

GRUPOS OPERATIVOS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Pamela Staliano¹

Angela Elizabeth Lapa Coêlho²

Resumo: Considerando que o trabalho em saúde é uma prática social que não se limita à aplicação de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas, mas se constrói por meio das relações entre os membros de uma comunidade, a atuação do agente comunitário exige inovações e impõe desafios. Frente às dificuldades enfrentadas por este profissional, realizou-se uma proposta em grupo cujo objetivo era discutir o trabalho realizado na unidade de saúde, identificando a maneira com que os ACSs lidam com as dificuldades cotidianas. Para tanto, utilizou-se o referencial dos grupos operativos tal como postulado por Enrique Pichon-Rivière, com a adoção de metodologias participativas. Observou-se que, ao longo do processo, problemas de relacionamento interpessoais interferiram diretamente no desempenho destes profissionais, o que foi discutido a partir de estratégias orientadas a fortalecer os vínculos grupais. Ao final deste trabalho, os ACSs podiam ocupar um lugar de maior propriedade com relação ao trabalho realizado no território.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Grupos operativos. Metodologias participativas.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido marcado pela predominância tanto da assistência médica de cunho curativo e individual, quanto pelo entendimento de saúde como ausência de doença. No entanto, como este modelo não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde para atender as reais necessidades da população, no final da década de 1980, o movimento de reforma sanitária, juntamente com outras forças democráticas da época, apresentou uma iniciativa de rompimento deste paradigma, abrindo espaço para o implemento de importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde. Esta proposta visava à reformulação do modelo assistencial vigente, com a criação de um sistema que possuísse um

¹ Prof^a Dr^a do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) – pamelastaliano@ufgd.edu.br.

² Prof^a Dr^a do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) – coelho.angela1@gmail.com.

comando único – o Sistema Único de Saúde (SUS) (GOMES et al., 2009; GOMES et al., 2010; BRASIL, 2001a).

A criação e implementação do SUS foram marcadas pelo paradigma da produção social da saúde, caracterizado tanto pela ampliação da concepção do processo saúde-doença, quanto pela prática da vigilância sanitária como resposta aos problemas de saúde, mediante operações intersetoriais articuladas por distintas estratégias de intervenção (GOMES et al., 2010; MENDES, 2006).

Neste contexto, o SUS está pautado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, admitindo ainda, a participação supletiva do setor privado. Estes princípios foram legitimados pela Constituição de 1988, visando reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde (BRASIL, 2007).

Nesta proposta de reorganização dos serviços de saúde, enfatiza-se a atenção primária, que corresponde às ações assistenciais de alta frequência, que se desenvolvem no atendimento das unidades básicas, tais como postos ou centros de saúde, entendidos como a porta de entrada para o SUS, diante da hierarquização dos níveis de complexidade dos serviços. Tal fato gerou uma ampliação considerável da rede de serviços, incluindo o nível primário de atenção, sendo necessário o incremento na formação de profissionais de saúde, com base em metodologias mais reflexivas, orientadas ao aprendizado no próprio exercício profissional, para dar conta da atual demanda (BRASIL, 2007).

Diante desta nova configuração no âmbito da saúde, foram criados programas e políticas públicas, como por exemplo, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais. O objetivo deste programa era reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade materno-infantil, inicialmente na Região Nordeste do país (BRASIL, 2001b, 2004).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica destinadas à comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta, o que fortaleceu um dos princípios promulgados pelo SUS, o da descentralização dos serviços (BRASIL, 2001a, 2004).

Inicialmente, o ACS não tinha qualificação nem regulação profissional. Dada a importância de sua função no programa e em decorrência da complexidade do seu papel estratégico na edificação das ações de atenção básica nas políticas públicas para a saúde, houve a necessidade de capacitar este profissional. Foram ministrados, a partir de então, cursos de formação, iniciados após a sua regulamentação profissional, a fim de adequar sua real atuação dentro do contexto da comunidade.

