, as estagiárias iniciaram apresentando uma a outra. Questões referentes aos comportamentos no trabalho, vida pessoal e valores emergiram. Com o fim da apresentação, pontuamos a importância daquele momento e iniciamos a nossa segunda atividade, entregando uma folha de papel para cada agente comunitário e pedindo que escrevessem três palavras que os definissem. Quando todos terminaram, cada pessoa leu ao grupo o que escreveu, explicando o motivo das escolhas. Os demais opinavam a respeito das características escolhidas, dizendo se concordavam ou não.

Pedimos que pensassem em como aquelas características interferiam na vida profissional, como agentes comunitários de saúde. As diversas vivências relatadas foram, em sua maioria, acontecimentos negativos. Ficou claro como a vivência de agente comunitário de saúde está interligada com a vida pessoal; uma agente comunitária chegou a relatar que passou por um período com depressão por não conseguir realizar seu trabalho. Ao indagarmos se havia somente experiências negativas, o grupo disse que não, que o trabalho possibilitou grande conhecimento e experiências únicas e enriquecedoras para eles.

Após entendermos a visão dos próprios agentes de saúde sobre o trabalho, resolvemos trabalhar, **no segundo encontro**, uma retomada do passado. Nota-

mos que eles evoluíram muito ao longo dos anos, mas devido a um momento de desmotivação, não valorizavam as conquistas que alcançaram com e no trabalho. Nessa atividade, levamos um “baú dos sonhos”, em que cada agente deveria escrever em um papel a experiência mais significativa que teve, como agente comunitário, e guardar dentro do baú. Depois os papéis foram lidos uns pelos outros, sem saber quem havia escrito. Lembranças do primeiro dia de trabalho, situações de emergências, em que o trabalho deles foi necessário, eventos de que participaram, todas essas recordações foram colocadas por eles e lidas pelo colega. Dando sequência à proposta de resgate, pedimos que pensassem em como foi quando se tornaram agentes comunitários de saúde, como foi o primeiro dia de trabalho, o que sentiram naquele momento; que pensassem na experiência mais difícil pela qual passaram, no que alcançaram com esse trabalho e o que havia mudado na vida deles. Durante a discussão, disseram que havia passado um filme na cabeça deles e alguns definiram esse filme como um drama, outros, como de terror, mas que poderia se transformar em um filme muito bom. Algumas se emocionaram com a atividade.

No **terceiro encontro**, foi proposto um jogo, constituído de duas partes: na primeira parte, a equipe deveria realizar um desenho sem se comunicarem uns com os outros e cada agente teria uma cor e deveria realizar apenas um risco por vez; na segunda parte, um novo desenho deveria ser realizado pela equipe, mas, dessa vez, eles poderiam se comunicar e todos teriam a mesma cor de lápis. Um por vez realizaria o desenho. Ao final, os dois desenhos foram colocados lado a lado e a estagiária perguntou o que tinham achado dos desenhos. Eles responderam que os desenhos eram feios e confusos. O desenho sobre o qual *não houve nenhuma comunicação não possuía sentido algum, eram apenas riscos alternados e era possível perceber que cada um ia tentando dar um fechamento aos próprios riscos*. Já o desenho em que puderam se comunicar, a comunicação não foi utilizada de maneira efetiva, já que não conversaram em nenhum momento para decidir o que seria feito: cada um escolhia o que faria e comunicava ao resto da equipe.

No **quarto encontro**, levamos os desenhos realizados e procuramos recordar como foi realizá-los e o que concluíram daquelas atividades. Fizemos perguntas sobre o que o desenho representava, se caracterizava o grupo e como eles relacionavam o desenho à dinâmica de trabalho da equipe. Na semana anterior, uma atividade foi realizada na unidade para o “Outubro Rosa”, a “Tenda Rosa” e, para essa atividade, foi confeccionada uma lixa de unha personalizada. Uma das agentes citou esse fato para exemplificar como uma colega era impositiva, pois

pediu a opinião de todos a respeito de como fariam a personalização, porém não acatou nenhuma das sugestões. Com isso, a equipe começou a discutir sobre os papéis de cada um dentro do grupo. Concluíram que, se todos da equipe fossem motivados a fazer algo de novo, os atendimentos seriam muito melhores. Comentaram sobre a falta da adesão do restante da equipe às atividades feitas por eles, tornando a rotina monótona.

No **quinto encontro**, foi feita uma escuta sobre os problemas encontrados pelos agentes na unidade de saúde, em especial a pouca participação dos demais integrantes da equipe nas ações e atividades cotidianas. O assunto já havia sido abordado na última intervenção, por isso perguntamos se gostariam de falar mais a respeito. Fomos informadas que eles haviam discutido essa questão em uma das reuniões, por ocasião das novas exigências do PMAQ – AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). A equipe optou por criar um regimento interno, estabelecendo o que cada integrante devia realizar. Outras questões foram explicitadas sobre o descaso do restante da equipe com atividades extras, porém necessárias.

No *último encontro*, antes de realizar a devolutiva, perguntamos como estavam as questões na unidade e, bem chateadas, disseram que haviam tido problemas com o restante da equipe. Quando pedimos uma devolutiva das nossas atividades para o grupo, uma das agentes se emocionou ao falar do ocorrido. Pautamos nossas considerações finais sobre a fala da agente e sobre os problemas com a equipe, indicando que o grupo teve o intuito de fortalecer a confiança entre eles, a fim de que eles pudessem levar suas demandas ao restante da equipe de saúde da unidade. A devolutiva foi bem aceita e eles também falaram do nosso trabalho e agradeceram pelos encontros. Ressaltamos a importância que esse momento do estágio teve em nossa formação. No final, realizamos uma confraternização com o grupo.

Durante os encontros do grupo de reflexão, questões postas na literatura apareceram no relato dos agentes. A dificuldade em separar o trabalho da vida pessoal foi amplamente discutida por eles. Segundo os agentes, essa é uma tarefa muito árdua e desgastante e cada agente desenvolve uma atitude como mecanismo de defesa. Esse quadro pode ocasionar exaustão física e psíquica, e, consequentemente, o desinteresse pelo trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; WAI, 2007). Os ACS têm atribuições específicas, a fim de desenvolverem “suas atividades nos domicílios de sua área de responsabilidade, e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades” (BRASIL, 1997, p. 18). As visitas

domiciliares ocupam espaço central no trabalho dos ACS, e esse contato constante com a comunidade pode gerar desgaste e desmotivação.

