

ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO PARA AGENTES COMUNITÁRIAS EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE

Alessandra de Jesus dos Santos¹

Tamiles Cerqueira Lopes da Silva²

Paula Sanders Pereira Pinto³

Resumo

O objetivo deste trabalho foi analisar os resultados obtidos a partir de intervenções em grupo direcionadas para o acolhimento psicológico de agentes comunitárias em situação de estresse. As intervenções foram realizadas durante a atividade de extensão comunitária da UNIFACS, utilizando-se dinâmicas de grupo e rodas de conversa, por seis encontros, que ocorreram no Centro Comunitário do Bate Facho, SSA-Bahia, com quatro agentes comunitárias da localidade. O foco das intervenções foi no trabalho psicoeducativo para a redução do estresse. Identificou-se sintomas de estresse em todas as agentes, sendo que três estavam com estresse na fase de resistência. Após o trabalho de acolhimento psicológico as agentes relataram ter modificado alguns aspectos de suas vidas, reduzindo os sintomas de estresse.

Palavras-chave: Agentes comunitárias; Autoestima; Cuidador.

Abstract

The aim of this study was to analyze the results obtained from group interventions directed to the psychological care community agents under stress. The interventions were carried out during the community outreach activity UNIFACS, using group dynamics and conversation circles for six meetings, which took place at the Community Center Bate Facho, SSA-Bahia, with four community agents of the locality. The focus of the interventions was the psychoeducational work to reduce stress. It was identified symptoms of stress in all agents, and three were in stress resistance phase. After psychological care work the agents reported having modified some aspects of their lives, reducing the symptoms of stress.

Keywords: Community agents; Self-e'steem; Caregiver.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988. É um sistema que abrange todo o território brasileiro e está em constante processo de estruturação.

¹ Aluna do 4º semestre do curso de Psicologia da Universidade Salvador – UNIFACS. Contato: alessandrasantos.91@live.com

² Aluna do 5º semestre do curso de Psicologia da Universidade Salvador – UNIFACS. Contato: tamiles.live@hotmail.com

³ Doutora em psicologia do desenvolvimento pela UFBA e psicóloga, professora do curso de psicologia e coordenadora do Projeto de Extensão da Universidade Salvador – UNIFACS: Saúde integral, qualidade de vida, acessibilidade e preservação ambiental em espaços abertos urbanos: ações de conscientização na Comunidade de Bate Facho.

O acesso ao SUS deve ser gratuito e baseado nos seguintes princípios: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade refere-se à saúde como um direito de todos e um dever do Poder Público. A integralidade defende que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades das pessoas, de forma que garanta a oferta necessária, independente das condições econômicas, idade ou local de moradia. A equidade visa a redução das disparidades sociais existentes (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de colocar em prática as propostas do SUS e atender a todas as demandas de saúde da população foi criada a Atenção Primária à Saúde (APS), que foi se transformando ao longo dos anos a partir da influência de pensadores, políticos e profissionais ligados diretamente ou indiretamente à saúde. No Brasil a APS e a AB (Atenção Básica) são termos equivalentes. A Política Nacional de Atenção Básica define (PNAB) define a Atenção Básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades [...]. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que deve auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imprevisto ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 19).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a AB deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, próxima a vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial da população e seguir os princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, da integralidade da saúde, humanização, equidade e participação social. Seus serviços passam a ser centrais e referenciais para a população, sendo responsável de acompanhar o cidadão na sua trajetória pela rede de saúde. Trata-se de um elo de ligação entre todas as esferas da rede de atenção à saúde. As possibilidades de cuidado com o usuário são muitas, cabendo à equipe de saúde o papel de ouvir todas as demandas e saber encaminhar para o atendimento mais adequado, que vai desde a orientação, até os atendimentos médicos de mais alta complexidade (SOLHA, 2014).

