

**A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO DE COMUNICAÇÃO,
EXPRESSÃO E ESCUTA PARA AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SANTA MARIA¹**

*BUILDING A SPACE BETWEEN COMMUNICATION,
EXPRESSION AND LISTENING FOR HEALTH COMMUNITY
WORKERS IN SANTA MARIA*

**Cássia Ferrazza Alves², Lauren Machado Mello²
e Aline Cardoso Siqueira³**

RESUMO

Neste trabalho, objetivou-se relatar a experiência da realização de um grupo operativo junto a agentes comunitários de saúde (ACS) de uma Unidade Básica de Saúde, de Santa Maria, RS. Assim, como proposta de atividade curricular de Estágio Básico II, foram realizados sete encontros semanais, a partir do referencial teórico do grupo operativo de Pichòn-Rivière. Nessa intervenção, buscou-se proporcionar um espaço de discussão e reflexão das questões da prática desses profissionais, como também possibilitar às acadêmicas do Curso de Psicologia a experiência da construção, condução e conclusão de um grupo operativo. A partir dos encontros, foi possível observar diversos fenômenos grupais, além de possibilitar um espaço de expressão e comunicação para as ACS. Essa intervenção foi positiva tanto para as acadêmicas, que puderam enriquecer sua formação profissional com uma atividade prática, quanto para as ACS, que construíram um espaço singular de discussão, reflexão e trocas, confirmando a importância da inserção da Psicologia no campo da Saúde Coletiva.

Palavras-chave: grupo operativo, formação profissional.

ABSTRACT

The goal of this research is to relate the experience of the operative group's completion with the Health Community Workers "Agentes Comunitarios de Saúde" (ACS) of

¹ Relato de experiência do Estágio Básico II.

² Acadêmicas do Curso de Psicologia - UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA.

a Basic Health Unit in Santa Maria, Rio Grande do Sul State. As the proposal of Curricular Activity of Basic Stage II, seven weekly meetings were made from the theoretical referencial of the operative group Pichón-Rivière. This Intervention had as a goal to provide a discussion and reflection space about the issues of the practice of this professionals, as well as to make it possible for the students of the course of psychology and experience of construction, the leading and conclusion of an operative group. From the meetings, was possible to observe many group phenomenons, and also made it possible a space of communication and expression for the ACS. This intervention showed itself positive for the students that could enlarge their professional studies with a practical activity, as well as to ACS that built a singular space of reflection, discussion and exchange, confirming the importance of the Psychology insertion in collective health.

Keywords: *operative group, professional studies.*

INTRODUÇÃO

Objetiva-se, neste trabalho, relatar a experiência da realização de um grupo operativo junto a agentes comunitários de saúde, de uma unidade básica de saúde do município de Santa Maria, RS. O agente comunitário de saúde (ACS) é um trabalhador que desempenha seu papel no programa do Ministério da Saúde chamado Estratégia de Saúde da Família. Esse programa firma-se no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil. Este profissional faz parte da equipe de saúde da comunidade em que mora, sendo uma pessoa preparada para orientar as famílias, sobre os cuidados com a sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Os ACS tornaram-se uma categoria profissional em 10 de julho de 2002, após a concorrência de interesses sobre mercado de trabalho e controle do exercício da profissão. Este funcionário é um cidadão que está ligado às comunidades e se integra às equipes de saúde, sem trazer consigo qualquer bagagem técnica de alguma área. O seu papel é conferido pela instituição executora das políticas públicas de saúde, proporcionando-lhe acesso a novas práticas, mediante as dinâmicas de capacitação (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008).

Para que os ACS assumam o cargo, é necessário passar por um processo seletivo, no próprio município, com a assessoria da Secretaria Estadual de Saúde. Alguns requisitos são exigidos do candidato ao cargo de ACS, tais como: ser morador da área em que exercerá suas atividades há, pelo menos, dois anos; saber

ler e escrever; ser maior de 18 anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 1997).

A função do ACS não é só mediar as relações entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde, mas também visitar as famílias e realizar um controle preventivo da sua área de responsabilidade. Diante de tais responsabilidades, é demandado deste profissional constante contato com as famílias e usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). Isso necessita de intensa dedicação, enfrentamento e superação das dificuldades inerentes a esse campo de trabalho.