Cabe ressaltar que, desde o início, a experiência profissional do ACS foi permeada por conflitos e incertezas. Por mais que o PACS tenha sido criado em 1991, apenas em 1997, pela Portaria nº 1.886 (BRASIL, 1997), ocorreu a definição de suas atribuições profissionais e, por conseguinte, somente em 1999, o Decreto nº 3.189 (BRASIL, 1999a) fixou as diretrizes para o exercício da atividade do ACS. No entanto, a regulamentação da profissão só aconteceu efetivamente em 2002, com a promulgação da Lei nº 10.507 (BRASIL, 2002).

Com sua profissão regulamentada, alguns critérios e pré-requisitos foram estabelecidos para a contratação e atuação do ACS, tais como: residir na comunidade em que irá atuar, ter concluído o ensino fundamental e concluir com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde (BARROS et al., 2010; BRASIL, 2002).

Considerando, especificamente, as políticas de formação que estabelecem diretrizes para o trabalho do ACS, um processo de certificação por competências, atrelado ao perfil de atuação desejado para este profissional, foi definido ao longo dos últimos anos. Dentre as competências estabelecidas para sua prática encontram-se: integração da equipe de saúde com a população local, planejamento e avaliação, promoção da saúde, prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, e, prevenção e monitoramento de grupos específicos e morbidades (BRASIL, 2004).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições do ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população, trabalhar com a adstrição das famílias em base geográfica definida, desenvolver ações educativas com as famílias, realizar e atualizar os cadastros, orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco, e, acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controla da malária e da dengue (BRASIL, 2006).

Tendo em vista estas atribuições, o ACS pode ser entendido como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, pois necessita de uma visão ampla dos múltiplos aspectos das condições de vida da população. Além de que, sua identidade comunitária e a importância do seu papel social os diferenciam dos demais trabalhadores da saúde (NUNES et al., 2002).

Assim, é possível identificar juntamente com Silva e Dalmaso (2002) duas dimensões principais na proposta de atuação para o ACS. Uma mais voltada aos preceitos técnicos, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. E outra relacionada à política, tanto de solidariedade à população, quanto de organização da comunidade e de transformação das condições de vida de modo geral. Mota e David (2010) apontam, entretanto, que desde as experiências pioneiras até a configuração atual do trabalho do ACS, exigiu-se deste profissional um perfil menos técnico e mais orientado para o uso de habilidades relacionais e pedagógicas, refletindo seu papel educativo.

Considerando que o trabalho em saúde é uma prática social, faz-se necessário entender que as possibilidades de transformações no campo da saúde não dependem da simples aplicação de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas, e sim, das relações sociais existentes entre os membros da comunidade, a população, o espaço geográfico e as instituições públicas, bem como os mais diferentes tipos de interferências nestas relações que podem atuar promovendo ou prejudicando a saúde das comunidades. Assim, o trabalho do ACS nas comunidades não é uma ação ‘sobre’ a população, e sim ‘com’ a população, traduzindo o caráter educativo de sua atuação (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2007).

Diante do delineamento das competências e atribuições do ACS, entende-se que este profissional se insere nos programas e serviços do SUS como peça fundamental para a efetividade das propostas implantadas. Cabe retratar que muitos pesquisadores têm sinalizado interesse em investigar a realidade deste profissional da saúde, seja em relação a seu perfil profissional, condições de trabalho, conhecimentos que possuem sobre as mais diferentes temáticas, enfim, caracterizar este profissional que se encontra na linha de frente dos serviços de saúde na atenção básica (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; JARDIM; LANCMAN, 2009; NUNES et al., 2002; PUPIN; CARDOSO, 2008; STALIANO; ARAUJO; COÊLHO, 2009; TOMAZ, 2002).

Talvez este interesse se justifique pelo crescimento exponencial desta categoria profissional. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2014), os registros iniciais do

departamento de atenção básica revelam que em julho de 1998, o número de ACSs cadastrados em equipes de saúde da família era de 59.066. Em dezembro de 2014, o número de profissionais em exercício distribuídos nas cinco regiões brasileiras atinge 265.069. A cobertura populacional que era assistida pelo ACS em 1998 era de 20,21%, até o final de 2011, este percentual atingia 65.23%, o que representa quase 116 milhões de pessoas em 5.450 municípios.

