

**GRUPOS DE ENCONTRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA ATENÇÃO AO TRABALHADOR DE SAÚDE****Meeting groups in the Family Health Strategy: an attention to health workers**Marísia Oliveira da Silva¹, Daniele Alves Peixoto², Talina Bandeira Tavares da Nóbrega³**RESUMO**

O presente artigo relata a experiência vivenciada com os trabalhadores de uma unidade básica de saúde, do município de João Pessoa-PB. Identificando a necessidade de disponibilizar uma atenção à saúde dos trabalhadores de uma equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram criados “grupos de encontros”, espaço, onde, mensalmente, os trabalhadores têm podido compartilhar suas experiências de sofrimento tanto relacionadas ao trabalho quanto à vida de uma forma geral. A metodologia utilizada encontra-se ancorada nos fundamentos da psicologia humanista de Carl Rogers e da educação popular de Paulo Freire, sendo assim enfatizado o diálogo respeitoso, a troca de saberes, no processo de promoção da saúde, de autonomia e de empoderamento dos sujeitos. A experiência tem apresentado excelentes resultados em termos da melhoria da saúde dos profissionais da equipe envolvida, das relações interpessoais, do processo de trabalho, do fortalecimento dos vínculos solidários entre os trabalhadores e a comunidade, entre outros. Enquanto experiência vinculada ao projeto “Para Além da Psicologia Clínica Clássica”, da Universidade Federal da Paraíba tem também contribuído para a formação dos estudantes, no âmbito da atenção primária, especialmente no tocante à promoção da saúde dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVES: Grupos de Treinamento de Sensibilização; Saúde do Trabalhador; Programa Saúde da Família; Promoção da Saúde

ABSTRACT

This article reports the experience with the staff of a basic health unit in the city of João Pessoa-PB. Identifying the need to provide special attention to occupational health for members of a multidisciplinary team, in the Family Health Strategy, led to the creation of monthly “meeting groups”, where workers could share their experiences of hardships, related both to work and to life in general. The methodology employed is anchored in the foundations of Carl Rogers’ humanistic psychology and Paulo Freire’s popular education, thus emphasizing respectful dialogue, knowledge exchange, in the process of health promotion, autonomy, and empowerment of individuals. This experience has shown excellent results in terms of improving the health of the team’s practitioners, the interpersonal relationships and work process, strengthening the solidarity links between workers and the community, to name a few. As an experience linked to the project: “Para Além da Psicologia Clínica Clássica” [Beyond Standard Clinical Psychology], Federal University of Paraíba, it has also contributed to the professional training of students in primary care, especially regarding the promotion of workers’ health.

KEYWORDS: Sensitivity Training Groups; Occupational Health; Family Health Program; Health Promotion

¹ Marísia Oliveira da Silva, Professora doutoranda da Universidade Federal da Paraíba, do Departamento de Psicologia e coordenadora do projeto “Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré” E-mail < dmaris13@hotmail.com >

² Daniele Alves Peixoto, Estudante de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba e extensionista do Projeto “Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré”

³ Talina Bandeira Tavares da Nóbrega, Estudante de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba e extensionista do Projeto “Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré”

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família foi implementada pelo Ministério da Saúde com a finalidade de reorientar o modelo assistencial de saúde, a partir da atenção primária, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Estratégia foca a saúde integral da família, tendo suas ações voltadas para a promoção, prevenção, reabilitação e recuperação de doenças e agravos mais frequentes, além de contribuir para a manutenção da saúde dos indivíduos, família e comunidade.¹

Para sua operacionalização, é necessária uma equipe multiprofissional atuante em unidades básicas de saúde que são localizadas em áreas geograficamente delimitadas. Cada unidade básica de saúde é responsável por atender cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou mil famílias no seu território de atuação. As equipes multiprofissionais devem ser formadas, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Se ampliada, deve contar com dentista, auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene bucal.¹

Sendo concebida como a porta de entrada no SUS, a equipe multiprofissional, aí situada, deve estar consciente de que o papel que desempenha abre-se para além do tecnicismo hierarquizado. É um trabalho que exige interação social entre os trabalhadores, maior flexibilidade e horizontalidade nas relações de trabalho.² Nesse sentido, o Ministério da Saúde enfatiza que cada profissional deve “estar identificado com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo”.^{2,3}