Esse desgaste foi explicitado por uma das ACS ao relatar que, no ano anterior, estava totalmente desgostosa do trabalho, chegando a entrar em estado depressivo. Como forma de melhorar as visitas, foi atrás de uma pós-graduação e lá ela passou por um processo de desconstrução do que vinha a ser o papel dos agentes comunitários de saúde e, posteriormente, uma construção com novos valores e práticas. Todo o grupo relatou como essa participação da agente agregou valor à atividade deles, pois, ao trazer novas propostas para o posto, forneceu ânimo aos demais para realizar as atividades diárias de maneira inovadora e realizar mudanças. Heloani e Lancman (2004) apontam que o prazer em realizar novas atividades e usufruir da criatividade no trabalho, por meio da liberdade de expressão, propicia uma situação geradora de prazer no trabalho. Isso foi notório no relato das agentes comunitárias de saúde, especialmente, quando faziam um empenho pessoal para organizar e realizar atividades de integração com a comunidade.

É importante ressaltar que durante o segundo semestre de estágio, ao mesmo tempo que eram feitos os grupos de reflexão, observou-se uma inflexão na dinâmica da unidade. A intervenção da psicóloga no NASF certamente impulsionou essa mudança, que já vinha sendo gestada dentro da equipe. A realização de uma atividade, proposta pelos agentes comunitários de saúde, expressa essa mudança. Denominada “Tenda do Conto”, a atividade visa promover a criação de vínculos entre trabalhador-usuário, amplamente utilizada em unidades de saúde do nordeste do país. A atividade se caracteriza pela construção de um cenário que remete às histórias de vida daqueles que dela participarão. A Tenda do Conto consiste em uma mesa onde são exibidas fotografias antigas, poemas, cartas, caixas de madeira, vasos, livros e muitos outros objetos e, a partir desses objetos, usuários e profissionais contam suas histórias (BRASIL, 2010). A proposta dessa atividade é que os usuários, guiados pela presença de um objeto importante, que eles mesmos trazem, contam episódios de sua história de vida aos trabalhadores de saúde e a outros usuários presentes no momento.

Inicialmente, a Tenda foi realizada em reunião de equipe entre os próprios trabalhadores e se configurou como um momento de emoção para todos os presentes. Tendo conhecido a proposta dos agentes comunitários de saúde, toda a equipe concordou em implementar a prática nas atividades do Hiperdia, para promover o diálogo com os usuários e transcender a prática médico-centrada, valorizando a troca de experiências. Esse movimento da equipe pode ser caracte-

rizado como um processo de Educação Permanente em Saúde, pois aprenderam uns com os outros a melhor forma de abordar os usuários, por meio de uma atividade vivenciada e legitimada no próprio trabalho (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Ao relatarem o sucesso da Tenda do Conto e de atividades especiais como o “Outubro Rosa”, Dia das Crianças, “Novembro Azul”, os agentes apontaram para a gratificação que é ver a execução de um trabalho bem sucedido, feito por eles. Eles disseram acreditar que os ACS estavam mais unidos neste ano por realizarem mais atividades conjuntamente, ao passo que, em anos anteriores, eles não se reuniam para construir nada. Porém, ao longo das intervenções, expuseram como é difícil lidar com o fato de que somente eles vão atrás de inovação e fazem quaisquer atividades extras necessárias no posto. O problema central, o que mais os incomodavam, era serem sempre os responsáveis por tudo e não contarem com nenhum apoio do restante da equipe e, por vezes, ainda aguentarem reclamações por parte dos demais integrantes.

O engajamento no trabalho e o caráter intenso que a ele conferiam, repercutiam em exigências ao funcionamento do coletivo. As exigências de produção para alcançarem a bonificação concedida pelo Ministério da Saúde geravam conflitos. Embora todos os integrantes da equipe recebessem bonificação, os agentes reclamavam que somente eles trabalhavam para alcançar as metas estabelecidas. Sobre essas questões, Tomaz (2002) reflete que a excessiva responsabilização no trabalho sobrecarrega os profissionais e é um dos maiores geradores de sofrimento entre os ACS. Para Fortes (2004), a falta de delimitação técnica de sua área de atuação é questão central nas queixas dos Agentes de Saúde. É comum que os demais membros da equipe responsabilizem os ACS por questões que, muitas vezes, não são atribuição deles. O papel do ACS não é visto de maneira clara pelos próprios integrantes da equipe, pela população e até mesmo pelos próprios ACS que, por conta dos afetos envolvidos na relação com a população assistida, acabam assumindo tarefas que vão além das suas capacidades e responsabilidades.

A falta de delimitação dos limites da atuação do ACS, junto aos usuários, soma-se ao considerável envolvimento pessoal e interpessoal que possuem com a população, o que trazia conflitos e desgaste emocional. Nas primeiras intervenções, alguns agentes disseram que procuravam não saber muito a respeito da vida dos usuários, buscavam apenas fazer suas visitas e retirar as informações necessárias, porque depois carregariam com eles o sofrimento desses indivíduos. Outra agente disse que preferia estabelecer um contato maior, pois a ajudava a manter

um vínculo com o usuário; porém, com o passar dos anos, foi ficando imune ao sofrimento alheio. Nunes et al. (2002) apontam esse aspecto e dizem que existe uma demanda da população que extrapola a busca da saúde física e se expande para as necessidades afetivas, como carinho, companheirismo, amizade e cuidado.

O fato de muitas vezes não conseguirem ser resolutivos diante dos problemas postos pelos usuários foi outro assunto muito apontado. Uma agente chegou a dizer que estava cansada de “vender peixe podre como se fosse salmão” para os usuários, fazendo referência às falhas na operacionalização da promoção a saúde. Sentimento de impotência foi descrito pelos ACS que, por se encontrarem na interface entre o serviço de saúde e a população, eram submetidos à pressão dos usuários, diante da precariedade do funcionamento do serviço, as outras instâncias do setor de saúde e demais instâncias do Estado (RIBEIRO, 2004; TRAVERSO-YÉPEZ; BERNARDINO; GOMES, 2007).

Considerações finais

O preparo feito nas supervisões, antes da ida ao campo, foi de suma importância para proporcionar um direcionamento e uma observação mais ampla. Por meio das leituras, discussões, reflexões nas supervisões, foi possível formar uma ideia das situações que poderiam ser encontradas, de forma a realizar uma preparação para compreendê-las antes de realizar qualquer interpretação precipitada. Ao chegar ao posto, durante o primeiro momento do estágio, foi possível perceber que os enfrentamentos apontados na literatura são encarados diariamente pelos trabalhadores de saúde. A leitura e reflexão acerca da Psicodinâmica do Trabalho possibilitou uma visão mais abrangente das tensões ali geradas, complementadas pelos aportes da Educação Permanente em Saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009), que nortearam a elaboração de propostas que integrassem os diversos fatores do dia a dia de trabalho.