Conhecendo a realidade vivenciada pelo ACS e a complexidade de sua atuação, os psicólogos da saúde vêm dedicando atenção especial a esta população, como apontam Staliano et al., (2009). Estas autoras afirmam que os psicólogos têm procurado desenvolver atividades com os ACSs na tentativa de oferecer subsídios para minimizar as dificuldades enfrentadas por este profissional. Em geral estas atividades são oferecidas em grupo, com a adoção de metodologias participativas. Os temas mais abordados em trabalhos desta natureza envolvem relacionamento interpessoal, comunicação, autoestima, desvalorização profissional, rotina de trabalho, resolução de conflitos, integração, estresse, depressão e papel do ACSs. Nota-se a presença de entraves nas relações interpessoais com supervisores e gerentes e outros ACSs e ainda, que a insuficiência na comunicação compromete a implementação de práticas humanizadas em saúde.

Para tanto, os objetivos da realização do trabalho em grupo com os ACSs consistiram em estabelecer e fortalecer o vínculo entre os membros do grupo enquanto equipe de trabalho; desenvolver o diálogo aberto entre os participantes, para que este possa auxiliar no desempenho de suas funções na e para a comunidade; discutir temas pertinentes aos âmbitos inter e intrarrelacional do grupo; e ainda, dialogar com outros profissionais da área da saúde.

1 MÉTODO

Este trabalho consiste em um relato de experiência de estágio supervisionado em Psicologia da Saúde de uma Universidade Particular no Estado de Mato Grosso do Sul. Participaram do estudo 24 ACSs (23 mulheres e um homem) de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do Município de Campo Grande/MS. A composição deste grupo era bastante heterogênea quanto à idade, estado civil e tempo de serviço. Considerando a demanda da equipe de saúde da UBSF, formou-se um grupo de apoio aos ACSs, com o objetivo de discutir temáticas relacionadas ao universo laboral destes profissionais.

O trabalho foi desenvolvido em um Centro de Múltiplo Uso (CMU), localizado próximo à UBSF, onde os ACSs já se reuniam semanalmente com a coordenadora para tratarem de assuntos pertinentes ao trabalho como entrega de relatórios e desenvolvimento de estratégias de ação em suas microrregiões de atuação.

Assim, as reuniões com os ACSs foram realizadas semanalmente, antes do início da reunião com a coordenadora, com duração de uma hora e meia e a participação era voluntária, atendendo todos os preceitos éticos para este tipo de atividade. Ou seja, mesmo se tratando de um relato de experiência, o trabalho atendeu os requisitos da Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A proposta de trabalho em grupo foi alicerçada e edificada em pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho apoiados em Dejours (1992) e dos grupos operativos formulados por Pichon-Rivière (1994, 1995). Considerando que o grupo operativo caracteriza-se como um grupo centrado na tarefa (por exemplo, o trabalho, a promoção da saúde, reflexões sobre o trabalho e estratégias de enfrentamento), o trabalho com grupos operativos pode ser enriquecido com o uso de metodologias participativas, que favorecem a comunicação, a expressão e o aprendizado.

Entende-se como metodologia participativa, juntamente com Silva (2002, p. 44),

[...] o emprego de métodos e técnicas que possibilitem e facilitem aos integrantes de um grupo: vivenciar seus sentimentos, percepções sobre determinados dados ou informações; refletir sobre eles; ressignificar seus conhecimentos e valores e perceber as possibilidades de mudanças (SILVA, 2002, p. 44).

Este tipo de metodologia pode ser utilizado em cursos de capacitação, formação continuada e oficinas de trabalho, com distintas populações e objetivos. O coordenador e facilitador do trabalho em grupo devem tentar relacionar as atitudes e comportamentos que emergem dos temas tratados nos encontros com o conjunto de valores, crenças, concepções, cognições e emoções que cada pessoa desenvolve frente a seu âmbito educativo, familiar, cultural, social e econômico (SILVA, 2002).

Parafraseando Silva (2002, p. 41), a utilização de metodologias participativas, que incluem estudos de caso, exposições dialogadas e discussão de materiais informativos, representações espaciais de conceitos, representações gráficas, jogos ou associações de ideias, debates, sessões avaliativas, possibilitam e facilitam aos integrantes do grupo: “vivenciar seus sentimentos, ressignificar seus conhecimentos e valores e perceber as possibilidades de

mudança.” O que, para a autora, não significa promover ou permitir autoexposições emocionais dos participantes, para não ser confundido com sessões grupais de psicoterapia.