Segundo as diretrizes que norteiam as atribuições do ACS (BRASIL, 1997), cada trabalhador deve acompanhar, no máximo, 150 famílias ou 750 usuários, a partir de visitas domiciliares mensais. Nessas visitas, ele realiza o mapeamento de cada área e cadastra as famílias. Também é sua função a atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos; a promoção de imunização de rotina às gestantes e crianças, encaminhando-as à Unidade Básica; promoção do aleitamento materno exclusivo. Acrescenta-se a isso, a orientação dos adolescentes e famílias na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas; a realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar, bem como a busca ativa das doenças infecto-contagiosas; identificação dos portadores de deficiência psicofísica, com orientação aos familiares para os apoiarem necessário no próprio domicílio, entre outras funções (BRASIL, 1997). Assim, é papel dos agentes estimularem a comunidade para as práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Verificam-se, na prática profissional, algumas peculiaridades, tais como a predominância do gênero feminino, em virtude de existir certa resistência proveniente da comunidade ao agente comunitário masculino, em especial, pelo constrangimento experimentado pelas famílias em verbalizarem determinadas particularidades do universo feminino a um agente homem. Acredita-se, também, que os agentes comunitários mais velhos possuem maior vínculo com a comunidade e mais amizades. Porém, alguns podem desencadear inimizades ou conflitos com outros moradores e, por terem determinados conceitos mais arraigados sobre o processo de saúde e doença, há possibilidade de tornar dificultosa e resistente a inserção de novos conceitos relacionados à promoção de saúde (KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Complementando a noção da profissionalização do ACS, sabe-se que ele assume uma nova responsabilidade e passa a fazer parte da equipe multidisciplinar de saúde, atribuindo-lhe um sentimento orgulhoso em que se diferencia dos demais

membros da comunidade, devido ao seu conhecimento. Concomitantemente a isso, há ansiedade gerada pela comparação com o conhecimento de outros profissionais atuantes, existindo, por vezes, jogos de poder. É preciso que este profissional saiba assumir o papel que compete a ele dentro da comunidade sem que necessite do reconhecimento dessa (NUNES et al., 2002).

Considerando a complexidade do trabalho do ACS e das peculiaridades inerentes as suas funções, pode-se perceber a importância de proporcionar-lhe um momento de troca e expressão das preocupações, fracassos e vitórias cotidianas, potencializando o desempenho laboral deste trabalhador. A partir disso, a técnica do grupo operativo demonstra-se bastante útil no que tange a esta proposta. O grupo operativo instrumenta-se no processo terapêutico, no qual auxilia a diminuição dos medos básicos que poderão interferir no processo grupal. Está centrado na tarefa com a finalidade de aprender a se pensarem alternativas para se resolverem algumas dificuldades que, por vezes, poderão ser manifestadas no campo grupal (BERSTEIN, 1986).

Segundo Osório (2000), o objetivo central deste grupo é superar e resolver situações fixas, possibilitando a transformação em algo mais flexível e permitindo questionamentos. Sua ideologia é descrita então pela mudança da imobilidade para o movimento. O grupo operativo proporciona o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa, fazendo com que os participantes atuem na diminuição dos seus medos básicos (BERSTEIN, 1986). A partir dessa breve revisão teórica dos temas em foco, passa-se ao relato da experiência de construção, planejamento, organização e execução de um grupo operativo junto aos ACS.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência corresponde a uma atividade de ensino, realizada na disciplina Estágio Básico II, do Curso de Psicologia/UNIFRA. A partir do contato, da análise do contexto institucional e da demanda de uma unidade básica de saúde municipal, foi constatada a necessidade de um trabalho junto aos ACS. Assim, foi proposto aos ACS um espaço de escuta e acolhimento, no qual eles pudessem expor pensamentos e angústias a respeito do trabalho comunitário. Logo, teve-se como proposta um grupo operativo com a intenção de discutir e refletir acerca das práticas profissionais vinculadas às questões pessoais do ACS. Por ser uma atividade de ensino, a realização dessa intervenção tinha como objetivo aprofundar o estudo das técnicas grupais, planejar e executar grupos operativos, aprendendo a reconhecer os fenômenos

grupais. Para tanto, fez-se necessária a inserção, no contexto comunitário, articulada essa a referenciais teóricos, ao conhecimento das demandas dos agentes comunitários, bem como às discussões de questões interpessoais, entrelaçadas ao contexto laboral.

UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A Unidade de Saúde Básica é uma instituição de saúde governamental, que presta atendimento, em níveis primários e secundários, aos usuários de sua região, segundo diretrizes do Sistema Único de Saúde. Está localizada em uma região de periferia do município de Santa Maria, em uma casa residencial, que não possui condições mínimas de atendimento à população. É uma casa pequena, composta de oito cômodos: sala de espera, sala para medição da pressão arterial, sala de armazenamento de medicamentos, dois consultórios sem portas (cortinas nas portas), cozinha, sala de coleta de exames e banheiro. Esse ambiente é considerado provisório pela equipe e governo, visto que uma nova sede da Unidade de Saúde está sendo esperada.

A equipe da Unidade é composta por 17 pessoas: 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos em enfermagem e 11 agentes comunitários. A Unidade abarca uma região com 12 mil habitantes. Os agentes comunitários de saúde eram responsáveis por 12 microareas, ficando para um, em média, 200 a 226 famílias cadastradas. Assim, já se pode pontuar que estes agentes estão com uma sobrecarga de famílias, tendo em vista que a lei estabelece que cada ACS deve atender, no máximo, a 150 famílias. Tal sobrecarga certamente interfere no seu bem-estar e na sua relação com o trabalho, podendo gerar estresse e psicopatologia.

Participantes

Participaram da proposta do grupo operativo 5 ACS. Todas as participantes eram adultas, com idade entre 32 e 52 anos, do sexo feminino. As ACS, participantes da proposta, tinham de 4 a 9 anos de experiência na função.

Planejamento dos encontros

Tratando-se de uma atividade de ensino do 5º semestre do Curso de Psicologia (Estágio Básico II), duas acadêmicas eram as responsáveis pelo planejamento, desenvolvimento do projeto, organização e convite às

participantes e execução do projeto, sendo terapeuta e co-terapeuta do grupo operativo. Primeiramente, foi solicitado das acadêmicas a construção do plano de intervenção, no qual elas deveriam apresentar uma revisão teórica do tema e o planejamento das atividades do grupo. As alunas planejaram dinâmicas de grupo que estimulassem a discussão de temas relevantes para a prática da ACS. Além disso, também estava previsto o estudo das diretrizes do ACS, nas quais são encontradas as funções e atribuições dessa profissão.

Após iniciados os encontros, inúmeras reformulações foram realizadas para atender às demandas daquele grupo específico de ACS. Os temas que nortearam os encontros foram: impotência diante da realidade da comunidade; dificuldades encontradas entre a esfera pública e a privada; excesso de famílias cadastradas, afetando a possibilidade de atender adequadamente às famílias que demandam maior cuidado, conforme o ponto de vista desses trabalhadores. Além disso, o grupo acompanhou o processo de reorganização do sistema municipal de saúde, no qual os ACS que não fossem concursados deveriam ser demitidos. Diante desta importante particularidade, não foi viável trabalhar as diretrizes do SUS, tendo em vista que, nesse momento, havia o medo da demissão e da incerteza do futuro profissional. Em virtude disso, foram discutidos pontos referentes à motivação, estratégias de enfrentamento diante da demissão, com discussões de novas possibilidades de projetos de vida e questões pessoais.

Descrição dos procedimentos

A partir da análise institucional da Unidade Básica de Saúde, realizada pelo Serviço de Psicologia, foi proposta à equipe do Programa da Saúde da Família a realização de um grupo operativo com as ACS, tendo a equipe autorizado a realização do grupo. Após esse momento, foi realizada uma reunião com 10 ACS presentes na Unidade, na qual a proposta foi apresentada novamente e os objetivos da atividade esclarecidos. A participação no grupo foi espontânea e voluntária. Organizaram-se os horários como também encontrou-se o melhor dia para a realização dos encontros junto aos participantes. Dos 12 agentes comunitários da Unidade, apenas 5 aceitaram participar do grupo. Os encontros ocorreram em uma sala cedida pela escola pública da comunidade, a qual estava localizada nas proximidades da Unidade Básica de Saúde.