As Unidades Básicas de Saúde da Família são consideradas como serviços de saúde que formam a AB. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, promulgou as diretrizes das

AB, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com base nesta portaria a AB é colocada em um nível central dentro do SUS, tornando-se responsável por coordenar a integralidade da assistência por meio da articulação das ações curativas, de promoção à saúde e de prevenção às doenças/agravos, entre outros aspectos. O trabalho em rede também foi implantado a partir da PNAB, tornando todos os níveis de atenção como parte de um mesmo plano, onde devem se comunicar constantemente entre si. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) articulam diversos serviços, em todos os níveis de atenção, com a finalidade de atender demandas específicas de saúde da população (SOLHA, 2014).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 como mais uma forma de abrangência do SUS. Desde 1990 já existia o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), que constava de equipes compostas por enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), capacitados para ações de prevenção e promoção de saúde. O PSF passou a atuar em substituição às práticas realizadas nos antigos postos ou centros de saúde. As primeiras equipes do programa eram constituídas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, tendo sido no Ceará o primeiro estado a implantar o PSF e o PACS (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Em 2012 o Programa tornou-se uma Estratégia, garantindo a continuidade do trabalho, já que um Programa pode terminar a qualquer momento. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) constituem-se como estratégias de mudança do modelo assistencial de saúde, realizando o primeiro nível de serviços e ações. Atua atendendo as necessidades básicas da população, de acordo com sua área de abrangência. Visa assim o acesso da população aos serviços e estratégias de cuidado (BRASIL, 2012). As equipes de saúde da família possuem uma capacidade grande de penetração na comunidade, o que os possibilita compreender com maior profundidade acerca dos determinantes de saúde (SOLHA, 2014).

A estrutura mínima de uma equipe de saúde da família é composta por um enfermeiro, um médico, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde. O número de ACS deve ser suficiente para atender a 100% da população cadastrada, sendo que cada ACS deve atender até 750 pessoas na micro área pela qual é responsável. Deve haver cerca de 12 ACS por equipe de saúde da família. Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, considerando o grau de vulnerabilidade das famílias daquele

território. Quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor o número de famílias por equipe (BRASIL, 2012).

A equipe de saúde da família precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária para desenvolver um processo de planejamento em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação das ações e serviços de saúde. Os enfermeiros têm a atribuição de coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas pelos ACS, assim como facilitar a relação entre os profissionais de saúde da Unidade Básica e os ACS, com o objetivo de organizar a atenção à saúde, qualificar o acesso e orientar a equipe de saúde no sentido de atender as prioridades com equidade, conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade e risco. São Competências para o Agente Comunitário de Saúde: o trabalho em equipe, mapeamento de sua área responsável ou territorialização, cadastro das famílias e atualização dos mesmos, visitas domiciliares, o planejamento das ações de saúde, desenvolvimento de ações com ênfase na prevenção e promoção de saúde, monitoramento de grupos específicos, a prevenção e o monitoramento das doenças prevalentes na área e o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2012).

O ACS desempenha o papel de mediador social, ou seja, funciona como elo entre a equipe e a comunidade. O papel do agente pode ser considerado a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde ou uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade. O ACS tem um papel fundamental na ESF, pois ele está mais próximo dos problemas que afetam diretamente a comunidade, auxiliando sua qualidade de vida (BRASIL, 2012).

A partir do que foi exposto, fica nítida a importância dos ACS no processo de cuidado à população dentro da proposta do SUS, entretanto, questiona-se acerca das condições de saúde e qualidade de vida desses profissionais considerados como um dos elementos chaves na Atenção Básica. Estudos indicam que as condições de trabalho do ACS podem gerar adoecimento devido a carga psíquica ocasionada por fatores físicos, biológicos, organizacionais e incidentes no processo de trabalho, sendo que doenças psicossomáticas são frequentes devido ao estresse (SANTOS & DAVID, 2011). Segundo Lipp e Malagris (2001, p. 477), o estresse pode ser definido como

Uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz.

O estresse apresenta quatro fases: 1) Alerta é a primeira fase do estresse e pode ser considerada como a fase positiva, pois o organismo se prepara automaticamente para a ação. 2) Posteriormente aparece a fase de resistência, quando a pessoa tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. 3) A terceira fase, quase-exaustão é caracterizada pelo enfraquecimento do organismo, que não está mais conseguindo se adaptar ou resistir ao fator estressor, nesta fase as doenças começam a surgir. 4) A fase de exaustão é a fase final do estresse, quando podem ocorrer doenças graves, inclusive a depressão (LIPP & MALAGRIS, 1995).