Os encontros com os ACSs respeitaram a seguinte estrutura:

- Apresentação da proposta, da coordenadora do grupo e dos participantes. Escolha de temas de interesse do grupo para discussão;
- Apresentação, discussão e reflexão dos temas elencados pelo grupo, dentre eles: convivência familiar, relacionamento interpessoal, como lidar com as diferenças, paciência, relacionamento patrão-empregado, como lidar melhor com as pessoas na comunidade, motivação e autoestima. Para cada encontro elegia-se um tema específico, no qual a coordenadora apresentava uma estratégia metodológica visando mobilizar estruturas estereotipadas, relativas às dificuldades de aprendizagem e de comunicação para cada situação e tema específico e assim, poder vislumbrar possibilidades de transpor as barreiras encontradas e superar concepções preestabelecidas que poderiam estar instaurando problemas e conflitos;
- Articulação e diálogos multiprofissionais. Assim, de acordo com as dificuldades apontadas pelos ACSs ao longo dos encontros alguns profissionais foram convidados para dialogarem com os integrantes do grupo com o intuito de contribuir com informações técnicas próprias de suas formações. Por exemplo, conversaram com nutricionistas sobre como melhor orientar os usuários que participam do programa de assistência a pessoas com diabetes e hipertensão nas UBSFs;
- Encerramento do grupo com sessões avaliativas pelo grupo.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho compreendeu 25 encontros semanais, com uma média de participação de 20 ACSs, com faixa etária variando entre 23 a 40 anos, com média de 30 anos de idade.

Os temas discutidos foram previamente elencados pelo grupo na primeira reunião, contudo, mesmo que tenham sinalizado o interesse em discutirem sobre convivência familiar, relacionamento interpessoal, aprender a lidar com as diferenças, paciência, relacionamento patrão-empregado, como lidar melhor com as pessoas na comunidade, motivação e autoestima, em aproximadamente 70% dos encontros, os temas que mais concentraram a atenção dos participantes, independente do assunto eleito pela coordenadora para ser trabalhado no dia e da técnica inicial adotada, foram: relacionamento interpessoal, como lidar

com as diferenças e relacionamento patrão-empregado. Isso se justifica pelos problemas e conflitos que o grupo estava apresentando. Segundo a gerente da UBSF e a supervisora do grupo, os ACSs apresentavam sérias dificuldades de relacionamento entre si e pouca motivação, o que estava refletindo na produtividade da equipe, em comparação a outros grupos de ACSs da mesma Unidade.

Bleger (2012) argumenta que esse movimento das discussões e reflexões ser direcionado conforme as dificuldades prementes é muito comum em grupos operativos. Segundo o autor, cada grupo se inscreve no tempo e no espaço com suas particularidades e especificidades, sem pretender forçar sua operatividade nem seu rendimento. Sendo assim, o coordenador do grupo apresenta o tema pautado em determinada técnica, contudo, os objetivos e necessidades são provenientes do grupo. Em outras palavras, quando se trabalha com grupos operativos é possível vislumbrar como o grupo começa, mas dificilmente se consegue prever como irá transcorrer e nem mesmo terminar, uma vez que o papel do coordenador é de mediador da discussão.

Ao se analisar o percurso construído pelo grupo ao longo do trabalho, foi possível identificar a relação dialógica entre os diferentes âmbitos onde se inscrevem as significações sociais descritas por Pichon-Rivière (1995): psicossocial (que corresponde ao sujeito), sociodinâmico (referente ao grupo), institucional e comunitário.

Este autor complementa afirmando que nestes âmbitos é possível conhecer os cenários nos quais o processo de socialização se institucionaliza visando produzir e reproduzir as subjetividades, bem como, compreender as distintas lógicas de vinculação nas quais o sujeito está imerso (PICHON-RIVIÈRE, 1995).