Dessa forma, o trabalho na atenção primária requer a interação entre os trabalhadores de saúde e a comunidade para a resolução de problemas detectados. A intersetorialidade é uma importante parceira na solução das problemáticas de saúde que afetam a população no contexto pessoal, familiar e social, trabalhando na promoção da saúde, prevenção e reabilitação. Essa relação de trabalho em grupo, que exige adaptação e flexibilidade, aliadas às características individuais de cada cuidador, pode gerar o processo de estresse.⁴

Na dinâmica do trabalho, a equipe confronta-se com situações diversas e essas podem, de algum modo, causar irritação e conflitos no grupo. Essas situações podem levar a reações psicofisiológicas no trabalhador, ou seja, alterações no organismo de cunho físico e/ou psicológico. Se os conflitos não são ou ficam mal resolvidos, podem se tornar fonte de sofrimento do trabalhador, favorecendo assim o seu adoecimento.⁴

Essas situações que funcionam como estressores no trabalho e causam sofrimento ao trabalhador são deno-

minadas de riscos psicossociais.⁶ Segundo a definição da Organização Internacional do Trabalho (OIT), os fatores de risco psicossocial no trabalho são um produto da interação entre os aspectos profissionais e pessoais. As experiências e percepções de mundo do cuidador, nos diversos espaços que ocupa, influenciam tanto na sua saúde quanto no seu rendimento laboral.^{5,6}

Em relação à saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde assumiu e implementou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), cujo objetivo é o de reduzir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.⁷

Outra estratégia criada pelo Ministério da Saúde foi a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) que é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Ceresst), visando promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância.⁷

Além disso, já está em fase de construção a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS com expectativa de sua implementação para 2012. Em entrevista, o coordenador de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, Carlos Augusto Vaz, afirmou que a Política objetiva promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS, através do controle dos fatores de risco e da facilitação ao acesso às ações e serviços de atenção integral à Saúde.⁸

A saúde do trabalhador é um campo fértil de investigação, podendo ser encontradas várias pesquisas e publicações relevantes em relação ao tema. Entretanto poucos materiais específicos foram encontrados abordando as problemáticas referentes ao trabalhador de saúde, inserido na Atenção Primária. Percebeu-se, assim, que há ainda uma lacuna na literatura no que se refere ao trabalho desse profissional e seu sofrimento psicossocial, especialmente no que tange ao sofrimento produzido pelo próprio processo e organização do trabalho, em que a sobrecarga de atividades, os desafios e entraves colocados, no contexto atual da assistência viabilizada pelo SUS, são fatores geradores de stress e sofrimento do trabalhador inserido nesse âmbito da atenção.

Atentando para a necessidade de contribuir para a Saúde do trabalhador e responder a demanda trazida pelos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de João Pessoa-PB, o projeto de extensão universitária “Para Além da Psicologia Clínica Clássica: Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré”, da UFPB, criou, em 2008, o Grupo de Encontro “Cuidando do Trabalhador

de Saúde”, objetivando proporcionar um espaço onde os referidos profissionais pudessem compartilhar as questões relativas aos sofrimentos vivenciados, tanto no processo de trabalho quanto nas outras esferas da vida, de modo a se fortalecerem mutuamente frente aos mesmos.

O presente artigo visa descrever a experiência assim vivenciada, baseando-se nas observações e registros feitos pelas autoras, as quais são participantes do processo desenvolvido. Nessa direção, faz-se necessário, inicialmente, situar a prática social enfocada, no contexto da práxis do projeto de extensão, a partir do qual ela foi gerada.

Situando o Grupo de Encontro “Cuidando do Trabalhador de Saúde”, no Contexto dos Fundamentos Norteadores do Projeto “Para Além da Psicologia Clínica Clássica”

O projeto “Para Além da Psicologia Clínica Clássica” surgiu, em 2004, com objetivo de contribuir para a promoção da saúde dos moradores da comunidade, em novos moldes de atenção. Nesse sentido, tem construído, com os estudantes e professores de diferentes cursos, com os moradores da comunidade e equipe do PSF, ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Desde então, fundamentando-se nos pressupostos da educação popular (Freire) e da psicologia humanista (Rogers), vem desenvolvendo suas ações numa comunidade de baixa renda da cidade de João Pessoa-PB.