Os encontros do grupo foram realizados semanalmente, com duração de uma hora e trinta minutos, ao longo do primeiro semestre de 2009. O grupo foi caracterizado como fechado, pois era exclusivo às ACS e possuía datas

de início e fim definidas. Foram realizados 7 encontros, com uma média de 3 participantes cada. As coordenadoras do grupo, acadêmicas do 5º semestre do Curso de Psicologia/UNIFRA, receberam orientação, em supervisão semanal de uma psicóloga, professora da instituição de ensino.

ANÁLISE DA ESTRATÉGIA E DAS FASES DE INTERVENÇÃO

Nesta seção, serão apresentados os principais fenômenos grupais identificados, conteúdos trabalhados pelas facilitadoras e o referencial teórico correlato. Primeiramente, vale destacar que, em todas as reuniões, utilizaram-se as cadeiras em círculo para proporcionar uma maior interação entre os participantes do grupo. Ressalta-se que o círculo é por si só uma *gestalt* fechada, ou seja, é nesse espaço que se pode delimitar para cada um a sua área externamente (espaço físico) e internamente (mundo interno). Castilho (2002) afirma que, muitas vezes, os participantes aproximam mais as cadeiras a fim de diminuir a distância física, psicológica e emocional do grupo. Da mesma forma, quando as pessoas distanciam-se, a maneira como as cadeiras serão organizadas modifica-se em virtude de aquelas ficarem mais afastadas.

ESTÁGIOS FORMADORES DO GRUPO

Nos primeiros encontros do grupo, as participantes tiveram dificuldade de iniciar uma discussão. Além disso, emergiram muitos comentários negativos e críticas entre os membros, bem como a luta pelo poder tornou-se parte da infraestrutura do grupo. Com relação a isso, Yalom e Leszcz (2006) afirmam que o grupo circula por três estágios que ocorrem dinamicamente no contexto grupal. O primeiro estágio é constituído pela formação do grupo em que os participantes buscam orientação e o significado do porquê participarem do grupo. Está presente a participação hesitante e a dependência intragrupal. No caso desse grupo de ACS, como ele já tinha uma formação precedente, verificou-se com maior nitidez o segundo estágio.

No segundo estágio, é constante o conflito entre membros e membros ou membros e terapeuta. Esse período é demonstrado pela expressão “estar por cima ou por baixo”, isto é, há a busca por quem lidera no grupo por meio de conflitos e rebeldia. Nessa fase, é possível evidenciar a resistência que emerge no grupo. Esses aspectos foram visualizados no grupo nos seguintes momentos: durante uma discussão, uma das agentes posicionou-se de forma imperativa a

outra e esta, por conseguinte, respondeu-lhe iniciando rapidamente a exposição de sua opinião. Em determinado encontro, uma participante mudou de lugar a sua cadeira, retirou-se do círculo e posicionou-se mais para trás de outra participante. Salienta-se que quando o medo do contato é muito grande, o indivíduo tende a afastar sua cadeira inteiramente para fora do grupo, sendo evidente nesse exemplo (CASTILHO, 2002).

Constatou-se ainda que, frequentemente, as participantes mexiam-se nas cadeiras, levantando-se eventualmente, com a justificativa de que era necessário atender o celular ou desligar o ventilador. Nesse sentido, Zimerman (2000) afirma que essas atitudes poderiam ser consideradas um *acting*, ou seja, condutas que se processam como substitutas de sentimentos que não se manifestam no consciente. Também representam uma forma de comunicação não verbal, como tentativas de preencher vazios e acalmar ansiedades.

Outra circunstância observada no grupo foi quando uma participante mostrou-se um tanto resistente em realizar uma tarefa proposta e as outras presentes no encontro aceitaram sem hesitar. Durante a tarefa, não foi utilizado todo o material proposto e uma das participantes não conseguia concentrar-se, disputando a liderança com as facilitadoras. É nessa fase que o ataque ao papel de terapeuta está fortemente evidenciado por meio da transferência. Para que esse momento não interfira na coesão grupal, é preciso reconhecer e manejar adequadamente esse movimento. Também, dependendo do comportamento do terapeuta, essa hostilidade poderá aumentar ou diminuir (YALOM; LESZCZ, 2006).