As discussões se concentraram em temas reproduzidos pelas dificuldades e entraves encontrados tanto no relacionamento com os superiores quanto com os integrantes do grupo, próprios do âmbito sociodinâmico, refletindo em prejuízo nos âmbitos institucional e comunitário onde se implementam as ações deste profissional. Repercutindo ainda, em problemas na esfera psicossocial, pois o profissional ACS muitas vezes se confunde com o morador da comunidade, uma vez que para atuar em determinada comunidade é preciso residir em sua microrregião de atuação.

É consenso na literatura especializada, por um lado, o entendimento de que o ACS ocupa um espaço de suma importância tanto na construção quanto na efetivação das ações do Programa de Saúde da Família (PSF) e, por outro, os problemas decorrentes da organização de trabalho deste profissional, tais como, sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional,

falta de respaldo institucional para as ações desenvolvidas com a população, desgaste emocional gerado pelo intenso envolvimento com os usuários, dentre outros (JARDIM; LANCMAN, 2009; STALIANO et al., 2009; WAI; CARVALHO, 2009; BACHILLI et al., 2008; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; BRASIL, 1997).

As discussões que emergiram na intervenção desenvolvida debateram alguns dos problemas vivenciados pelos ACSs, bem como, a maneira com que lidam com as dificuldades cotidianas. Estes problemas experienciados pelos integrantes do grupo constantemente emergiam em suas falas como uma forma de desabafo muito bem acolhida pela coordenadora e pelos demais integrantes. Os principais aspectos observados no grupo se referiam a uma autodesqualificação, desvalorização profissional, insegurança na relação com a comunidade e movimentos de ataque contra aos superiores.

É evidente o desconforto quanto à falta de apoio institucional para que os ACSs possam, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde (2002), promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde local, atuando, sobretudo como gerador de novos hábitos no trato com a saúde.

Este desconforto pode ser vislumbrado nas seguintes falas:

Os nossos superiores é que precisam urgentemente de psicólogo, para aprenderem a lidar melhor com a gente [...] Somos nós que andamos o dia todo, entramos na casa das pessoas, sabemos o que acontece, passamos tudo isto para o papel, para no final das contas eles fazerem uma reunião e falar tanta coisa, fazendo com que a gente se sintam sem valor. Nós não somos ‘burros de carga’ como eles pensam (sic) - ACS 2.

Sem o nosso trabalho o que eles iam mostrar para os órgãos superiores. Eu sei que a gente comete erros, mas a primeira oportunidade que eles têm para conversar com a gente e mostrar o que estamos fazendo de errado e tentar resolver, eles não fazem. Preferem acabar com a nossa auto-estima, nos fazendo sentir como se fossemos ‘nada’” (sic). “Às vezes fica muito difícil fazer tudo o que eles pedem, se não nos estimulam (sic) – ACS 13.

Fica evidente no conteúdo das falas a dissimetria profissional entre o ACS e os demais integrantes da equipe de saúde. Um ponto extensamente discutido na literatura, revelando-se como um elemento fundamental para a compreensão do processo de desqualificação apontada e vivenciada pelo ACS. Cremonese, Motta e Traesel (2013), argumentam que:

[...] a capacitação desses profissionais deve ocorrer gradualmente e necessita de constante (re)orientação do enfermeiro supervisor e da equipe de saúde, de acordo com documentos do Ministério da Saúde (2002), percebe-se que existem falhas nesse processo, o que dificulta o trabalho dos participantes do grupo. (CREMONESE; MOTTA; TRAESEL, 2013, p. 285).

Estes autores apontam que a falta de preparo do ACS pode contribuir para que ele seja reconhecido como alguém fora da equipe de trabalho, potencializando a desvalorização profissional.

Esta dissimetria se justifica tanto por questões pautadas no conhecimento técnico transmitida aos ACSs, que de acordo com Santos e Fracolli (2010) e Souza e Freitas (2011), é insuficiente para desenvolver as competências estabelecidas pelo Ministério da Saúde e atuar de maneira adequada na comunidade, quanto pela questão salarial que, de acordo com Cremonese, Motta e Traesel (2013), apesar deste profissional ter um papel essencial na equipe de saúde, a diferença de salário comparado aos outros é bastante divergente. E mesmo que esta questão não tenha sido apontada pelos participantes no presente estudo, a questão salarial se apresenta como uma das predominantes causas de insatisfação e desvalorização para este profissional.

