

SAÚDE MENTAL E TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MENTAL HEALTH AND WORK IN A FAMILY HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT

SALUD MENTAL Y TRABAJO EN LA SALUD DE LA FAMILIA: RELATO DE EXPERIENCIA

*Sandra Fogaça Rosa Ribeiro**

*Daniely Diniz de Oliveira***

*Héliami Iwata****

*Júlia Feltrin Ivers*****

RESUMO

Este é um relato sobre uma experiência em saúde mental e trabalho no contexto de uma unidade da Saúde da Família, principal política para viabilizar a atenção básica no Sistema Único de Saúde. Foi desenvolvida durante um estágio de Psicologia. O objetivo foi relatar uma experiência numa unidade de Saúde da Família, com base em um diagnóstico organizacional com ênfase no trabalho do agente comunitário de saúde. O método foi a observação participante, seguida de dois encontros os quais possibilitaram reflexão sobre as dificuldades da equipe bem como a ampliação da discussão no âmbito da gestão. Os resultados mais relevantes foram proporcionados pelas reflexões sobre a potência da escuta qualificada nos atendimentos e no trabalho em equipe, possibilidades de apoio por meio do matriciamento e a importância da comunicação na relação com a gestão. A intervenção foi considerada positiva, pois abriu possibilidades favoráveis no trabalho, mesmo que de forma preliminar, com solicitações de continuidade do trabalho.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This is a report about an experience engaging both mental health and work in the context of a Family Health Unit, which is the main policy to enable basic health care in the Unified Health System. It was developed during a psychology internship. The objective was to report an experience in a Family Health unit, based on an organizational diagnosis with emphasis on the work of the community health agent. The method used was the participant observation, followed by two meetings, which allowed the reflection on the

Texto recebido em 3 de março de 2017 e aprovado para publicação em 20 de setembro de 2018.

*Doutora em Educação pela Unicamp, docente na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), psicóloga. *E-mail:* sandrafogaça@ufgd.edu.br

**Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), *Campus Assis*. *E-mail:* danydiniz_111@hotmail.com

***Graduada em Psicologia pela Unesp, *Campus Assis*. *E-mail:* helimiiwata@hotmail.com

****Mestra em Ciências pela Unifesp, graduada em Psicologia pela Unesp, *Campus Assis*. *E-mail:* julia_ivers@hotmail.com

difficulties of the team, as well as the expansion of the discussion within the scope of management. The reflections on the power of qualified listening in the attendance and teamwork, along with the possibilities of support through the Matrix Support, and the importance of communication in relation to management provided the most relevant results. The intervention was considered positive, since it opened favorable possibilities at work, even preliminarily, with requests for the continuity of the work.

Keywords: Work. Mental Health. Family Health Strategy.

RESUMEN

Este es un relato sobre una experiencia en salud mental y trabajo en el contexto de una unidad de Salud de la Familia, principal política para viabilizar la atención básica en el Sistema Único de Salud. Fue desarrollada durante una pasantía en psicología. El objetivo fue relatar una experiencia en una unidad de Salud de la Familia, a partir de un diagnóstico organizacional con énfasis en el trabajo del agente comunitario de salud. El método fue la observación participante, seguida de dos encuentros, que posibilitaron una reflexión sobre las dificultades del equipo, así como la ampliación de la discusión en el ámbito de la gestión. Los resultados más relevantes fueron proporcionados por las reflexiones sobre la potencia de la escucha calificada en las atenciones y en el trabajo en equipo, posibilidades de apoyo por medio del matriciamiento y la importancia de la comunicación en la relación con la gestión. La intervención fue considerada positiva, pues abrió posibilidades favorables en el trabajo, aunque de forma preliminar, con solicitudes de continuidad del trabajo.

Palabras clave: Trabajo. Salud Mental. Estrategia Salud de la Familia.

1. INTRODUÇÃO

Este é um relato sobre saúde mental e trabalho no contexto de uma unidade de Saúde da Família, principal política para viabilizar a atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi desenvolvida durante um estágio de Psicologia, na disciplina Saúde Mental e Trabalho do curso de Psicologia da Unesp, *campus* de Assis-SP. Destaca-se a importância de tais cenários se incorporarem no campo de estágio na formação em Psicologia ou outras áreas da saúde. Concordando com Beato e Ferreira Neto (2016), a proposta do estágio foi fazer uma reflexão crítica, histórica e política sobre as vicissitudes do mundo do trabalho e que afetam as práticas nessas áreas. Verificou-se a interlocução entre a esfera macro e microssocial, dentro de uma problemática que envolve o

processo saúde/doença do trabalhador e as mudanças ocorridas no mundo do trabalho.