Fundamentando-se na educação popular proposta por Paulo Freire, as ações do projeto encontram-se comprometidas com uma práxis que possibilite aos sujeitos e grupos desenvolverem uma apreensão maior de sua realidade social e das possibilidades de sua transformação, assumindo, assim, o compromisso com os oprimidos e as condições de sua libertação. A palavra e o diálogo, estes, mediatizados pela realidade, são considerados fundamentais no processo de transformação dos sujeitos e do mundo. Partindo da realidade concreta dos moradores, tem-se valorizado o fazer conjunto, a troca de saberes e a importância da solidariedade entre os sujeitos.⁹

Sem perder de vista os referidos fundamentos da educação popular, o projeto também se norteia pelos fundamentos da psicologia humanista de Rogers, enfatizando as atitudes e os aspectos relacionais no contexto das ações construídas. Desse modo, considera que o pressuposto de que o crescimento pessoal, a autonomia do sujeito e a finalidade terapêutica são possibilitadas quando o facilitador ou terapeuta estabelece com o (s) sujeito (s) envolvido (s), uma postura autêntica, expressando abertamente os sentimentos e atitudes que ele experimenta no momento

do encontro com os mesmos. Atitude denominada pelos termos autenticidade ou congruência.¹⁰

Nessa perspectiva, é também enfatizada a atitude empática, ou seja, a capacidade do facilitador de perceber o mundo perceptual do outro, sentindo-se totalmente à vontade dentro dele, ao ponto de poder comunicá-lo. Isso requer estar sensível à experiência vivenciada pelo(s) sujeito(s), de modo a respeitar e acolher os significados e atributos dados às suas vivências.¹¹

Para tanto, é imprescindível que o facilitador ou terapeuta experimente em relação aos sujeitos um profundo e incondicional respeito, aceitação e confiança no potencial que estes têm para o crescerem no sentido de seu desenvolvimento e autonomia. Essa atitude foi denominada por Rogers de consideração positiva incondicional.¹¹ Encontra-se na base desses pressupostos, a crença na capacidade dos sujeitos de se autocompreenderem e se desenvolverem na direção de caminhos socialmente mais construtivos e criativo-transformadores. Premissa traduzida pelo conceito de tendência atualizante.¹¹

Foi norteando-se por esses fundamentos que Rogers criou, em 1970, uma modalidade de trabalho com grupos, a qual denominou de “Grupos de Encontro”. Modalidade de trabalho com grupo, que vem desenvolvida através do projeto, numa adaptação ao contexto comunitário popular. Mas o que vem a ser um Grupo de Encontro?

Grupos de Encontro

Grupo de Encontro é um espaço onde as pessoas podem se conhecer em um nível mais profundo e se comunicar de forma mais aberta e autêntica. É uma modalidade de grupo em que as pessoas podem descartar máscaras e papéis e expressar seu verdadeiro interior. É também uma oportunidade de explorar novas maneiras de ser e de se comunicar, aproximando os sujeitos, para além dos papéis a serem representados. É uma chance de se conhecerem simplesmente como pessoas encontrando outras pessoas. Possibilitando a quebra das barreiras de comunicação, permite que os seres humanos se aproximem de forma mais genuína entre si.¹¹

O facilitador de um grupo deste tipo pode ser descrito, como a própria palavra já expressa, não como um indivíduo que conduz o grupo para um objetivo. Pelo contrário, ele torna possível às pessoas se expressarem tal como são, permitindo às pessoas do grupo a determinarem a direção. Com o evoluir do processo grupal, cada pessoa passa a se expressar de forma mais autêntica. Nesse contexto, considera-se importante atentar para o fato de que

os participantes do grupo são pessoas que estão tentando tornarem-se seres humanos mais completos. Nesse sentido, a função do facilitador é de criar o clima para as pessoas emergirem, encorajando os outros a se expressarem e a encontrarem suas direções. O facilitador não é um elemento equidistante. Ele envolve-se com todos os membros. Ele desempenha tal função no início para que o grupo tome impulso, mas depois vai se tornando um membro do grupo e isto é um incentivo aos outros.¹¹

A experiência com grupos como esses tem demonstrado que o processo vivenciado evolui de um nível de comunicação mais superficial, inautêntico e hostil, para um nível de comunicação mais profundo, autêntico e de integração entre os seus participantes.