Frente a esta situação, procurou-se trabalhar um pouco sobre a importância do trabalho dos ACSs, dando ênfase na confiança que a comunidade precisa ter para permitir que eles entrem em seus lares. Abordando-se ainda, o aspecto preventivo do trabalho que eles desenvolvem sendo que o Ministério da Saúde (1999b, 2000) tem elegido o PACS, entre as ações de atenção básica de saúde, uma prioridade nos últimos anos, pois cada visita realizada pelas equipes de ACSs colabora para evitar a proliferação e aumento de algumas doenças.

Com relação ao desgaste emocional gerado pelo envolvimento com os usuários foi possível inferir por meio do discurso dos participantes que as próprias características da atuação do ACS favorecem e intensificam tal envolvimento. É difícil estabelecer os limites entre vida pública (trabalho) e vida privada destes profissionais, considerando-se que o ACS trabalha na unidade de saúde e é morador da comunidade em questão, adentrando o ambiente doméstico das pessoas.

Isto demonstra exatamente o que Koda et al., (2012), Levy et al. (2004) e Nunes et al. (2002) apontam em seus estudos, de que o fato do ACS ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

Nas diversas áreas laborais a organização do trabalho exige do profissional uma ação específica e, em determinadas circunstâncias, o mesmo apresenta sofrimento que pode ser característica do choque entre uma história individual carregada de projetos, de esperanças e

expectativas e uma organização do trabalho que os desconsidera, gerando sofrimento psíquico (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012; DEJOURS, 1992).

A Psicodinâmica do Trabalho aponta que as estratégias de enfrentamento que o profissional adota para lidar com este embate entre uma história individual e as peculiaridades da organização de trabalho são entendidas como mecanismos de defesa que, em determinados momentos, podem ser insuficientes, repercutindo em um desequilíbrio na saúde do ACS (DEJOURS, 1992).

O desconforto pela falta de apoio apontado pelos ACSs durante o trabalho em grupo pode evoluir para quadros de angústia, depressão, frustração e desamparo, principalmente quando este profissional se depara com situações em que lhes são impostas expectativas e cobranças que não são atingidas (MARTINES; CHAVES, 2007; DEJOURS, 1992).

Frente a este contexto, foi possível constatar que a realidade vivenciada pelo ACS é afetada por uma organização de trabalho que não favorece a busca de equilíbrio, requerendo a utilização de mecanismos de defesa, que nem sempre são suficientes, para a manutenção razoável do nível de saúde psíquica (DEJOURS, 1992).

Por outro lado, ao longo do trabalho, a importância do trabalho do ACS foi apontada de maneira bastante incipiente, apenas sob a perspectiva dos moradores, para os quais o ACS é um referencial de escuta, ou seja, muitos usuários aguardam a visita dos ACS, pois têm neles pessoas que escutam que dão atenção, aproximando-se ao trabalho de um “psicólogo”. Como se pode acompanhar na fala de um ACS:

É extremamente importante a relação que estabelecemos com os moradores, que muitas vezes só querem um pouco de atenção, pois quando estão com a gente até esquecem dos sintomas que têm, principalmente os idosos, que na maioria das vezes não têm ninguém para conversar (sic) – ACS 5.

Esta informação de que os ACSs atuam de forma parecida aos psicólogos também é veiculada e discutida extensamente pela literatura especializada (KODA et al., 2012; SCAVASSA; SPIRI, 2008, LEVY et al., 2004; NUNES et al., 2002).

Ao longo do trabalho alguns temas que emergiram levaram a coordenadora a convidar outros profissionais da área da saúde para refletir com os participantes, informações mais técnicas distintas de sua formação. Uma vez que, a possibilidade de debater sobre questões voltadas a hábitos alimentares para casos de hipertensão e diabetes com uma nutricionista e prática de atividades física e formas de transportar o material de trabalho com um educador

físico, foram essenciais para instrumentalizar o ACS para melhor orientar a população e não desenvolverem problemas de postura pelo excesso de peso que precisam carregar nas visitas domiciliares.