No início da atuação em campo, notamos uma certa desconfiança a respeito da nossa presença e muitas dúvidas em relação ao nosso papel como estagiárias. Inicialmente, parte da equipe acreditou que o trabalho seria voltado para a saúde do usuário, e conversas foram feitas a fim de esclarecer a proposta do estágio, bem como a sua importância. A unidade de saúde em que atuamos se mostrou bastante exigente em relação ao nosso trabalho, e os integrantes da equipe demandavam devolutivas e intervenções. Aos poucos, tais obstáculos foram sendo transpostos e os trabalhadores foram se acostumando conosco, colaborando na resolução de

nossas dúvidas e demonstrando interesse em nos ajudar e ensinar a respeito do cotidiano da unidade.

A intervenção junto ao grupo de agentes comunitários de saúde mostrou-se correta ao longo do tempo, pois cada vez mais confirmávamos a hipótese de que eles se apresentam como protagonistas das diversas ações da unidade, estando em relação constante com a equipe e com os usuários de saúde. Os momentos de escuta e reflexão possibilitaram o fortalecimento do vínculo entre eles para que dessem continuidade às suas atividades, apesar das dificuldades cotidianas. As dificuldades existentes demandariam uma intervenção mais constante, de Educação Permanente em Saúde, principalmente no que diz respeito à adesão da equipe às tecnologias leves.

Ao longo do estágio, foi observada uma mudança na equipe e, diante da emergência de novas práticas na unidade, a intervenção com os agentes comunitários de saúde possibilitou a reflexão sobre a importância de se inserir o usuário do dia-a-dia da unidade como ator das relações trabalhador-usuário, e não como mero receptor de ordens clínicas. Além disso, foi possível retomar o início da trajetória dos agentes, suas dificuldades e conquistas, e refletir acerca dos pontos positivos e negativos presentes no cotidiano de seu trabalho.

Referências bibliográficas

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **CADERNOS HumanizaSUS**, v.2, Série B, Textos Básicos de Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 1991.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.573-583, 2005.

CYRINO, A. P. P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus**: contribuições à educação e comunicação em saúde. 278p. 2005. Tese (Doutorado em Ciências)—Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Rev. Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p.77-86, 2004.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, v.23, n.2, p.511-529, 2013.

FORTES, P. A. C. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Soc.**, v.13, n.2, p.70-75, 2004.

FURLAN, V.; RIBEIRO, S. F. R. A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Vínculo**, v.8, n.1, p.22-29, 2011.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cad. de Psicol. Soc. do Trab.**, n.6, p.79-90, 2003.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-56.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, v.9, n.3, p.237-248, 1993.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: _____ (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Públ.**, v.18, n.6, p.1639-1646, 2009.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. **Cad. Saúde Públ.**, v.20, n.20, p.438-446, 2004.

RIBEIRO, S. F. R.; HELOANI, J. R. M. Sofrimento psíquico do Agente Comunitário de Saúde: interfaces entre processo de trabalho, formação e gestão. **Revista Estudos do Trabalho**, v.5, n.9, p.177-197, 2011.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.1, p.141-152, 2012.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.6, n.10, p.84-87, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; BERNARDINO, J. M.; GOMES, L. O. “Fazem um PSF lá de cima...”: um estudo de caso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.3, p. 593-602, 2007.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, v.22, n.63, p.153-155, 2007.

VELHO, G. O. Observando o familiar. In: _____. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

WAI, M. F. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia da Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento**. 137p. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)—Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ZIMMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

CAPÍTULO 7

A MUDANÇA NOS PEQUENOS ATOS

*Ronan Carlos da Cunha Fernandes
Gabriela Rievers Borges de Andrade*

O Estágio Supervisionado em Psicologia do Trabalho e Gestão, como uma das possíveis opções de estágio, é um dos pré-requisitos para a formação do Psicólogo na Universidade Federal da Grande Dourados. No cumprimento desse requisito, este relato de estágio tematiza a principal preocupação com o trabalhador, qual seja, atender as demandas relativas ao sofrimento proveniente do mundo do trabalho e as demandas relativas à saúde mental do trabalhador nos diferentes contextos.

No ano de 2015, o estágio foi realizado em uma unidade de saúde com equipes da Saúde da Família. Assim sendo, foi fundamental ter conhecimento acerca do panorama nacional a respeito da PSF (Programa Saúde da Família) e SUS (Sistema Único de Saúde). De acordo com Ribeiro (2006), a gênese do PSF (Programa Saúde da Família) ocorreu no Ceará, em 1987, em virtude dos problemas como a seca no Nordeste. Posteriormente, o trabalho expandiu e deu origem ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como objetivo que os agentes trabalhassem ajudando a população a cuidar da própria saúde. Na mesma época, em Niterói, as experiências de Médico de Família foram implementadas com assessoria técnica de médicos de Cuba (BRASIL, 2005).

Concomitantemente, ainda segundo Ribeiro (2006), foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, e trouxe modificações na organização do trabalho em saúde com os seguintes princípios: universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização e regionalização.

A universalidade ampliaria o acesso à saúde, independente de etnia, sexo, escolaridade, situação trabalhista. A integralidade romperia com o modelo biomédico, propondo a consideração de outras dimensões sócio-culturais,

econômicas e psíquicas que fazem parte do processo saúde-doença. A hierarquização, a descentralização e regionalização, enquanto princípios organizativos, demandariam uma gestão compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal (RIBEIRO, 2006, p. 21).

A partir do modelo proposto, o PSF ganhou notoriedade e acabou sendo reconhecido como uma proposta para tornar realidade o SUS e, posteriormente, deu-se a sua implantação, com um documento oficial do Ministério da Saúde em 1994 sobre suas diretrizes. Hoje, a Estratégia Saúde da Família (ESF) continua inserida nesses princípios e cada equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista e uma auxiliar de cirurgião dentista (ACD). Atualmente, a Portaria Nº 2.027, 2011, define o PSF como Estratégia Saúde da Família (ESF), em vez de programa, pois o termo “programa” aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A Saúde da Família é, portanto, uma estratégia para reforçar determinadas diretrizes do SUS, tais como integralidade, territorialidade e humanização.