Dessa forma, foi realizada uma intervenção junto aos trabalhadores de uma unidade da Saúde da Família (SF), projeto estratégico do SUS, fruto de uma evolução histórica do sistema de saúde no Brasil. A estratégia foi reconhecida como política de referência para as ações em atenção básica, por meio de uma ação integralizada de equipe, atenção territorializada, compreensão da família de forma ampla e estabelecimento de vínculos entre o trabalhador de Saúde e a população (Ministério da Saúde, 2012).

A Saúde da Família não se limita a ser a porta de entrada aos serviços, mas deve fazer a articulação com toda a rede, mantendo o vínculo com o usuário em todas as intervenções de maior ou menor complexidade, de forma longitudinal, possibilitando um acompanhamento das necessidades de saúde (Ministério da Saúde, 2012). Atualmente, a estratégia tem se desenvolvido com avanços e retrocessos no processo de trabalho, por meio de uma equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário. O ideário do governo federal de que a estratégia cobrisse todas as esferas referentes à atenção básica não se concretizou totalmente, coexistindo modelos diversos em todo o território nacional, tais como Unidades Básicas de Saúde (UBS) associadas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outras (Ministério da Saúde, 2012; Silva, Barros, & Martins, 2015; Campos, Cunha, & Figueiredo, 2013; Merhy, 2015).

O trabalho de uma equipe integrada é um princípio fundamental para a concretização da reorientação do modelo. Nesse sentido, Peduzzi (2007) destaca que atividades de promoção da saúde executadas por vários profissionais demandam a existência de uma equipe, que deveria ser do tipo “equipe-integração”, na qual ocorre a articulação das ações e interação dos agentes de saúde. Entretanto, muitas vezes, as equipes tendem a funcionar dentro do que a autora denominou “equipe-agrupamento”, havendo uma desarticulação, uma justaposição ou sobreposição de ações, distanciando-se do princípio da integralidade do cuidado, pressuposto fundamental do SUS. Nessa mesma direção, Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016) destacam aspectos significativos do trabalho de uma equipe de Saúde da Família, pontuando que a racionalização, como estratégia defensiva, tem se destacado nas equipes, em detrimento da cooperação e da relação de confiança.

Outra situação considerada complexa no processo de trabalho da Saúde da Família é em relação à demanda crescente de usuários com queixas de saúde

mental. Embora este artigo seja sobre a saúde mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família, cabe citar os atendimentos dessa natureza, pois acabam causando desgaste e sofrimento na equipe. Ribeiro e Martins (2007) apontam que essa demanda é considerada complicada pelos trabalhadores da Saúde da Família, pois, na maioria das vezes, não sabem como lidar com esses usuários, preferindo que essas pessoas não façam parte de sua clientela, requerendo um apoio matricial no acompanhamento de tais casos (Campos, & Domitti, 2007).

Entre as categorias de trabalhadores da Saúde da Família, a de agente comunitário de saúde se constituiu historicamente, por meio de movimentos sociais e sanitários, valorizando a reorientação do modelo assistencial. Sua atuação se caracteriza como elo entre a equipe de saúde e a população, sendo exigido que more no mesmo território da unidade que trabalha, representando as necessidades e modos de vida das pessoas desse lugar. Sua prática envolve atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante as ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas (Lei nº 20.507, 2002; Ministério da Saúde, 2012).

Alguns autores (Martines, & Chaves, 2007; Simões, 2009; Ribeiro, Amaral, & Staliano, 2015) detalham que a relação dos agentes comunitários de saúde com a equipe é tensa, gerando cansaço e desgaste, havendo também o relato da utilização da mão de obra do agente comunitário de saúde como uma espécie de “quebra-galhos”, atuando em desvio de função, impedindo-os de exercerem atividades que são próprias deles. Sentem-se, muitas vezes, despreparados em desenvolver as atividades, por falta de formação profissional adequada. Além disso, encontram dificuldades para discernir seus limites em relação aos vínculos estabelecidos com a comunidade, estabelecendo-se uma doação de tempo além do horário de trabalho (Santana et al., 2009; Martines, & Chaves, 2007). Essa noção distorcida do vínculo parece estar relacionada à representação que os agentes comunitários de saúde demonstraram ter sobre os sujeitos, e as ações relacionadas à atividade de cuidar, atrelada a uma identificação exacerbada com a população atendida, talvez por morar no território, dificultando o estabelecimento de limites necessários para qualquer prática profissional. Por essas peculiaridades, a experiência, relatada neste texto, enfatizou o trabalho dessa categoria.

Todas as situações pontuadas até agora expressam avanços e retrocessos inerentes à implantação das práticas em Saúde da Família. Com base nisso, considerou-se importante apropriar-se de lentes teóricas que pudessem elucidar tais questões, de forma macro e microssocial, recorrendo ao encadeamento histórico, político e social que estão no entorno das políticas públicas do SUS,

especialmente a Saúde da Família. Para tanto, buscaram-se aportes das Ciências Sociais e da Psicodinâmica do Trabalho.