Do Grupo de Encontro Comunitário ao Grupo de Encontro Cuidando do Trabalhador de Saúde

O grupo de encontro comunitário foi criado como resposta a uma das solicitações feitas por uma das agentes comunitárias de saúde, a qual exerce uma liderança forte na comunidade. Esse grupo tinha como objetivo fortalecer os vínculos e a solidariedade entre os moradores da comunidade, de modo a ampliar a rede de apoio social já existente.

Nesse sentido, o grupo propunha-se, dentro dos moldes da psicologia humanista de Rogers, subsidiada pela dialógica de Freire, criar um espaço de trocas e aprendizados mútuos acerca das experiências, sofrimentos e enfrentamentos vividos, pelas pessoas, no cotidiano de suas vidas. Desse grupo, participaram agentes de saúde, estudantes e professores-coordenadores dos projetos, moradores da comunidade, um profissional voluntário da psicologia e estagiários do último ano de psicologia, sendo estes últimos, juntamente com a coordenadora do projeto, os facilitadores oficiais do grupo.^{9,11}

Os encontros aconteciam todos os sábados das 10h às 12h, num colégio do bairro. Os objetivos do grupo e as regras (por ele definidas) eram lembrados, no início de cada encontro. Como o grupo era aberto, a cada encontro, era feita uma apresentação dos participantes. Não havia uma questão pré-determinada a abordar, as questões emergiam do próprio grupo. Os facilitadores oficiais tinham a função de mediar as falas, favorecer as comunicações e problematizar alguns aspectos colocados para que se pudesse melhor refletir sobre determinadas vivências. Todos eram convidados a se envolver com o que estava sendo compartilhado no grupo. Ao final, era solicitado, aos participantes, que expressassem em uma palavra ou frase, o que se aprendeu naquele encontro.

A partir do sétimo encontro, ao qual a coordenadora não pode estar presente, o grupo passou a ter dificuldades de se reunir, até se optar por sua suspensão. Várias justificativas foram colocadas para essas dificuldades do grupo se reunir: a questão do horário, o qual dificultava as donas de casa de fazerem suas tarefas domésticas; o fato de alguns participantes estarem empregados; a dificuldade das pessoas entenderem os objetivos do grupo, entre outras. Justificativas não muito convincentes, tendo em vista a motivação, até então, demonstrada.

Entretanto, investigando melhor a situação, identificou-se o ressentimento de uma das agentes de saúde com o grupo, por esta sentir-se cortada e desconsiderada, por uma das estagiárias da psicologia, quando compartilhava sua experiência na última reunião. Essa agente, que também é uma das lideranças da comunidade, era uma das maiores incentivadoras do grupo, trazendo as pessoas para participarem do mesmo. Após esse desconforto, ela se mostrou desinteressada, o que repercutiu negativamente para a manutenção do grupo, contribuindo para a sua dissolução.

Após alguns meses, fomos convidadas, através de uma das agentes de saúde, a retomar o grupo, dessa vez, na unidade do PSF local, com o objetivo de contribuir para a promoção dos trabalhadores da equipe. A partir daí, o grupo “Cuidando do Trabalhador em Saúde”, como é chamado atualmente, vem se reunindo, uma vez ao mês, nas segundas-feiras, na própria unidade de saúde com o objetivo de criar um espaço de cuidado e atenção à equipe de Saúde da Família. Têm participado desses encontros, além da equipe de saúde, os apoiadores do Distrito II de Saúde, do município de João Pessoa, algumas lideranças da comunidade, estudantes e professores dos projetos.

Seguindo a mesma metodologia do grupo inicial, têm sido trabalhadas questões relacionadas ao processo de trabalho e também as de ordem mais pessoal. A proposta do grupo, que se assemelha ao do grupo de encontro comunitário, prevê o aprendizado e a inclusão dos integrantes da equipe no processo de facilitação do grupo, de modo a garantir sua continuidade, em qualquer espaço da comunidade, independente da presença do projeto. Coerentemente com a proposta, nos encontros do grupo não há uma necessidade de “intervenção psicoterapêutica,” no sentido de buscar interpretar, à luz de um modelo explicativo, a vivência dos sujeitos, mas sim de disponibilizar acolhimento, respeito e apoio social às pessoas, através do compartilhamento de sentimentos e aprendizados.