No que tange à definição do conceito de saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1996, p. 384), organismo sanitário integrante da Organização das Nações Unidas, fundado em 1948, definiu saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. A partir desse entendimento, postula-se saúde como um fenômeno biopsicossocial, que compreende um processo continuado e interdependente de preservação da vida, o que tange a dimensão social. Assim sendo, as diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas afetam o modo como a “saúde mental” é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. Esta pode incluir a capacidade do indivíduo de apreciar a vida e procurar equilíbrio entre as atividades do dia a dia. Portanto, o conceito de Saúde Mental é mais abrangente que a ausência de transtornos mentais. Para Bleger (1984), não interessa apenas a ausência de doenças, mas o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade. A ênfase, então, na saúde mental, desloca-se da doença à saúde e à observação de como os seres humanos vivem em seu cotidiano.

Os surtos psicóticos e a formação das neuroses têm seu início na estrutura da personalidade desde o princípio da vida do indivíduo e, com o passar do tempo, chega a certa configuração estável, após o período de ápice da adolescência, quando as condições sociais são relativamente favoráveis, antes mesmo que o

sujeito seja inserido no processo produtivo. No entanto, para Dejours (1992, p. 122), “o defeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas”. Assim sendo, a Psicodinâmica do trabalho foi a abordagem teórica utilizada para basear as discussões e, posteriormente, a lente que nos amparou nesse olhar à dinâmica institucional.

Para Merlo e Mendes (2009):

O campo da psicodinâmica do trabalho é aquele do sofrimento e do conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento. Ele situa sua investigação no contexto do infra-patológico ou do pré-patológico. Para o autor, o sofrimento é um espaço clínico intermediário, que marca a evolução de uma luta entre, por um lado, funcionamento psíquico e mecanismo de defesa e, de outro, pressões organizacionais desestabilizantes, com o objetivo de conjurar a descompensação e conservar, apesar de tudo, um equilíbrio possível, mesmo se ele ocorrer ao preço de um sofrimento, com a condição que se preserve o conformismo aparente do comportamento e satisfaçam-se os critérios sociais de normalidade (p. 272).

No que diz respeito ao sofrimento do trabalho, Heloani e Capitão (2003) declaram que realizar uma tarefa sem envolvimento material ou afetivo requer esforço de vontade que, em outras situações, é tolerado pelo jogo da motivação e do desejo. A vivência depressiva, em relação ao trabalho e a si próprio, é mantida pela sensação de adormecimento intelectual, de esclerose mental, de paralisia da fantasia e da imaginação. De fato, sinaliza de alguma forma o triunfo da subordinação em relação ao comportamento produtivo e criativo.

Dejours (1992) propõe então uma compreensão da relação entre trabalho e saúde mental e explica que a história primária dos indivíduos é inerente ao modo de expressão do sofrimento psíquico. Assim sendo, o trabalho revela o momento da expressão do sofrimento, mas não sua forma, que, por sua vez, origina-se da estrutura psíquica característica do indivíduo. Ainda segundo Dejours (1992), o trabalho pode ser ponderado pelo sujeito como equilibrante ou fatigante. Equilibrante, quando permitir a expressão do desejo do indivíduo e se, de fato, representar-se como lugar de sublimação. E será fatigante (ou fonte do sofrimento psíquico) quando o desejo precisar ser reprimido, por não encontrar ressonância naquilo que o sujeito faz.

Lancman e Uchida (2003) corroboram com o exposto e salientam que, para a apreensão das angústias vividas no trabalho, a abordagem psicodinâmica

sugere uma atividade de escuta atenta à fala dos trabalhadores. Não somente a fala individual, mas também — e principalmente — a coletiva, pois, para a Psicodinâmica do Trabalho, se o sofrimento é da ordem do singular, sua solução é coletiva. Por essa razão, é essencial que se crie o que Dejours chama de “espaço público” ou espaço de circulação da palavra coletiva. É na escuta do que é expresso que se cria a possibilidade de o sofrimento emergir e sua solução ser pensada por todos.

Método

O estágio em Psicologia do Trabalho e Gestão teve seu início a partir das supervisões, que funcionaram como espaço de mediação e de reflexão sobre as demandas que surgiram ao longo da prática dos estagiários. Os textos científicos foram indispensáveis nesse momento, munindo o estagiário de conhecimentos necessários em sua prática durante as visitas à instituição.

Para a inserção na Estratégia de Saúde da Família, foram entregues os Termos de Compromisso dos Estagiários (com as respectivas assinaturas) à Secretaria Municipal de Saúde, tendo como objetivos regularizar e estabelecer as cláusulas necessárias para as atividades desenvolvidas dentro da instituição. No que se refere à vigência, os estagiários cumpriram a jornada de atividades das 8h às 12 h ou das 13h às 17 h, totalizando quatro horas semanais, que constitui jornada de atividades compatível com as atividades escolares dos discentes. Ademais, os estagiários precisavam preencher semanalmente a Ficha de Controle de Presença, contendo local, data, horário de início e de término e carga horária, a cada nova atividade realizada, bem como recolher as assinaturas dos profissionais dos locais em que ocorriam essas atividades.

Ainda acerca da jornada de atividades dos estagiários, a cada ida ao campo, os discentes fizeram um relatório detalhando cada visita. Esse relatório semanal era dividido em quatro partes: I - Introdutória, na qual se caracterizava a instituição, os participantes e descreviam-se as atividades; II - Considerações sobre as interações das pessoas; III - Principais pontos levantados; e IV - Impressões de cada estagiário. O estágio foi realizado em uma unidade de Saúde da Família.

Durante o período de 30/04 a 25/06, os estagiários tiveram como objetivo observar a dinâmica institucional. A primeira visita à instituição foi realizada com a Professora Orientadora que cooperou para facilitar o primeiro diálogo entre os estagiários e a instituição. É importante ressaltar que, como coadjuvante, a lente teórica que tínhamos, a Psicodinâmica do Trabalho, foi importante estabelecer

uma forma de coleta de informações. Assim sendo, a principal ferramenta utilizada pelos estagiários foi a Observação Participante. Segundo Queiroz et al. (2007):

A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (p. 278).

A observação participante foi ferramenta essencial para os estagiários compreenderem o funcionamento da dinâmica na ESF. Por tratar-se de um método exploratório, a observação participante compreende um longo processo, no qual os estagiários precisaram ter paciência e cautela ao ingressarem na instituição. À medida que iam se estabelecendo as relações pesquisadores-pesquisados, os discentes faziam eventuais indagações aos profissionais de saúde sobre sua rotina profissional e processo do trabalho.

Ao longo das observações feitas na instituição, foi requerido que os estagiários utilizassem um diário de campo, para auxiliar nessa organização e armazenamento de informações, que posteriormente seriam direcionadas à escrita de relatórios semanais. O diário de campo é definido como “uma forma de registro de observações, comentários e reflexões para uso individual do profissional e do aluno [...]. Pode ser utilizado para registros de atividades de pesquisas e/ou registro do processo de trabalho” (LIMA; MIOTO; DAL PRÁ, 2007, p. 99). Ademais, foi imprescindível que os estagiários fizessem autoanálises para que pudessem compreender e exercer seus papéis dentro da dinâmica institucional.