Conforme acúmulo teórico das Ciências Sociais, a apropriação capitalista dos meios de produção modificou significativamente a organização do trabalho, tendo como foco a mudança da acumulação fordista do capital para a acumulação flexível (Heloani, 2011). Schmidt (2010) aponta que essas mudanças se intensificaram nos últimos anos e se referem à “reestruturação produtiva, adoção de novos métodos gerenciais, implementação de novas tecnologias, terceirização, automação e precarização das relações de trabalho, entre outras geradoras de prejuízos à saúde do trabalhador” (p. 17).

Desse modo, o mundo do trabalho acarretou repercussões desfavoráveis na vida das pessoas, que foram obrigadas a conviver com lógicas de mercado instáveis, criando um clima de ameaça, um mal inevitável dos tempos modernos. O trabalho, longe de ser um espaço neutro, para o bem ou para o mal, passou a ser gerador de sofrimento ou prazer, desgaste ou desenvolvimento, dependendo das relações entre o trabalhador e os desafios externos do meio social (Heloani, 2011). Sorato, Pires, Dornellis e Lorenzetti (2015) e Seligmann-Silva (2011) contribuíram para a compreensão de como essas questões gerais do mundo do trabalho afetaram desfavoravelmente o processo de trabalho em saúde e o trabalhador de saúde, pela instabilidade, precarização e fragmentação de um processo que deveria se pautar na integralidade. Ao contrário, identificaram-se as seguintes características: atos parcelares e normatizados, assim como procedimentos estanques das categorias de profissionais.

Para elucidar a saúde mental do trabalhador da unidade estudada pelas estagiárias, ante esse processo de trabalho fragmentado, foi muito útil uma reflexão baseada na Psicodinâmica do Trabalho, explicitando-se alguns conceitos fundamentais, como o sofrimento psíquico, uma zona cinzenta entre o adoecimento e a saúde, uma luta constante contra as agressões do ambiente de trabalho, o que requer negociações e ajustes constantes entre desejos e possibilidades. Entretanto, quando o espaço de negociação fica bloqueado, o sofrimento psíquico se acentua. Da mesma teoria procede o conceito de organização do trabalho, a forma em que é feita a divisão do trabalho e o sistema hierárquico que determina a estrutura organizacional (Dejours, 2011). Segundo o autor, quando há uma barreira que impede a manifestação de sentimentos e expressões referentes ao sofrimento, os profissionais se obrigam a sofrer às escondidas. Nas palavras de Pitta (2010), esse descontentamento se explicita da seguinte forma:

No caso dos que trabalham com doentes, o recalçamento do desgosto cria mecanismos que dificultam uma sublimação compensatória absolutamente necessária aos que têm como ofício o lidar cotidiano com dores, perdas, sofrimento e morte, dia a dia, ano a ano (p. 37).

Segundo essa abordagem, o trabalhador passa a utilizar mecanismos de defesa ou estratégias defensivas para driblar o sofrimento desencadeado numa organização do trabalho desfavorável (Dejours, 2011). Dejours e Bègue (2010) afirmam que, 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, culminando, muitas vezes, em atos extremos de desespero: o suicídio. Dejours (2011) constrói sua concepção de estratégias defensivas numa relação do trabalhador com a organização do trabalho direcionando-se à realidade social. Como a modificação da organização do trabalho está bloqueada, o trabalhador busca transformar e minimizar sua percepção da realidade por meio dos mecanismos de defesa. Isso o faz sofrer, pois não modifica a realidade a ele imposta, no sentido de aliviar seu sofrimento, mas mascara essa realidade. Por outro lado, garante a manutenção da produtividade e até mesmo seu aumento, exatamente o que espera o sistema capitalista, mesmo que à custa do desgaste do trabalhador. Além disso, o perigo do uso excessivo desses mecanismos acarreta a loucura do trabalho, que se constitui numa situação que reforça a alienação do trabalhador na sociedade capitalista (Dejours, 2011; Seligmann-Silva, 2011).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar uma experiência numa Unidade de Saúde da Família, a partir de um diagnóstico organizacional com ênfase no trabalho do agente comunitário de saúde.

2. MÉTODO

A Unidade de Saúde da Família escolhida localiza-se numa cidade de pequeno porte do Estado de São Paulo, indicada pela coordenadora municipal da Saúde da Família, com a anuência da equipe em participar do processo. Compunham a equipe quatro agentes comunitários de saúde, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, uma dentista e um médico.