É interessante destacar que, inicialmente, algumas dificuldades se mostraram bastantes desafiadoras para as facilitadoras envolvidas com o processo do grupo na equipe

de saúde. Essas dificuldades se expressavam, sob a forma de medo, falta de confiança no grupo, superficialização na comunicação, emergência de conflitos, ressentimentos e fortes tensionamentos entre os profissionais da equipe, dúvidas e críticas sobre o papel terapêutico do grupo, falas polarizadas e falta de autonomia da maioria dos participantes do grupo. Situações que exigiram muita sensibilidade, escuta, transparência e grande habilidade das facilitadoras do grupo. Houve momentos em que se acreditava no fracasso do grupo.

Entretanto percebeu-se que as dificuldades vivenciadas refletiam os problemas e sofrimentos vivenciados nas relações, organização e processo de trabalho. À medida que o grupo foi facilitado a se expressar e se comunicar de forma mais autêntica, buscando solucionar os conflitos vivenciados, houve uma evolução na forma de as pessoas estarem juntas e se expressarem. A partir de então, passamos a evidenciar, o desenvolvimento da confiança no grupo, na sua potencialidade terapêutica; o processo de enfrentamento dos conflitos; a crescente participação e envolvimento dos integrantes no grupo; a expressão de falas mais profundas; o desenvolvimento dos vínculos de solidariedade entre os participantes; a melhoria e reorganização nas relações e processos de trabalhos; a promoção da saúde do trabalhador, entre outros.

Superada as dificuldades e entraves iniciais, a experiência tem demonstrado bons resultados, em termos dos objetivos propostos, uma vez que os participantes têm se mostrado muito estimulados em estarem presentes, chegando a se referirem verbalmente acerca da importância desse espaço em suas vidas. Além do bem-estar físico e mental experimentado, eles relatam sentirem uma maior aproximação em relação às pessoas da comunidade que fazem parte do grupo. Os estudantes dos diferentes cursos também têm se mostrado mobilizados com a experiência, compartilhando, com muita emoção e inteireza, suas próprias questões de vida, ao mesmo tempo que aprendem sobre a potencialidade do trabalho com grupos na atenção primária à saúde.

CONCLUSÃO

Evoluindo na direção do diálogo autêntico e profundo entre os profissionais da equipe, a experiência de grupo enfocada tem contribuído para a superação de vários conflitos vividos nas relações de trabalho, minimizando as situações de sofrimento no processo de trabalho e repercutindo na promoção da saúde dos trabalhadores. Experiência que reitera a importância do trabalho com grupos no âmbito da atenção primária e aponta os grupos de encontro como uma possibilidade, na atenção à saúde dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

O diálogo estabelecido entre a educação popular e a psicologia humanista, no processo descrito, tem se dado em bases teórico-epistemológicas totalmente novas, exigindo um maior aprofundamento que, nos limites desse artigo, não foi possível realizar. Tarefa que já vem sendo gestada pelas autoras.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface (Botucatu)*. 2001; 5(9): 150-3.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
4. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(1): 14-21.
5. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2008; 7(2):232-40.
6. Guimaraes LAM. Fatores psicossociais de risco no trabalho. 2º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho, 12, 13 e 14 de out de 2006. Goiânia, Goiás, Brasil.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Renast online: Enlace virtual da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador terá Política Nacional; [Citado 2011 ago 13]. Disponível em: http://www.renastonline.org/index.php?option=com_content&view=article&id=573:saude-do-trabalhador-do-sus-tera-politica-nacional&catid=30:clipping&Itemid=29
9. Freire, P. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
10. Hipólito, J. *Biografia de Carl Rogers. A pessoa como Centro*. São Paulo: Martins; 1999.
11. Rogers, C. *Grupos de Encontro*. São Paulo: Martins Fontes; 1978.

Submissão: Setembro/2011

Aprovação: Outubro/2012