Durante os primeiros meses do estágio, foram distribuídos diversos textos pela orientadora, os quais eram lidos e posteriormente discutidos nas supervisões. Posteriormente, no momento em que as dúvidas iam surgindo em relação às observações, novos textos eram apresentados para leitura e discussão. As reflexões ali feitas formalizavam a construção de uma base teórica sólida e conveniente para atuação.

No segundo semestre do Estágio Supervisionado em Psicologia Organizacional e do Trabalho, iniciaram as atividades de intervenção. Foram feitas diversas discussões durante as supervisões para decidir qual a melhor estratégia a fim de contribuir para uma vivência de trabalho mais agradável para os trabalhadores. Além disso, foi realizada uma devolutiva das observações feitas no primeiro semestre. Durante as primeiras supervisões do mês de agosto, foram discutidas di-

versas maneiras de se fazer a devolutiva, de forma a expor alguns elementos da dinâmica dos trabalhadores, apontando algumas características que favoreciam o processo de trabalho e outras que não.

Na devolutiva, a principal preocupação foi propiciar um espaço de fala sobre algumas das características observadas durante os meses anteriores. No dia 07 de agosto de 2015, o estagiário convidou todos os trabalhadores para a sala de espera, e lhes foram apresentados os pontos favoráveis e os desfavoráveis observados durante o primeiro semestre. Em seguida, foi aberta a discussão para os trabalhadores opinarem sobre os pontos apresentados. Alguns trabalhadores se emocionaram, outros permaneceram quietos. Os trabalhadores que se pronunciaram não negaram nenhum dos pontos apresentados.

Quadro 1 – Resumo da devolutiva sobre as observações apresentada aos trabalhadores

Pontos favoráveis	Pontos desfavoráveis
Dinamização do trabalho Reuniões em espaços alternativos	Desgaste nas relações interpessoais Falta de clareza na comunicação

Aproveitou-se o momento da devolutiva para também esclarecer aos trabalhadores o nosso distanciamento inicial por conta das observações, assim como para reforçar o importante papel deles, pois a partir de suas vivências cotidianas no trabalho poderíamos aprender como funcionam os processos de trabalho, e questões relativas a ele.

As intervenções

Para a realização das intervenções, foi escolhida uma categoria profissional da instituição. Orientadora e estagiários optaram por intervir junto aos Agentes Comunitários de Saúde, já que a categoria, além de representar um número considerável dentre os trabalhadores, tem um papel inovador dentro da ESF.

Quanto à forma de intervenção, optou-se pelo Grupo de Reflexão, considerado uma das modalidades de Grupo Operativo, conceituado por Pichon-Rivière. Para Zimerman (2000), o Grupo Operativo tem postulados tão abrangentes que muitos dizem que, genericamente, conserva o *status* de continente dos demais grupos. A Proposta de terminologia do Grupo de Reflexão foi feita pelo psicanalista argentino Dellarossa (1979); uma das suas finalidades é “possi-

bilitar aos indivíduos uma forma mais adequada de utilização do pensamento” (ZIMERMAN, 2000, p. 93).

Durante a devolutiva, foi feito o convite aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para participar da Intervenção, esclarecendo que essa participação não era obrigatória, e que poderiam optar por participar ou não. Os encontros para intervenção ocorreram de 28 de agosto de 2015 a 20 de novembro de 2015, totalizando nove (9) encontros. O número de ACS participantes variava de 3 a 4 pessoas e, em média, os encontros duravam 50 minutos. O principal objetivo do Grupo de Reflexão foi garantir um espaço para refletir sobre as práticas e vivências do trabalho.

Quadro 2 – Síntese das intervenções

Intervenção	Participantes	Objetivos
1ª	3	- Esclarecer as propostas da Intervenção - Esclarecer o Enquadre (Setting) Grupal - Escuta das demandas Grupais
2ª	4	- Escuta das demandas Grupais - Jogo dos Sentidos (Sentidos do Trabalho) - Reflexão sobre: assuntos discutidos em grupo e sobre o jogo
3ª	3	- Escuta das demandas Grupais - Reflexão sobre os assuntos discutidos em grupo
4ª	3	- Escuta das demandas Grupais - Reflexão sobre os assuntos discutidos em grupo
5ª	3	- Escuta das demandas Grupais - Jogo do Desenho Coletivo - Reflexão sobre: assuntos discutidos em grupo; jogo.
6ª	3	- Escuta das demandas Grupais - Reflexão sobre: assuntos discutidos em grupo e formas de ponderar (ex. em que momento falar/decidir/agir).
7ª	3	- Escuta das demandas Grupais - Reflexão sobre os assuntos discutidos em grupo
8ª	4	- Escuta das demandas Grupais - Reflexão sobre: assuntos discutidos em grupo; EPS.
9ª	4	- Devolutiva

Ao final dos encontros, o estagiário optou por fazer duas devolutivas separadas. A primeira seria para o grupo de intervenção, apontando algumas características observadas durante o processo grupal; a segunda seria dada aos demais trabalhadores, pois as observações participantes perduraram até as últimas visitas.

Resultados e discussão

Nesse momento, abordaremos algumas indagações relacionadas à psicodinâmica observada na Unidade Básica de Saúde. É importante ressaltar que todo material aqui retratado revela as considerações feitas e discutidas em supervisão, e ainda assim tem caráter explicativo e técnico. Resgatemos que a proposta não diz respeito à compreensão da instituição e, por conseguinte, diagnosticá-la segundo algum manual, mas entendê-la como um processo contínuo, concomitante a um continente dinâmico e que possui suas próprias características e sua própria subjetividade.

Dentro do processo psicodinâmico do trabalho, o sofrimento é entendido como o principal gerador do desgaste e do adoecimento no trabalho. Segundo Mendes (1995), há uma busca do prazer no trabalho e também a fuga do desprazer. A busca do prazer e a fuga do prazer compõem um desejo permanente do trabalhador, em contraponto às exigências provenientes no processo, nas relações e na organização do trabalho. Muitas vezes, a organização do trabalho apenas oferece condições contrárias ao bem-estar, gerando desprazer, expresso numa vivência de sofrimento. A sublimação é o mecanismo mais adequado no contexto do trabalho, contudo, várias vezes ela é substituída por mecanismos que descompensam, fazem sofrer e adoecem.