Utilizou-se do método de observação participante, incluindo um roteiro de observação, com os seguintes eixos norteadores: organização das pessoas nos espaços, incluindo sala de espera, sala de vacina/medicação e curativo, recepção, lugar de trabalho interno dos agentes comunitários de saúde, cozinha, farmácia, sala de pré-consulta, consultórios; gestão; ações técnicas assistenciais de promoção e prevenção de saúde; rotina de trabalho nas consultas, visita domiciliar e reuniões

de equipe. Durante as observações participantes, foi possível aprofundar alguns pontos sobre o tema, por meio de momentos específicos de questionamento com um agente comunitário de saúde, indicado pela equipe pelo maior tempo de experiência no trabalho.

A observação participante foi escolhida como método por propiciar uma melhor compreensão da realidade estudada, considerada por Minayo (2010, p. 135) como “um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação”. O observador participa da vida dos observados, convivendo com sua rotina, e assim colhe os dados e, com isso, modifica e é modificado por esse contexto. Numa situação de estágio, essa foi uma estratégia favorável tanto para os trabalhadores quanto para as estagiárias, possibilitando uma aprendizagem de mão dupla.

Foram feitas sete visitas à Unidade de Saúde da Família para o diagnóstico organizacional. Depois foi realizada uma devolutiva para todos os integrantes da equipe, os quais apresentaram algumas demandas que pudessem ser trabalhadas pelas estagiárias: dificuldades no atendimento de usuários com queixa de saúde mental; obstáculos no relacionamento entre a unidade e a gestão, bem como nas relações interpessoais. Esses pontos foram desenvolvidos em dois encontros de intervenção. Devido às limitações do tempo e das possibilidades técnicas por parte das estagiárias, as demandas foram atendidas na medida do possível, descritas e discutidas na última parte deste texto.

A seguir, uma descrição sucinta das atribuições da equipe, especificamente do trabalho do agente comunitário de saúde.

3. ATRIBUIÇÕES E ROTINA DA EQUIPE

As atribuições e rotina identificadas na equipe foram: reuniões semanais, em geral para assuntos protocolares e avisos; visitas domiciliares; consultas médicas, odontológicas e de enfermagem; verificação de pressão arterial; coleta de materiais para exames de laboratório; medicação e curativo; atividades de promoção de saúde em grupo de tabagismo, gestantes, adolescentes, artesanato, entre outros. Cabe enfatizar que a coordenação era feita pela enfermeira, incluindo atividades burocráticas e administrativas.

Especificamente, o trabalho dos agentes comunitários de saúde seguia uma rotina na qual se incluía, de modo mais intenso, as visitas domiciliares. Além disso, outras atividades eram: preenchimento de cadastro no qual consta a quantidade de visitas, características da população atendida nas visitas, tais como grávidas, crianças, doenças crônicas, entre outros; relatórios das visitas

domiciliares, os quais eram anexados aos prontuários, reuniões informais entre os agentes comunitários de saúde; reuniões semanais com a equipe; contato com outros equipamentos da rede de atendimento para encaminhamento de usuários; parceria com outros profissionais da unidade em grupos com os usuários, tais como grupo de tabagismo, gestante e adolescente. Cabe destacar algumas dificuldades: desgaste em virtude de um forte vínculo entre os agentes comunitários de saúde e as famílias da microárea de abrangência, cobranças constantes por metas, como a cobertura de 100% das famílias por parte da gestão.

4. ANÁLISE DOS DADOS: O DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

Os dados do diagnóstico foram analisados, identificando-se algumas questões: dificuldades na organização do trabalho em equipe, vínculo exacerbado entre agente comunitário de saúde e população, sentimento de impotência, deficiência na formação do agente comunitário de saúde, obstáculos relacionados às ações de promoção de saúde e na relação com a gestão.

Em relação às dificuldades na organização do processo de trabalho em equipe, foi possível analisá-lo à luz dos estudos de Peduzzi (2007), sobre os dois tipos de equipe, integração e agrupamento, observando-se que a equipe estudada pelas estagiárias tinha tendência ao segundo tipo. Embora o trabalho de todos estivesse relacionado, não havia articulação ou inter-relação entre eles para atender à demanda do usuário. Isso ficou evidenciado quando se observava que nem o médico nem o dentista participavam da reunião de equipe, que era justamente um espaço para discussão dos casos. Observou-se também sobreposição de funções, sem interação entre as pessoas. Os trabalhadores relatavam que faziam trocas entre si, porém, quando um componente da equipe precisava de apoio e orientação para resolver casos em atendimento, isso não ocorria. Numa das reuniões, um dos agentes comunitários de saúde apresentou uma situação grave e não foi orientado como proceder, pelo contrário, sua demanda foi abafada pela correria e desatenção dos colegas, pois a reunião já estava se encerrando. No fim dessa reunião, o agente comunitário de saúde, um pouco triste e calado, comentou sobre o caso de um usuário que tentou se matar, ateando fogo ao próprio corpo. Esse trabalhador parecia querer disfarçar seu sofrimento diante do acontecido, falando em meias palavras sobre o assunto. Os outros trabalhadores ouviram, mas não fizeram nada para ajudá-lo e mudaram de assunto. Segundo Pitta (2010),