A terceira fase é caracterizada pelo espírito de grupo, cooperação e integração dos participantes. Esses já compreenderam que cada um tem uma forma diferente de pensar, e preocupam-se se estão “próximos ou distantes”. Destaca-se nessa fase a resolução dos conflitos, a consciência intragrupal, a estimulação de recursos próprios e a confiança entre todos os participantes (YALOM; LESZCZ, 2006). Esta etapa foi visualizada no final do grupo, quando as participantes discutiram e interagiram mutuamente. Ora concordavam ora discordavam. Também, em vários momentos, identificaram-se umas com as outras, organizavam quem iria expor primeiramente, dentre outros acontecimentos e mobilizações que ocorreram por parte das participantes. Assim, o grupo comunicou-se bastante entre si, e foram poucas as vezes que as acadêmicas necessitavam intervir, pontuar, ou incluir uma participante na discussão.

CONSTRUÇÃO DE CONFIANÇA/VÍNCULO TERAPÊUTICO

Em determinado momento, as participantes verbalizaram sua satisfação com o grupo terapêutico. Podem-se fundamentar essas colocações a partir do

conceito de *setting* grupal, que consiste na soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam, possibilitam o processo terapêutico e resultam de uma conjunção de regras, atitudes e combinações.

Ao encontro disso, destaca-se, como parte das funções do *setting*, a importância de estabelecer o aporte da realidade exterior, com as suas inevitáveis privações e frustrações. Também, deve-se prover a necessária delimitação entre o “eu” e os “outros”, por meio de uma função de desfazer a especularidade e a similaridade típica dos pacientes; auxiliar a capacidade de diferenciação, separação e individuação, definir a noção dos limites e das limitações, entre outras funções. Assim, o *setting* grupal é um espaço novo, um ambiente propício para o trabalho terapêutico em que as pessoas se sentem seguras e confortáveis, no qual o analisado terá oportunidade de reexperimentar a vivência de antigas e decisivamente marcantes experiências emocionais conflituosas que foram malcompreendidas e significadas (ZIMERMAN, 2000).

IDENTIFICAÇÃO

Em certa ocasião, uma participante pontuou que, em sua experiência laboral, muitas pessoas não queriam recebê-la nas próprias casas. Diante disso, algumas desculpas eram inventadas ou até, por vezes, algumas pessoas da comunidade agiam de forma rude. Diante de tal fato, todos os outros participantes identificaram-se na sua fala.

Outro exemplo dessas situações foi quando uma participante relatou seu sofrimento psíquico, advindo também das relações de trabalho e estresse gerado em decorrência delas, sendo necessário o uso de medicações psicoterápicas. Os participantes relataram que, habitualmente, faziam uso de antidepressivos, ansiolíticos, dentre outros, e ressaltaram que se sentiam melhores com isso. Algumas participantes relataram que usavam esses medicamentos por um tempo delimitado, porém, em situações, nas quais não conseguiam reagir, retornavam ao uso do medicamento. Esses relatos demonstram que este grupo de trabalhadores está apresentando sofrimento psíquico.

O grupo é um espaço propício que possibilita o fenômeno da identificação, cujo conceito é a tendência de uma pessoa se colar na imagem de outra para poder se assemelhar a ela. As identificações são mutáveis, intensas e muito frequentes, também podem ser múltiplas e cruzadas ou podem se apresentar como uma “galeria de espelhos”, na qual se pode verificar como um reflete e é refletido nos e pelos demais do grupo (ZIMERMAN, 2000).

Frisa-se por conseguinte que a identificação é um processo ativo do ego do indivíduo e consiste em que este venha a se tornar idêntico a um outro.

Também essa pode resultar das cargas de identificações projetivas, nas quais o indivíduo, que não consegue conter dentro de si mesmo os seus aspectos maus ou bons, projeta-os dentro dos outros e, então passa a senti-los como idênticos a ele (ZIMERMAN, 2000).

Pode ser que, nesse contexto de identificações, surja o papel do porta-voz. Um exemplo de tal afirmação configura-se no momento em que uma participante relatou a morte de familiar muito próximo. Diante desse assunto, todos afirmaram vivenciar a perda de pessoas significativas. Percebe-se que tal participante teve uma atitude de porta-voz de um conteúdo interno comum a todas as participantes, pois as outras se identificaram com o relato. Castilho (2002) declara que o porta-voz é o sujeito que fala de sua própria ansiedade e essa se revela no grupo como característica de todos os membros. “O porta-voz, quando fala, quando expressa suas emoções, sensibilidades e vivências – essas não são unicamente suas; elas estão ali sendo (com)partilhadas no emergente grupal por todos os membros do grupo” (CASTILHO, 2002, p. 91).