Tomemos como primeiro exemplo as “risadas” e “piadas”, aspectos observados na unidade de saúde. Muitas vezes, os risos e piadas foram observados em situações de tensão, crises e/ou desprazer. Essas situações nos remetem ao “chiste”, que, de acordo com Ribeiro (2008):

O chiste é construído por uma ideia recalcada no Inconsciente, que sob certa pressão, força passagem surgindo pronto na Consciência. É uma formação do Inconsciente, assim como os sonhos, os atos falhos e os sintomas. [...] Já o humor tem sua origem no Pré-consciente, por atuação do Superego, na evitação de um sentimento doloroso iminente. Não tem a mesma explosão de prazer e riso encontrados no chiste, porém é mais sublime e enobrecedor. Ambos estão a serviço do princípio do prazer, mas de formas diferentes. (p.106).

Dentro das observações feitas, entendemos as risadas e piadas como um substituto do sofrimento ou sentimentos dolorosos que, segundo Ribeiro e Martins (2011):

A brincadeira no trabalho é um exemplo disso. Assim, os trabalhadores se afastam da realidade e, conseqüentemente, de possibilidades reais de mudança. Quando brincam em situações de desgaste eles escamoteiam o sofrimento, mas não procuram compreendê-lo. Seria favorável que vivenciassem momentos de descontração e de risadas, desde que não fossem para tamponar o sofrimento. É um processo inconsciente, e por isso mesmo mais perigoso e propício à alienação (p.246).

As brincadeiras, piadas e risadas foram características bastante observadas na unidade de saúde e diversas vezes ocorriam em contextos e situações um tanto impróprias para isso. Esses comportamentos geralmente aconteciam em momentos de tensões, crises ou até mesmo situações impactantes. Para entendermos o contexto no qual as risadas e as piadas aconteciam, tomemos um breve recorte sobre a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o SUS e os campos percorridos por estes. Segundo Onocko (2005):

[...] então, para analisar a que está exposto um trabalhador de saúde na periferia das grandes cidades brasileiras no contemporâneo, no SUS. Se estar em contato significa expor-se a afetos e, portanto, a ser afetado, deveríamos pensar na realidade dos grandes bolsões de pobreza. Quem trabalha nesses locais sabe quão difícil resulta colocar-se em contato com tanta intensidade cotidianamente. Não estamos falando somente da já dura experiência [...] de conviver com a dor e a morte, o excesso de demanda, a falta de recursos. O grau de miserabilidade dessas populações extrapola nossa capacidade de resistência (p.579).

Encarar dia a dia a pobreza e ter assegurado que essas estimulações e experiências não os afetam é bastante equivocado. Os ACS diariamente estão expostos a essa realidade que está distante de ser facilmente suportável. As resistências que ajudam os sujeitos a suportar essa realidade são subjugadas. O substituto aparente nessas situações são os risos e as piadas, que por sua vez minimizam a atenção e alienam o pensamento sobre a própria experiência.

Outro ponto que converge para garantir o desequilíbrio e sofrimento do trabalhador está presente na confusão de papéis. De acordo com Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012), a sobrecarga de trabalho se dá devido às altas exigências impostas ao trabalho dos ACS, pela pouca valorização do trabalho e pelo intenso envolvimento emocional com os usuários. Esse conjunto de coisas pode levar à exaustão física e psíquica e, por fim, a um constante sentimento de desinteresse pelo próprio trabalho.

Os usuários e os trabalhadores da unidade de saúde, principalmente os ACS, geralmente possuíam um envolvimento emocional exacerbado com os usuários. Como fator agravante da situação, há o fato de que os agentes dispunham do mesmo campo de movimentação que os usuários, por obrigatoriedade legal de morarem no território e serem responsáveis por cuidar de seus vizinhos, amigos, colegas de trabalho e afins.

Ainda no que diz respeito à confusão de papéis, Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) afirmam que:

A obrigatoriedade do agente de saúde pertencer ao bairro em que mora, conforme determina a Lei 10.057, de 10 de julho de 2002, faz parte da concepção de que a familiaridade com o local de trabalho é um aspecto positivo para a prática profissional. Pressupõe-se que a identificação do ACS com a população, e vice-versa, pode potencializar tal relação e trazer benefícios. Entretanto, estas pressuposições desconsideram que, ao exercer suas atribuições, o ACS passa a ser observado, despertando as mais diversas impressões nos usuários, e estas devem ser tomadas como variável importante para o sucesso ou não de seu trabalho (p. 148).

Por essa lei que estipula a obrigatoriedade de o ACS morar no bairro, muitos desses locais são visitados por seus colegas de trabalho. Há uma complexificação dos vínculos, e então uma confusão dos papéis. Ainda segundo Rosa et al. (2012):

[...] o ACS que entra em contato mais cruamente com as diversas formas de sofrimento da população. Seu papel ultrapassa, portanto, as atribuições que lhe compete, afinal a vida no bairro, em suas diversas expressões, continua depois do expediente, nos feriados e nos fins de semana. Assim, há que se considerar que, geralmente, a atuação do ACS está permeada de considerável envolvimento pessoal e interpessoal, o que pode trazer conflitos e desgaste emocional (p.150).

Além de compartilhar um vínculo profissional com os demais colegas de trabalho, o ACS é também aquele que visualiza o sofrimento da população que, por sua vez, é composta por seus semelhantes. Os espaços profissionais e pessoais ficam misturados. Desse modo, entendemos que os papéis foram voltados para uma atuação sem caráter profissional, mas sim pessoal e consequentemente emocional e afetivo.

Ao fazermos essa reflexão, podemos entender como cada ponto discutido perpassa um processo dinâmico dentro do trabalho. Entendemos aqui como

funciona cada elemento descrito dentro dessa unidade institucional. Dentro dessa realidade bastante intensa e de experiências um tanto impactantes, os ACS e demais trabalhadores eram forçados a resistir diante do que se coloca como real, na presença de tantos conflitos de papéis, interesses, afetos e de emoções. O que substituíra seu sofrimento era a risada, a piada e a descontração, pois foi assim que foi possível resistir.

Discussão sobre as intervenções

Neste segundo momento, tomaremos como objeto as intervenções e os materiais obtidos dentro deste processo. Uma das principais queixas observadas nos discursos dos ACS se referiam às metas e burocracias do trabalho. Durante os encontros grupais iniciais, os ACS demonstraram frustração e impotência, pois perpetuavam o sofrimento diário em não conseguir cumprir todas as tarefas. O e-SUS AB:

[...] é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2015).