Ou seja, foi importante que os ACSs pudessem debater com outros profissionais, questões que refletiam em obstáculos que precisavam superar diariamente ao longo das visitas realizadas. Tanto a nutricionista quanto o educador físico apresentaram alternativas práticas para maximizar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que o ACS precisa desenvolver.

Bleger (2012) argumenta que o grupo operativo tem objetivos, conflitos e recursos que são analisados e elaborados à medida que emergem no contexto grupal. Esses aspectos serão examinados em sua relação com a tarefa e em função dos objetivos propostos. Neste sentido, o coordenador do grupo pode lançar mão de estratégias e ferramentas condizentes com as necessidades suscitadas no grupo.

Assim como no trabalho realizado por Koda et al. (2012), a presente proposta oportunizou o fortalecimento de vínculos entre os membros do grupo, o que permitiu que ocorresse a capacitação profissional dos ACSs em sua formação pessoal, bem como que ocorressem mudanças necessárias para o atendimento da população.

Como se pode constatar no conteúdo de algumas falas, como por exemplo:

Esse trabalho que você está realizando com a gente, cada encontro é único, porque a gente pode falar as coisas que passamos, é um momento de diálogo muito importante, o que ta facilitando o convívio da gente aqui dentro e lá fora (sic) – ACS 10. Quem dera todos os agentes pudessem ter um trabalho como este. Nós somos muito privilegiados (sic) – ACS 7.

Com o transcorrer dos encontros, notou-se que os ACSs se mostravam mais fortalecidos à medida que os temas eram tratados, com as diferenças discutidas e os problemas verbalizados foi possível identificar a transição do grupo do lugar da impotência, em que eram cobrados e ameaçados, se sentindo inseguros e angustiados para uma postura mais protagonista tentando propor alternativas de soluções para as dificuldades cotidianas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta experiência foi possível detectar que há uma grande necessidade de se pensar e se instituir estratégias que estejam voltadas à valorização da imagem do ACS, para

que este possa, não só saber, mas também se sentir importante e consciente do seu papel junto à comunidade. Mesmo porque, embora este profissional ocupe um papel importante na formulação política do PSF, muitas vezes esse lugar não é efetivamente valorizado na prática dos serviços.

Considerando a complexa prática profissional que caracteriza a atuação do agente comunitário de saúde em nosso sistema de saúde, mudanças significativas ocorreram desde as experiências pioneiras até a configuração atual de seu trabalho. As políticas e emendas constitucionais foram importantes para nortear eixos de atuação e exigência profissional. Os pré-requisitos estipulados pela legislação apresentam-se como de suma importância para o incremento do exercício de suas atividades. Dentre eles, a escolaridade mínima e a necessidade de educação formal e/ou educação em serviço, uma vez que, a crescente escolarização e aquisição do conhecimento tornam o profissional mais crítico, reflexivo e capaz de propor estratégias mais condizentes com as premissas do SUS e da atenção básica.

É possível observar nos documentos oficiais e no próprio discurso dos ACSs os avanços que o PACS e o PSF conquistaram com relação à organização dos serviços de saúde, ao vínculo com os usuários e à concepção de saúde, no entanto, paralelamente a estes avanços é preciso apontar as problemáticas e contradições vivenciadas na prática por estes profissionais que se encontram na linha de frente das ações e serviços de saúde.

Estes programas enfatizam sobremaneira a necessidade de articulação da rede de saúde para dar respostas adequadas aos problemas encontrados no território, contudo, os problemas e contradições não serão superados, sem que haja também, a articulação de ações intersetoriais, uma vez que os problemas que emergem na comunidade decorrem de um contexto que vai além do setor da saúde.

Conclui-se também que é preciso priorizar programas de formação continuada que capacitem o ACS para lidar com as múltiplas e diversificadas demandas de intervenção geradas no campo da Saúde Comunitária. Reconhecendo o impacto das ações deste profissional para o bem-estar da população, recomendam-se mais pesquisas empíricas que enfoquem seu protagonismo social.