MANIFESTAÇÕES DAS EMOÇÕES E SENTIMENTOS NO CAMPO GRUPAL

Durante a realização dos encontros, evidenciaram-se emoções como, por exemplo, choro, riso e raiva, tendo em vista que todos esses sentimentos estavam acumulados. O grupo configura-se em um espaço propício para a expressão das emoções, especialmente se houver confiança e vinculação terapêutica entre os participantes e facilitadores. Por outro lado, algumas emoções podem provocar certo desconforto nas participantes, como também em terapeutas/coterapeutas inexperientes. É preciso que as facilitadoras manejem, adequadamente, a expressão das emoções, permitindo-a a ponto de contribuir com a aprendizagem pressuposta do grupo operativo, mas evitando que as emoções engessem o grupo e paralise a circulação da comunicação. Com relação à expressão do choro, Castilho (2002) ressalta que as palavras, às vezes, são bons esconderijos para os próprios sentimentos. É preferível que as pessoas se expressem fisicamente, a fazê-lo apenas de modo verbal. Eventualmente, alguns participantes do grupo podem chorar, e essa permissão de expor-se totalmente é uma das formas de entrar em contato consigo mesmo.

VERTICALIDADE/HORIZONTALIDADE

Em dada situação, três participantes relataram que gostavam bastante de rosa, contando fatos de suas infâncias, quando usaram roupas nesse tom. Falaram sobre a primeira calça jeans, o primeiro tênis. Por meio da verbalização

das lembranças, destacou-se que as experiências passadas podiam ajudar a enfrentar o que acontece no presente, pois essas lembranças podem desencadear um momento agradável diante de todas as dificuldades que permeavam suas histórias no momento. Assim, esse tipo de grupo proporciona também a interlocução entre a verticalidade, ou seja, a história pregressa de cada indivíduo e a horizontalidade, isto é, o processo que ocorre no aqui e no agora (PICHÓN-RIVIÈRE, 1988).

SILÊNCIO

Ainda é possível descrever que, em diversos instantes, o grupo permaneceu em silêncio e, por vezes, apenas falavam sem gerar discussão. Assim, foi importante trazer as participantes para a discussão, perguntando-lhes o que pensavam sobre o que foi relatado. Sabe-se que o silêncio é uma expressão não verbal do grupo, o qual comunica, muitas vezes, muito mais que as palavras. Nas fases iniciais, o silêncio é altamente evitado, e o grupo aprende a depender de determinados membros que sempre preenchem os espaços vazios. Geralmente são aqueles membros mais ansiosos, que não toleram ainda o silêncio, o pensar, o sentir. Quando o silêncio inevitavelmente surge, certas atitudes típicas começam aparecer. Alguns participantes evitam olhar-se, o riso frouxo e o nervosismo aparecem e há o aumento de pequenos movimentos. Assim cada participante, a seu modo, encontrará sua forma característica de liberar a ansiedade (CASTILHO, 2004).

Outra situação em que o silêncio ficou evidente foi no momento em que as facilitadoras utilizaram uma música para a realização de uma atividade. Talvez, diante da adaptação à tarefa e da diminuição das ansiedades geradas por essa, as participantes foram acalmando-se e ficaram em silêncio. Era um silêncio de reflexão. Castilho (2002) define diversos tipos de silêncio e o de reflexão é expresso através de uma pausa para pensar no que foi dito pelo facilitador (algum tipo de intervenção), após um *feedback* ou depois de uma experiência intensa vivida pelo grupo. O silêncio, por ser uma das mais ricas fontes de comunicação não verbal, é utilizado pelos componentes para expor uma faceta diferente ou para encobrir um determinado momento, algo que não está conseguindo enfrentar. Assim, o silêncio marca o fim ou o início de uma nova etapa do campo grupal, pois novamente se encontram diante de um novo desconhecido, diante de um novo caminho. Então, o grupo reinicia com os mesmos comportamentos, em busca de um novo “quebra-gelo” que o faça romper a sua própria resistência e avançar no processo (CASTILHO, 2004).