Para os ACS, esse sistema tem ocupado um lugar perverso no trabalho, pois a unidade contava apenas com cinco computadores, sendo dois da recepção. Os outros três eram diversas vezes disputados. Além disso, a maioria dos trabalhadores tinha que fazer os lançamentos das atividades realizadas. Esse registro online tornou-se um vilão e ocupava *status* de burocracia obrigatória. Para Weber (1997), “em todas as instituições sociais, tenham elas fins materiais ou ideais, a burocracia está presente, e tais instituições se organizam atuando por intermédio de um instrumento cada vez mais universal e eficaz do exercício da dominação, que é a própria burocracia”.

Ainda sobre burocracia, Nunes e Lins (2009) afirmam que:

A burocracia é a chave que move o processo de sofrimento: produz a falta de autonomia, e os servidores se mostram atados, o que gera frustração. O modelo empregado na organização, assim, constitui um dos fatores que

proporcionam e caracterizam o sofrimento no trabalho. A organização burocrática tradicional possui uma hierarquia conhecida pela divisão vertical do trabalho e, muitas vezes, traz consigo a impessoalidade, também fonte de frustração e desânimo, possivelmente afetando o desempenho do servidor público (p. 62).

Ao se tratar das metas, os ACS relataram ser impossível o seu cumprimento. Esses profissionais viviam um dilema diário, pois, por um lado, tinham que cumprir as exigências dos programas, atingindo quantidades numéricas de atividades e, por outro lado, a burocracia obrigatória, como o lançamento de suas atividades em um sistema, além de efetuar os programas como Hiperdia, Bolsa Família, etc.

Devido a essas queixas por questões de exigência do trabalho e impossibilitadas de mudanças estruturais, foi necessário pensar em estratégias que pudessem amenizar o sofrimento proveniente do trabalho. No processo de reflexão sobre formas de amenizar essas questões, surgiu um novo “sintoma”, que não havia sido percebido nas observações anteriores: a questão da comunicação. Essa questão tornou-se o foco das intervenções. No início dos Grupos de Reflexão, houve diversos momentos de queixa, que permaneceram até metade do desenvolvimento das intervenções. Posteriormente, da metade para o final das intervenções, foi dada maior atenção às seguintes queixas: “espaços de fala reduzidos”, “falta de encontros e discussão das visitas realizadas”, “falta de apoio da equipe para organização de atividades”.

As reuniões da unidade, geralmente, aconteciam com pautas pré-determinadas e fechadas, dificultando a expressão dos ACS. Já no Grupo de Reflexão tornou-se possível a expressão dos ACS, pois ali eles encontraram um espaço para falar sobre seu sofrimento. “A fala mobilizava o trabalhador para ressignificar sua relação com o trabalho e fazer as transformações nas estratégias para dar conta do real, aproximando-as o mais possível das condições de saúde” (MERLO; MENDES, 2009, p.150).

De acordo com Mendes (1995, p.35), “O trabalho, como parte do mundo externo ao sujeito e do seu próprio corpo e relações sociais, representa uma fonte de prazer ou de sofrimento, desde que as condições externas oferecidas atendam ou não à satisfação dos desejos inconscientes”. A possibilidade de falar sobre o trabalho, o sofrimento, as angústias e frustrações garantiu dar vazão a esses conteúdos. Nos encontros finais foi possível notar a diferença no discurso dos ACS. Inicialmente, o grupo focava-se nas queixas e nos problemas, posteriormente, o

grupo avançou para um estágio mais operativo, no qual se discutiam formas de realização das atividades. Os ACS também relataram maior apoio dos outros colegas, como por exemplo, nas visitas domiciliares.

A transformação do sofrimento, recorrente em organizações do trabalho rígidas, sem criatividade, depende de dois elementos: a ressonância simbólica e o espaço público de discussão coletiva (MENDES, 1995). A ressonância simbólica ocorre quando há uma compatibilidade entre as representações do sujeito e a realidade do trabalho. Já o espaço público “é construído pelos próprios trabalhadores, constituindo o momento em que são partilhadas a cooperação, a confiança e regras comuns. Representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente” (MENDES, 1995, p.37).

Foi possível observar no Grupo de Reflexão uma ressignificação do trabalho. Antes o trabalho era apenas descrito em queixa e problemas, no final das intervenções passou a ser visto como um local de troca de experiências, vivências e alívio das tensões. Neste depoimento, isso pode ser constatado: “As diferenças unem. O que pensa um, o outro pode pensar diferente e complementar”. Mesmo a finalidade do grupo de reflexão não sendo para fins psicoterápicos, ainda assim foi inegável ter tido uma função terapêutica (ZIMERMAN, 2000).

Um espaço de fala acolhedor, continente, livre e de reflexão, nos mostrou a possibilidade de ressignificar os sentidos sobre trabalho. Nesse processo grupal, os ACS puderam modificar sua ação, por meio da troca de informações e da escuta dos conteúdos de seus colegas. Ter um espaço para falar pode parecer algo insignificante, porém foi notório seu efeito transformador, percebido como algo grandioso e poderoso. Dessa forma, concluiu-se que as intervenções tiveram um papel essencial para minimizar o sofrimento, visto que, mesmo não sendo um processo longo, obtiveram-se resultados bastante positivos.

Considerações finais

Enquanto estagiário, pude compreender a importância de uma base teórica sólida que contribua para a compreensão dos fenômenos encontrados na rotina do profissional psicólogo no contexto da Psicologia do Trabalho e Gestão. Aliadas à base teórica, as experiências e vivências proporcionadas pelo estágio realizado, bem como as supervisões em grupo, com a participação da orientadora e os estagiários, com suas respectivas demandas, foram ferramentas essenciais para garantir segurança na execução das tarefas e trocas de experiências e aprendizado.

À medida que nos inserimos no *lôcus* do trabalhador de saúde, aprendemos os processos, as dinâmicas e as formas de organização do trabalho, norteados por pressupostos da Educação Permanente em Saúde (MERHY, FEUERWEKER, CECCIM, 2006), que possibilitou a elaboração de propostas de intervenção geradas a partir do dia a dia do trabalhador, firmadas nas suas reais necessidades. Na prática, deparamo-nos com as condições de trabalho, o sofrimento e por fim o adoecimento. Sobretudo, percebemos que a atuação do psicólogo é indispensável, tornando-o necessário na resolução dos conflitos e minimização do sofrimento. Nesse sentido, abrem-se espaços para propor intervenções que possibilitem um espaço de reflexão, garantindo possíveis mudanças, relações pessoais satisfatórias e condições favoráveis de saúde.