A organização atua na gênese do sofrimento psíquico através de alguns elementos facilmente identificáveis, quais sejam: as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos acelerados de produção, a pressão repressora e autoritária instalada numa hierarquia

rígida e vertical, a inexistência ou exiguidade de pausas para descanso ao longo das jornadas, o não controle do (próprio) trabalhador sobre a execução do (seu) trabalho, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado e, por conseguinte, de quem o realiza (p. 102).

Essa situação descrita por Pitta (2010) elucida fatos da organização do trabalho na unidade, na qual não havia uma definição clara das funções. O agente comunitário de saúde muitas vezes exercia a função na recepção, entrega de remédios, atualização de prontuários, divulgação de eventos, execução de grupos, entre outras. Pode ser percebido também que não apenas os agentes comunitários de saúde, mas todos os funcionários faziam de tudo um pouco, não havendo um revezamento preestabelecido; tudo era combinado na hora. Muitas vezes, um trabalhador precisava interromper, às pressas, o que estava fazendo para cobrir a função de alguém que necessitasse mobilizar-se para outra tarefa. Embora essa rotina de constante revezamento pudesse, supostamente, representar um clima de colaboração, acabava por ser desgastante e cansativo, pois as tarefas ficavam inacabadas e se perdia o sentido do trabalho. Cardoso et al. (2016) discutem essas dificuldades procurando compreender as vivências de sofrimento expressas no cotidiano das equipes da Saúde da Família. Ponderam que as fragilidades organizacionais foram uma das principais geradoras de desgaste e sofrimento.

Ainda sobre a organização do trabalho, Simões (2007) reitera que os agentes comunitários de saúde comumente não conseguem realizar o mínimo de visitas domiciliares diárias preconizadas pelo Ministério da Saúde, devido ao desvio de funções. Na unidade em que se realizou o diagnóstico, esse fato foi observado na realização de outras atividades pelos agentes comunitários de saúde, como recepção na unidade de saúde, procura de prontuários, atendimento do telefone, marcação de consultas, além de todos os cadastramentos, listas para campanhas de vacinação, alimentação do banco de dados por meio de relatórios, busca ativa de usuários, entre outras.

A questão relacionada ao vínculo exacerbado entre agente comunitário de saúde e população foi identificada na observação participante. Um agente comunitário de saúde apresentou seu envolvimento com a dor do usuário, ao presenciar situações de sofrimento. Percebeu-se sua identificação em relação ao usuário quando o agente comunitário de saúde se colocou no lugar do outro, o que, até certo ponto, seria desejável para o bom andamento do trabalho de produção de cuidado em saúde. Entretanto ele se mobilizou tanto com os casos que não se via capaz de separar o âmbito profissional do pessoal. Essa questão vem ao encontro de situações já apontadas pela literatura. A perspectiva do vínculo se torna exacerbada, o agente comunitário de saúde extrapola os limites

entre profissional e usuário, convivendo com eles além do horário de trabalho (Martines, & Chaves, 2007).

Outro tema levantado foi a impotência ante situações complicadas, abordada na pesquisa de Ribeiro, Amaral e Staliano (2015), também observada na equipe em questão neste estudo. O agente comunitário de saúde relatou que, no decorrer de sua profissão, foi acostumando a ver pessoas doentes morrerem; que, no início, ficava mais impressionado, às vezes até chocado, e agora era como se tivesse de acostumar-se e não ficar pensando muito nisso, para conseguir trabalhar. Parece que o trabalhador utilizou um mecanismo de defesa: a negação do sofrimento. Conforme Pitta (2010), a atitude atual do homem diante da dor, sofrimento e morte é a negação, como fim do inexorável percurso da vida humana. O estudo de Ribeiro, Amaral e Staliano (2015) corrobora isso, afirmando que, nesses casos, o impacto inicial é minimizado não por diminuição do sofrimento, mas por se acostumar com ele, como se fosse possível acostumar-se com a dor.