TEMAS EMERGENTES DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO

Limites do trabalho da ACS

No decorrer dos encontros, as participantes pontuaram que seu trabalho apresentava uma diversidade de contrapontos. Evidenciou-se em um dos encontros em que uma participante falou sobre o trabalho dos agentes, especificando quantas casas/famílias eram de sua responsabilidade. Por vezes, esses não podiam, pelo fato de não terem tempo, executar todas as visitas que seriam de sua responsabilidade, sendo que a exigência era constante por parte da Coordenadoria Regional de Saúde e da equipe responsável pela Unidade. De fato, pode-se afirmar que há uma sobrecarga de trabalho nesse grupo de ACS, tendo em vista que cada uma possui cerca de 200 famílias em seus cadastros e que deveria ser, no máximo, de 150 famílias.

Em determinado encontro, emergiram questões a respeito das experiências que desencadeavam angústia, medo, ansiedade e insegurança. Relataram acontecimentos que as desafiavam, enquanto indivíduo, demonstrando a precariedade das condições de vida da população que atendiam, tais como falta de higiene, fome, desnutrição, falta de educação das pessoas, de saneamento básico, entre outros fatores que interferem na saúde das famílias daquela região do município.

No que tange a tais fatos, Camelo e Angerami (2004) ressaltam que eles ACS precisam ser inseridos no contexto comunitário e na problemática familiar das pessoas, para “driblarem” e traduzirem a frequente resistência da população à proposta de mudança de hábitos, conflitos e dificuldades de relacionamento com membros da própria comunidade e da equipe de saúde.

Ainda é possível considerar que os agentes necessitam de atenção para discernirem determinadas informações provindas da comunidade, família e indivíduos atendidos, conectando-as à equipe de trabalho de modo a promoverem benefícios à população assistida. É importante também que esses trabalhadores desempenhem habilidades para enfrentarem o dinamismo e as adversidades das questões sanitárias.

As participantes também expressaram as dificuldades de passar as informações aos moradores e a resistência deles em aceitar o que elas traziam. Relataram e se identificaram em vários momentos como, por exemplo, quando intermediavam famílias ou adolescentes usuários de drogas, soropositivos, pessoas violentas, entre outros. Esses aspectos podem ser compreendidos como

fatores de risco presentes no cotidiano laboral desses trabalhadores, pois estão desafiando suas condições internas e exigem uma resposta adaptativa. O ACS não deve estar tão próximo dessas situações, a ponto de ser prejudicado ou ferido, nem se afastar a tal ponto que isso impeça a sua intervenção.

Incertezas quanto ao futuro como ACS

Outra problemática que surgiu no contexto do grupo foi a ameaça de demissões, as quais provocaram constante incerteza, já que os profissionais não têm ideia de como seria o término da situação. Sabe-se que todos os membros da equipe devem ser concursados, contudo o processo de reorganização das equipes não foi claro e aberto, pelo contrário, foi cercado por mensagens incompletas e incertas, gerando sentimentos de insegurança e ansiedade por parte das participantes. Talvez, as participantes estivessem em busca de alguém que exercesse uma função continente, conforme Zimerman (2000) aponta. Esse autor cita que o *setting* grupal, exposto anteriormente, tem a função continente, ou seja, conter as angústias que ali emergem. Consideram-se necessários os suportes sociais que estabelecem esta função. Esses possibilitam a formação de dois fatores importantes ao sujeito, tais como a capacidade do indivíduo sentir-se cuidado, amado pelo outro e a delimitação de seu espaço quanto às responsabilidades e na participação de comunicação interpessoal. Ainda é relevante afirmar que é a função ativa do grupo acolher as angústias, decodificá-las em busca de um significado e um sentido para a vida do sujeito.

Término dos encontros

Ao aproximar-se do final dos encontros com as ACS, foi realizado um processo de desligamento, retomando o que foi trabalhado no decorrer dos encontros. Foi possível perceber que o grupo auxiliou no processo de elaboração das muitas questões discutidas. Essa elaboração consiste na aquisição de um *insight* total e definitivo, conseguido através da integração de *insights* parciais. Em grupoterapias, podem ocorrer algumas características específicas, nas quais os indivíduos têm ritmos diferentes em sua capacidade de elaborar e de fazer mudanças. Quanto mais sadio é um indivíduo num contexto grupal, mais possibilidades ele tem em desempenhar uma variedade mais ampla de diferentes papéis evolutivos. Porém, apesar das diferenças e particularidades, quando o grupo é coeso, o crescimento se processa de forma uniforme, sem discrepâncias