OPERATIVE GROUPS WITH HEALTH SOCIAL WORKERS: CONTRIBUTIONS FROM PSYCHOLOGY IN BASIC CARE

Abstract: Taking into account that health service is a social practice that is not limited to the application of scientific knowledge and/or technical standards, but is created by means of the relations between the members of a community, the actions of the social worker requires innovations and imposes challenges. Due to the difficulties faced by this professional, there was a group proposal whose purpose was to discuss the work done at the health unit, identifying the way they deal with everyday difficulties. For this purpose, it was used the reference of operative groups as postulated by Enrique Pichon-Riviere, through participatory methodologies. It was observed that, throughout the process, interpersonal relationship problems interfered directly in the performance of these professionals. The discussed strategies aimed at strengthening the groups links. At the end of this work, the groups obtained a greater prestige regarding the work carried out in the territory.

Key Words: Health social worker. Operative groups. Participatory methodologies.

Referências

BACHILLI, Rosane G.; SCAVASSA, Ailton J.; SPIRI, Wilza C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60. 2008.

BARROS, Daniela F.; BARBIERI, Ana Rita; IVO, Maria Lúcia; SILVA, Maria da Graça O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84. 2010.

BLEGER, José. **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. 4ª edição, 2ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 1886/GM**. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família, de 18 de dezembro de 1997, 1997. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acessado em: 20 jun. 2014.

_____. Decreto no 3.189, de 4 de outubro de 1999. **Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências**. Brasília, DF, 1999a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acessado em: 20 jul. 2014.

_____. **Revista: Informe Saúde**, Brasília, ano III, n. 23, 1999b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. **Revista: Informe Saúde**, Brasília, ano IV, n. 76, 2000. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 de jul. 2014.

_____. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2001a.

_____ **Programa agente comunitário de saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2001b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____ **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____ **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____ **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed., Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde. Brasília, DF, 2006.

_____ **Atenção primária e promoção de saúde. Coleção progestores – Para entender a gestão do SUS,** 8. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 25 out. 2009.

_____ **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório de credenciamento e implantação de agentes comunitários de saúde no Brasil entre janeiro de 1998 a dezembro de 2011,** 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 14 ago. 2014.

CAMELO, Silvia Helena H.; GALON, Tanyse; MARZIALE, Maria Helena P. Formas de Adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitário de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n. esp1, p. 661-667. 2012.

CREMONESE, Giana; MOTTA, Roberta F.; TRAESEL, Elisete S. Implicações do trabalho na saúde mental dos agentes comunitários de saúde. **Caderno de Psicologia Sociedade e Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.279-293. 2013.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5 ed. São Paulo: Oboré, 1992.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1985.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; BATISTA, R. S. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755. 2009.

GOMES, Karine O.; COTTA, Rosângela Mariângela M.; MITRE, Sandra M.; BATISTA, Rodrigo S.; CHERCHIGLIA, M. L. O agente comunitário de saúde e a consolidação do sistema único de saúde: reflexões contemporâneas. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, dez, 2010.

JARDIM, Tatiana A.; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, jan-mar. 2009.

KODA, Mirna Y. et al. Grupo com agentes comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 2, jan. 2012 .

LEVY, Flávia M; MATOS, Patrícia E. S.; TOMITA, Nilce. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 197-203. 2004.

MARTINES, Wânia V. R.; CHAVES, Eliane C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33. 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOROSINI, Márcia V. G. C.; FONSECA, Angélica F.; PEREIRA, Isabel B. Educação e saúde na prática do agente comunitário. In: MARTINS, C. M. (Ed.). **Educação e saúde** (pp. 13-34). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOTA, Roberta R. A.; DAVID, Helena Maria S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-224. 2010.

NUNES, M. O.; ET AL. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646. 2002.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 13, n. 2, p. 157-163. 2008.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 76-83. 2010.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber e o fazer**. Rio de Janeiro: FICOCRUZ, 2002.

SILVA, R. C. **Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania**. São Paulo: Vetor Editora, 2002.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O Agente Comunitário de Saúde: Violência e Sofrimento no Trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 69-109. 2011.

STALIANO, P.; ARAUJO, T. C. C. F.; COÊLHO, A. E. L. Práticas emergentes em psicologia: atuação com agentes comunitários de saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 473-477. 2009.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94. 2002.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégia de enfrentamento. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568. 2009.