A outra questão identificada foi referente à formação do agente comunitário de saúde. No primeiro dia de trabalho, um dos agentes comunitários de saúde foi fazer visitas junto com outro, para aprender sobre o trabalho, e lhe deram livros para estudar. Somente após algum tempo é que eles passaram a frequentar cursos como de amamentação, tuberculose e violência sexual, mas não especificamente sobre como desempenhar a prática do agente comunitário de saúde. Esse dado corrobora o estudo de Santana et al., (2009), que observou o despreparo dos trabalhadores, devido à fragmentação entre a prática e a teoria. Infelizmente, os agentes comunitários de saúde da unidade estudada também não possuíam uma orientação quanto à prática adequada sobre como deveriam agir em situações críticas com o usuário, como tentativa de suicídio, depressão, resistência ao tratamento, entre outras. Em contrapartida, segundo o Ministério da Saúde (1997), deve haver um treinamento para capacitar os agentes comunitários de saúde, para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários, identificando os riscos e as potencialidades existentes. Devido a todas as dificuldades que os agentes comunitários encontram em campo, torna-se imprescindível uma boa formação, para que consigam executar sua função sem grandes prejuízos para o usuário e para si mesmos.

Em relação às ações de promoção de saúde, os trabalhadores da unidade as consideravam importantes, pois promoviam um espaço de socialização, como é o caso das atividades grupais oferecidas. Por exemplo, o grupo de adolescentes com foco em orientação sexual era uma forma de prevenir doenças e uma possível gravidez precoce e indesejada. Entretanto esse tipo de ação tinha como ponto

negativo a sobrecarga de trabalho, visto que eles já tinham muitas outras funções, requerendo a inserção nessas atividades para além do horário de trabalho.

A última questão identificada foi a relação com a gestão. Segundo Ribeiro, Amaral e Staliano (2015) as dificuldades na relação com o gestor são recorrentes em unidades de Saúde da Família, aparecem insistentemente, com queixas persistentes sobre a rigidez das determinações sobre o trabalho em saúde. Isso também foi observado na equipe relatada neste artigo, sendo que um dos assuntos em pauta foi a falta de comunicação entre a unidade e a Secretaria de Saúde (gestão), o qual foi discutido ao longo da reunião inteira, com problematizações sobre o isolamento e a falta de retorno da Secretaria. Silva et al., (2015) apontam novos modos de agir ante as dificuldades entre a gestão e os trabalhadores, estimulando trocas solidárias,

Colocando em análise as implicações com o processo de produção de saúde. Esses princípios ético-políticos se afirmam a partir da compreensão de que é necessário enfrentar as graves questões que se atualizam nas relações sociais de trabalho entre sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) envolvidos no processo de produção de saúde (p. 1166).

Diante dessas dificuldades levantadas acima, identificou-se que os agentes comunitários de saúde estavam vulnerabilizados, comprometendo o desenvolvimento de suas tarefas, como educador ou como mediador entre a população e o sistema de saúde. E também por ser uma profissão que lida diretamente com muitos conflitos sociais e de saúde da comunidade onde mora, e, ao mesmo tempo, trabalha (Simões, 2007).

5. A INTERVENÇÃO

O diagnóstico organizacional, a reflexão realizada na supervisão do estágio e a própria devolutiva dada aos trabalhadores de saúde constituiu-se de base para a intervenção, descrita e discutida logo a seguir.

No primeiro encontro, trabalhou-se, de forma dinâmica, com recortes do texto *Escutatória*, de Alves (1999), de modo que todos participassem. Foram distribuídos os papéis com fragmentos do texto para todos da equipe. O primeiro lia em voz alta para todos os participantes e, ao fim da folha, havia uma pergunta disparadora de discussão que era feita a outro colega. Depois da discussão, o próximo leitor indicado na ordem textual dava a sequência ao processo. Propositamente, cada um recebeu apenas uma parte do texto, requerendo que os demais escutassem atentamente o colega para responder às questões propostas

e desenvolvessem a reflexão. Estas objetivaram potencializar a capacidade de escuta dos usuários e a comunicação entre a equipe.

Na devolutiva, os trabalhadores disseram não saber como lidar com situações em que os usuários de saúde mental buscavam ajuda na unidade. Nas vezes em que isso ocorreu, eles não souberam muito bem o que fazer a respeito, mas, durante a reflexão sobre o texto *Escutatória*, reconheceram que o usuário necessitava era de uma escuta atenta. Os trabalhadores afirmavam que alguns usuários apareciam na unidade com queixas e dores, porém, muitas vezes, eles vinham somente para conversar e serem ouvidos. Assim, após uma escuta delicada feita pelos trabalhadores, minimizavam-se ou até mesmo cessavam-se os sintomas. Foi refletido que a dor é algo singular, próprio de cada um, podendo ser maior ou menor para diferentes pessoas, independente da gravidade da situação. Assim, a escuta que fazem é a forma que encontram de dar atenção e espaço para que o usuário expresse o tamanho de sua dor. Embora as agentes comunitárias de saúde já fizessem a escuta, não haviam percebido o alcance e legitimidade de sua ação, que ganhou um sentido a partir da reflexão realizada nesse primeiro encontro com as estagiárias, constituindo-se numa forma de atenuar a impotência que sentiam na abordagem de casos dessa natureza. Essa mesma situação foi identificada por Ribeiro e Martins (2007), os quais apontam a importância da escuta na promoção da saúde mental no âmbito da Saúde da Família, propiciando alívio aos trabalhadores, ao perceberem o sentido do trabalho que executam com os usuários.