marcantes (ZIMERMAN, 2000). O grupo teve como função permitir a reflexão das capacidades individuais e das estratégias de como cada sujeito poderia enfrentar suas problemáticas pessoais. Com isso, ao término dessa atividade obrigatória do estágio, percebeu-se a riqueza da experiência, tendo em vista que proporcionou um espaço de aprendizagem além do âmbito de sala de aula. Do mesmo modo, a formação do grupo constitui-se como um momento importante para as ACS, pois esse espaço contribui para a reflexão de suas experiências laborais tanto quanto pessoais advindas do contexto subjetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dessa atividade contemplou dois aspectos diferentes, contudo igualmente importantes: formação profissional das acadêmicas de Psicologia e a disponibilidade e construção de um espaço livre de expressão e escuta das angústias laborais das ACS. Apesar de a atividade conter um planejamento inicial, necessitando um aprofundamento teórico, domínio do tema e das problemáticas inseridas no campo da Saúde Pública, foi exigida das acadêmicas flexibilidade para lidarem com as vicissitudes do presente e para alterarem o plano previsto.

Quando se iniciou o estágio, as agentes estavam inseridas na Unidade, desempenhando o papel de mediadoras entre esta e a comunidade. Devido às questões políticas e ao fato de elas não serem funcionárias concursadas pelo município, tornou-se inviável executar a proposta inicial. Nesse momento, elas precisavam expressar suas angústias, seus projetos futuros, seus sentimentos quanto ao desligamento dessa função. O grupo, dessa forma, precisou organizar-se e reorganizar-se com base nas demandas das participantes.

Ainda resta comentar que houve amadurecimento por parte das agentes participantes em relação à perda do trabalho. Isso foi demonstrado durante o processo do grupo, pois, no início, as agentes traziam demasiadamente suas questões, expressando, somente, visão negativa e empecilhos relacionados à demissão. Contudo, pôde-se perceber que, nos últimos encontros, a elaboração em relação à situação, à formulação de novas possibilidades de projetos profissionais e pessoais futuros e ao fortalecimento da capacidade no que se refere ao manejo de situações inesperadas, que causavam algum sofrimento psíquico, foi evidenciada em cada uma das participantes, respeitando o seu tempo e suas peculiaridades a partir do que é constituído enquanto sujeito.

O desafio assumido no início da proposta, a partir da postura incrédula e da resistência que a maioria dos ACS apresentou, foi outro marco importante

na construção dessa atividade. Essa dificuldade impactou as acadêmicas responsáveis pelo grupo, contudo não impediu que a proposta ocorresse com cinco participantes. O manejo dessas situações, apesar de ter sido desgastante para as alunas, enriqueceu a prática de estágio e motivou à realização de uma atividade de qualidade. Além disso, proporcionou o contato com a realidade do trabalho em equipe multiprofissional em Saúde Pública. A riqueza dos encontros e o benefício verbalizado pelas participantes indicaram que a atividade alcançou os seus objetivos, apesar da pequena aderência da equipe.

Dessa forma, pôde-se perceber que existia uma barreira entre a Psicologia e este grupo de agentes comunitários. A presente intervenção contribuiu na desmistificação de conceitos preestabelecidos a respeito da Psicologia em comunidade, bem como se aprimorou um olhar crítico, culminando em novas compreensões acerca do assunto abordado. Junto a isso, o grupo operativo proporcionou benefícios ao público-alvo no que tange à reflexão da sua atual condição, demonstrando que a Psicologia tem muito a contribuir nessa realidade. É necessário, assim que a Psicologia se insira cada vez mais nas comunidades, analise os contextos, identifique as demandas e proponha intervenções, buscando fortalecer seu espaço na comunidade e demonstrar suas potencialidades no trabalho em Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 51-60, fev. 2008.

BERSTEIN, M. Contribuições de Pichón-Riviére à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BRASIL. Lei nº. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. **Programas de agentes comunitários e saúde da família: PACS/PSF**, Brasília, DF, 1997.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CASTILHO, A. **Dinâmica do trabalho de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

CASTILHO, A. **A dinâmica do trabalho de grupo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 29, n.2 p. 176-183, 2007.

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

OSÓRIO, L. C.. **Grupos: teorias e práticas – acessando a era da grupalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PICHÒN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

YALOM, I. D.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

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