Fatores como as mudanças no estilo de vida, funções de trabalho exaustivas e intensas estão deixando a sociedade debilitada e conseqüentemente vulnerável ao estresse. Atualmente os indivíduos estão cada vez mais estressados, causando prejuízos relacionados à saúde, qualidade de vida e principalmente à sensação de bem-estar, tão pouco vivenciadas atualmente, pois a grande maioria não sabe como lidar com os possíveis causadores da doença (LIPP, 2004a).

A área de saúde é conhecida por ser uma atividade profissional estressante. É bastante comum a queixa de estresse por profissionais de saúde. Estudos demonstram que o trabalho dos ACS apresenta algumas situações na relação trabalhador-usuário que levam a um certo gasto de energia e adaptação devido ao contato direto com a realidade. O fato de morarem na área de trabalho, juntamente com as características pessoais do trabalhador, podem gerar um quadro de estresse (CUSTÓDIO et al., 2006).

Santos, Vargas e Reis (2014) indicam que as manifestações de estresse em ACS também podem estar relacionadas ao suporte que estes profissionais oferecem às equipes de saúde, indicando que além da sobrecarga com tarefas referentes à sua atribuição, muitas vezes precisam realizar tarefas de outros profissionais da equipe, devido à carência de recursos humanos nos serviços de saúde. Em decorrência disso, é comum referirem ansiedade tanto em relação à comunidade quanto em relação à equipe, comprometendo os cuidados com a saúde da população.

De acordo com Oliniski e Lacerda (2006), o cuidador enfrenta diversas situações e fatores no ambiente de trabalho que afetam a integridade física, psíquica e emocional. Sendo que, alguns causadores de estresse são os altos níveis de poluições sonoras, visuais, do ar, a falta de lazer, o espaço físico inadequado, a falta de material de trabalho, situações de risco de vida, a instabilidade no emprego e os baixos salários. Diante disto, ratifica-se a necessidade de

acolhimento direcionado para os cuidadores, especificamente para as ACS, uma vez que, estas dedicam boa parte do seu tempo para o cuidado do outro e pouco para o autocuidado.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013, p. 7 – 8).

Caso durante as intervenções a equipe de saúde se deparar com situações conflituosas ou de difíceis resoluções, estes podem apresentar alterações psicofisiológicas, que podem levar a alterações no organismo com sintomas de estresse físico e/ou psicológico (CUSTÓDIO et al., 2006).

Compreendendo a abrangência das ações desempenhadas pelos ACS no cenário da Saúde Pública Brasileira e o fato destes constituírem um primeiro contato entre a unidade de saúde e a população de seu território de abrangência, considera-se que é suma relevância dispensar atenção aos mesmos e se investigar acerca desta categoria profissional e a sua relação com as condições de trabalho, de modo a produzir um conhecimento profícuo que convirja à qualidade de vida dos ACS.

Este estudo teve como objetivo analisar os resultados obtidos de intervenções em grupo direcionadas para o acolhimento psicológico de agentes comunitárias em situação de estresse. A relevância social deste estudo pauta-se, na conjuntura política de um município, estado e país cujo sistema de saúde estrutura-se a partir da Atenção Básica e no qual a produção científica, parece ser incipiente acerca desta temática.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, exploratório e de campo, desenvolvido na Comunidade do Bate Facho, invasão localizada entre o bairro do Imbui e Parque de Pítuaçu, na cidade de Salvador-BA. Fizeram parte deste projeto, quatro alunas voluntárias do curso de Psicologia da UNIFACS, responsáveis pela elaboração e execução das atividades realizadas, sob a orientação e supervisão da coordenadora do projeto, que esteve presente durante todo o processo de intervenção.

O projeto iniciou-se em 2015.2, durante a extensão comunitária da Universidade Salvador – UNIFACS, cujo título foi “Saúde integral, qualidade de vida, acessibilidade e

preservação ambiental em espaços abertos urbanos: ações de conscientização na Comunidade do Bate Facho”. Este foi composto por duas etapas. A primeira etapa foi realizada em outubro de 2015, com o objetivo de realizar atividades de psicoeducação com assuntos relacionados a saúde e qualidade de vida dos moradores do Bate Facho, entretanto no decorrer das intervenções e conversas com as agentes comunitárias, verificou-se que estas apresentavam demandas de saúde, com relatos de sintomas físicos e psicológicos associados ao estresse.