Para o segundo encontro, usaram-se recortes do artigo *Oficina de teatro espontâneo com trabalhadores do Programa de Saúde da Família: um espaço de expressão e reflexão*, de Ribeiro e Martins (2007). A leitura da cena do teatro, relatada no artigo mencionado,¹ possibilitou que a equipe falasse como se sentiam em relação ao trabalho e expusessem questões próprias sobre as dificuldades da equipe. Os trabalhadores da unidade refletiram sobre a questão de a atenção básica estar sendo pouco assistida pela gestão municipal, desestimulando o trabalho deles. Porém, ao mesmo tempo em que se sentiam desestimulados, ainda tinham esperanças de que a situação iria melhorar. Nesse segundo encontro, ponderaram que as políticas de saúde precisam de mais articulação entre as redes. Nesse sentido, Conill (2008) correlaciona a eficácia da gestão com a efetividade do sistema municipal, necessitando de ganhos substanciais nessa questão:

Os municípios de grande porte tendem a ter maior capacidade e maior aprendizado institucional, mas muitos ainda mostravam pouca experiência e maturidade no PSF.

¹ A cena foi sobre as dificuldades que o trabalhador de saúde enfrenta no dia a dia de atendimento à população bem como os embates e desgastes com a gestão municipal ante a cobrança de produção (Ribeiro, & Martins, 2007).

Quanto mais baixa a governabilidade com a existência de conflitos entre os agentes (Conselho, Câmara, prestadores, Secretaria Estadual, Ministério da Saúde, Ministério Público) piores eram os resultados (p. 512).

Nos dois encontros, os trabalhadores apresentaram a demanda da presença do psicólogo nas equipes de Saúde da Família. A reflexão foi orientada pelas estagiárias, com base no estudo de Oliveira, Silva e Yamamoto (2007), os quais apontam que as unidades de Saúde da Família são espaços a serem conquistados, ante os limites da prática da Psicologia nessas novas estratégias de reorganização da atenção básica de saúde. Diante da necessidade de uma nova forma de “saber fazer” dos profissionais envolvidos, a prática da Psicologia precisa se adequar, objetivando a prevenção de doenças, promoção de saúde e educação popular, entre outras perspectivas, superando um modelo de atuação no atendimento individual e biomédico. Essa prática não se caracterizaria pela presença do psicólogo nas unidades de Saúde da Família, mas em equipes de matriciamento, fortalecendo a proposta da Saúde da Família, que é atuar de forma generalista e não especialista.

Dessa forma, foi ressaltado que o lugar apropriado para a atuação da Psicologia seria as unidades de maior complexidade, tanto para o encaminhamento de atendimento especializado em saúde mental quanto para o apoio matricial (Campos, & Domitti, 2007), que se caracteriza por orientações de especialistas para os profissionais de atenção básica, em geral, por meio dos Núcleos de Assistência a Saúde da Família (Portaria nº 154, 2008; Conselho Federal de Psicologia, 2009). Embora o Município da unidade estudada não se beneficiasse ainda desses núcleos, discutiu-se a possibilidade de encaminhamentos favoráveis para que isso ocorresse no futuro.

O que pôde ser trabalhado também nos dois encontros foi a importância da reunião de equipe, que, muitas vezes, não tinha o valor merecido. Havia uma resistência em participar das reuniões, devido à falta de tempo, ao desgaste e às várias funções que exerciam. Foi refletido com a equipe que, muitas vezes, esse espaço funcionava apenas como informes. Infelizmente essa é uma realidade em outros lugares (Ribeiro, Amaral, & Staliano, 2015), prevalecendo a existência de equipes tipo agrupamento em detrimento das do tipo integração (Peduzzi, 2007). Mas se esse espaço for ampliado para um espaço de integração, e, que os trabalhadores possam contar suas experiências e compartilhar as dificuldades, a reunião passará a ser uma oportunidade de acolhimento e orientação mútua.