Quanto às intervenções, foi possível perceber grandes mudanças em pequenos atos. Abrir um espaço para escuta e aprendizado não é uma tarefa fácil, pois somos expostos a um eterno desconstruir de nós mesmos, pois só assim é possível construir algo novo e criativo. Esta experiência de intervenção, mesmo realizada em poucos meses, gerou resultados satisfatórios: além de contribuir para a saúde mental dos trabalhadores, também ofereceu diversas vivências práticas na formação de um estagiário e futuro psicólogo.

Referências bibliográficas

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia e Sociedade**. Fortaleza, v.19, n.1, p.103-111, 2007.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. Manifestação do sofrimento e resistência ao adoecimento na gestão do trabalho. **Saúde Soc.**, v.18, n.2, p.237-247, 2009.

BRASIL. **E-SUS Atenção Básica**. 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília. 2005. 210p.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1982.

DE LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T; DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Textos e Contextos**, v.6, n.1, p. 93-104, 2007.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.262-268, 2005.

HELOANI, J. R.; CAPITAO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em Perspec.**, v.17, n.2, p.102-108, 2003.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **CADERNOS DE Psicologia Social do Trabalho**, v.6, n.1, p.79-90, 2003.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. Cien. Prof.**, v. 15, n. 1-3, p. 34-38. 1995.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect.**, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **CADERNOS DE Psicologia Social do Trabalho**, v.12, n.2, p.141-156, 2009.

NUNES, A. V. de L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v.9, n.1, p.51-67, 2009.

ONOCKO, R. T. C. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.3, p.573-583, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Promoción de la salud**: una antología. Washington, D. C.: OPS, 1996. 404p. Publicación Científica n. 557.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v.15, n.2, p.276-283. 2007.

RIBEIRO, M. M. C. Do trágico ao drama, salve-se pelo humor! **Estud. Psicanal.**, v.31, n.1, p.103-112, 2008.

RIBEIRO, S. F. R. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho**. 162p. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP Botucatu. 2006.

_____; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psic. em Estudo**, v.16, n.2, p.241-250, 2011.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. de S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde Soc.**, v.21, n.1, p.141-152, 2012.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SOBRE OS AUTORES

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

Professora adjunta da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) na Faculdade de Ciências Humanas, no Programa de Mestrado em Psicologia e na graduação em Psicologia; coordenadora do grupo de pesquisa “Saúde Mental, Trabalho e Gestão”. Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica pela USP/Bauru (2004), mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP (2006), doutora em Educação pela Faculdade de Educação da UNICAMP (2011). Orientadora e coordenadora de pesquisas financiadas pelo CNPQ/FUNDECT/PPSUS. Foi psicóloga na prefeitura de São José dos Campos/SP, de 1994 a 2003, atuando em Creches Domiciliares e na Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental. De 2009 a 2010, desempenhou a função de Apoiadora Institucional pela Secretaria Estadual de Saúde/SP num projeto de fortalecimento da gestão regional. A ênfase da sua atuação é em políticas públicas, principalmente nos seguintes temas: equipe interdisciplinar, formação de profissionais, saúde mental e trabalho, processos organizativos de trabalho.

Gabriela Rieveres Borges de Andrade

Docente do Curso de Psicologia na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal de Grande Dourados-MS (UFGD). É mestre e doutora em Políticas Públicas de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Parte do programa de doutorado foi realizado no Institute of Social Studies (ISS, Haia/ Holanda) com bolsa CAPES. A doutora desenvolve pesquisa e ensino em políticas públicas de saúde e de assistência social, desigualdades em saúde e metodologias de pesquisa em ciências sociais e humanas.

Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (2002) e Mestre em Saúde da Família, pela UFMS/Fiocruz (2014). Fez especialização em Gestão Pedagógica das ETSUS, na UFMG (2013), em Atenção Básica em Saúde da Família, na UFMS/Fiocruz (2012), em Saúde Pública, na ENSP/Fiocruz (2009), e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, na UFRN (2016). Atualmente é assessora do núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (UNASUS).

Angelo Luiz Sorgatto

Psicólogo formado pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), atualmente trabalha como psicólogo no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul (IFMS), no *campus* de Ponta Porã-MS. Atua nas áreas de Psicologia da Saúde, Psicologia Social, Psicologia Escolar e Psicanálise.

Andressa Salvino de Matos

Graduada em Psicologia na UFGD. Colaboradora no Projeto Melhoria da qualidade de vida para idoso – PROCAVIDO e no Projeto de extensão Serviço de acolhimento ao acadêmico na UFGD.

Edimara Soares da Silva

Graduada em Psicologia e voluntária nos projetos de Extensão da UFGD: “Projeto de melhoria da qualidade de vida para os idosos” e “Serviço de Acolhimento ao acadêmico”.

Fernanda Aran Colman Batista Barros

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados.

Franciely Oliani Pietrobom

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Educação pela UFGD, bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Lara Palicer de Lima

Graduada em Psicologia na Universidade Federal da Grande Dourados. Foi bolsista do Programa Institucional de Bolsas a Iniciação à Docência (PIBID). Voluntária do Programa Institucional de Bolsas a Iniciação Científica. Participou do Grupo de Estudo de Comunidades Identitárias. Estagiária no Laboratório de Psicologia Aplicada da Universidade Federal da Grande Dourados.

Natani Chaves Nascimento Marques

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFGD. Psicóloga clínica e analista de Recursos Humanos na Coppini Estratégias Humanas e Empresariais.

Paola Souza de Castro

Graduada em Psicologia na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Projetos de extensão: Projeto Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS/Brasil); Bem-me-quer — Promovendo Saúde através da Solidariedade; Educação pelo cinema XI: cinema contemporâneo e inclusão social.

Renisson Costa Araújo

Graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Especialista em Psicanálise pelo Centro Universitário da Grande Dourados (Unigran). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFGD. Foi bolsista pela CAPES pelo Programa Institucional de Bolsa de Iniciação a Docência (PIBID). O psicólogo participou de cursos de extensão nas áreas de Medicina do Trabalho, Psicodiagnóstico e Ergonomia. Possui experiência na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho, voltada à Saúde do Trabalhador, e na de Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica.

Ronan Carlos Da Cunha Fernandes

Graduado pelo curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Foi bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID). Realizou dois estágios específicos: Psicologia Organizacional e do Trabalho — com enfoque na saúde do trabalhador — e Psicologia Clínica — realizando acolhimento, psicodiagnósticos, avaliação psicológica e psicoterapia breve.

Taís Chiodelli

Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Grande Dourados. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, *campus* de Bauru/SP.

Diagramação, Impressão e Acabamento



Assis - SP
Fone: (18) 3322-5775
Fone/Fax: (18) 3324-3614
vendas@graficatriunfal.com.br
www.graficatriunfal.com.br