Apesar de breve, os momentos de troca entre a equipe, proporcionados pelas estagiárias, foram relevantes para o desenvolvimento da integração entre os trabalhadores. Além disso, favoreceu a formação das estagiárias, numa direção

ampliada da carreira, abrindo possibilidades de atuações grupais, voltadas para o desenvolvimento da autonomia do trabalhador. As práticas de grupo, assim como as desenvolvidas neste estágio, têm sido incentivadas pelo Conselho Federal de Psicologia (2009, p. 31),

Pois, de modo geral, os grupos têm caráter informativo terapêutico, valorizam o conhecimento e a subjetividade dos trabalhadores e visam à ressignificação do processo de adoecimento, além de legitimar o seu discurso, estimular a sua participação e autonomia em relação ao tratamento (p. 31).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ganhos mais relevantes foram proporcionados pelas reflexões sobre a potência da escuta qualificada nos atendimentos e no trabalho em equipe, possibilidades de apoio por meio do matriciamento e a importância da comunicação na relação com a gestão. Foi possível abrir um espaço de troca de experiências, por meio das quais os trabalhadores perceberam que a falta de comunicação com o gestor se repetia entre eles como equipe, ou seja, a atitude criticada era reproduzida internamente. Nesse sentido, parece que o trabalho das estagiárias, numa abordagem grupal, propiciou avanços. Os trabalhadores declararam que acharam a abordagem interessante. Foi uma maneira de se expressarem, de saírem do isolamento e do individualismo, possibilitando verbalizar dores e sofrimentos do dia a dia. Pode-se afirmar que essa compreensão por parte dos trabalhadores foi o principal resultado da intervenção realizada. Ademais, mediante os encontros propiciados pelas estagiárias, puderam perceber que, se a reunião se constituísse num encontro, numa integração, poderia melhorar o trabalho e também abriria espaço para lutarem por seus direitos como trabalhadores.

O trabalho desenvolvido ao longo do ano nessa unidade de Saúde da Família foi considerado positivo, pois abriu possibilidades de comunicação, mesmo que de forma preliminar, com solicitações de continuidade do trabalho nos anos seguintes.

REFERÊNCIAS

- Alves, R. (1999). *O amor que acende a lua*. Campinas: Speculum.
- Beato, M. S. F. & Ferreira Neto, J. L. (2016). Formação em Psicologia em uma universidade pública e suas repercussões nas competências do trabalho em políticas públicas. *Psicologia em Revista*, 22(2), 515-535.
- Cardoso, C., Pereira, M. O., Moreira, D. A., Tibães, H., & Ramos, F., Brito, M. (2016). A vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: vivências desveladas no cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (n. esp.), 89-95.
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). *Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Conill, E. M. (2008). Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 57-67.
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para atuação do(a) psicólogo(a)*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: CFP.
- Dejours, C. (2011). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In S. Lancman, & I. L. Sznalwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C., & Bègue, F. (2010). *Suicídio e trabalho: o que fazer?* F. Soudant, (Trad.). Brasília: Paralelo 15.
- Heloani, J. R. (2011). *Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Katsurayama, M., Parente, R. C. P., & Moretti-Pires, R. O. (2016). O trabalhador no Programa Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas: um estudo

- qualitativo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 183-198.
- Lei nº 20.507, de 10 de julho de 2002. (2002, 10 julho). Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.
- Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem*, 41(3), 426-433.
- Merhy, E. E. (2015). Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*, 1(1), 7-14.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1997). *Programa comunitário solidário: Programas de Agentes Comunitários de Saúde. Treinamento introdutório: Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PNAB: Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E, Legislação em Saúde).
- Oliveira, I. F., Silva, F. L. E., & Yamamoto, O. H. (2007). A Psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? *Aletheia*, 25(1), 5-19.
- Peduzzi, M. (2007). Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In R. Pinheiro, M. E. B. Barros, & R. A. Mattos (Orgs.), *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. (pp. 161-177). Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cepesc, Abrasco.
- Pitta, A. M. F. (2010). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (2008, 24 janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ribeiro, S. F. R., Amaral, P. J. V., & Staliano, P. (2015). Sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde: revisão bibliográfica. *Laborativa*, 4(1), 79-96.

- Ribeiro, S. F. R., & Martins, S. T. F. (2007). Oficina de teatro espontâneo com trabalhadores do Programa de Saúde da Família: um espaço de expressão e reflexão. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 221-228.
- Santana, J. C. B., Vasconcelos, A. L., Martins, C. V., Barros, J. V., Soares, J. M., & Dutra, B. S. (2009). Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia de saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 645-52.
- Schmidt, M. L. G. (2010). *Saúde e doença no trabalho: uma perspectiva sociodramática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Silva, F. H., Barros, M. E. B., & Martins, C. P. (2015). Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do Humaniza SUS. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 19(5), 1157-1168.
- Simões, A. R. (2009). O agente comunitário de saúde na equipe da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. *Revista de Saúde Pública*, 2(1), 6-21.
- Soratto, J., Pires, D. E. P. P., Dornelles S., & Lorenzetti, J. (2015). Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(2), 584-592.