Nesta primeira etapa as participantes foram acompanhadas pelas agentes comunitárias e foi possível realizar uma entrevista semiestruturada com alguns moradores em suas residências. A partir desta entrevista percebeu-se entendimento por parte dos moradores sobre saúde e qualidade de vida e satisfação com os serviços prestados pelas agentes comunitárias. Considera-se que esta primeira etapa do projeto foi de extrema importância para o conhecimento das demandas não da comunidade, mas dos cuidadores representados pelas agentes comunitárias.

A segunda etapa iniciou-se em março de 2016, incluindo intervenções com as ACS. Inicialmente realizou-se uma reunião com as agentes com o intuito de expor os objetivos do projeto. Após demonstrarem disponibilidade e interesse em participar do mesmo foi elaborado um planejamento das intervenções com previsão de seis encontros com duração de duas horas com periodicidade quinzenal, entre os meses de março e junho de 2016.

Os encontros com as ACS foram realizados no Centro Comunitário de Bate Facho, antiga Associação de Moradores e os encontros de planejamento do Projeto aconteceram na Universidade Salvador – UNIFACS. Todas as intervenções foram pautadas na perspectiva do acolhimento, baseando-se em uma escuta qualificada de acordo com as demandas identificadas, priorizando a aproximação e a formação de vínculo.

No segundo encontro com as ACS aplicou-se o Inventário de Stress de Marilda LIPP (2004b), com o objetivo de avaliar a existência ou não de sintomas de estresse, a origem desses sintomas (de ordem psicológica, física ou fisiológica) e a fase do estresse. As fases possíveis são: alerta, resistência, quase-exaustão ou exaustão. Posteriormente, as Agentes foram submetidas a uma técnica de relaxamento, com duração aproximada de 30 minutos, conduzida por um psicólogo convidado, que constava de automassagem e técnicas de para melhorar a respiração, com o objetivo de aliviar a tensão muscular e o estresse. Após o relaxamento foi recomendado que elas dedicassem um tempo do dia para praticar os exercícios que foram instruídos, com o intuito de proporcionar qualidade de vida.

No terceiro encontro aplicou-se a ferramenta Roda da Vida, um instrumento muito utilizado pelo *coaching*. Para Elisa e Yoshida (2007), o coaching tem como objetivo ajudar o indivíduo a resolver seus problemas e a transformar o que aprendeu em resultados positivos para si e para a equipe a qual lidera. Funciona como um gráfico de pizza que pode ser dividido em 8 a 12 partes representando as áreas da vida de uma pessoa: relacionamento, qualidade de vida, profissional e pessoal. Com o objetivo de qualificar e quantificar o grau de satisfação, deve-se atribuir uma nota (de 0-10) de acordo com cada área. Após o preenchimento do gráfico, houve compartilhamento das respostas.

No quarto encontro deu-se continuidade ao compartilhamento das respostas referentes ao instrumento roda da vida realizado no encontro anterior. Posteriormente realizou-se a dinâmica Corredor do Cuidado, com o objetivo de estimular a prática do cuidado entre as ACS, ou seja, o cuidado com o cuidador. Inicialmente solicitou-se que ficassem de pé e com os olhos fechados, enquanto ouviam uma música relaxante. Em seguida, organizou-se as ACS em duplas, sendo necessário estarem de frente para outra, com o intuito de formar um corredor. A partir disto, as organizadoras retiraram a Agente localizada na ponta direita, conduzindo-a a passar através do corredor para que as demais pudessem tocá-la enquanto estivesse passando pelo corredor, em seguida uma das organizadoras à recebeu com um abraço e a conduziu de volta ao corredor, com a instrução de que deveria cuidar próxima agente da mesma forma que foi cuidada. Em seguida, outra Agente foi conduzida pelo corredor, e assim sucessivamente, até que a última recebesse os cuidados. Ao findar a dinâmica, iniciou-se um momento de reflexão sobre as proporções da atividade em termos de cuidado.

No quinto encontro, discutiu-se temas relacionados a autoestima, satisfação pessoal, importância do autocuidado e do autoconhecimento, a fim de contextualizar e iniciar a dinâmica do espelho. Questionou-se para as ACS qual presente gostariam de receber, o que ou quem é a pessoa que considera mais importante. Em seguida, foi relatado que dentro da caixa iriam encontrar o melhor presente que poderiam receber, sendo assim, cada uma deveria levantar-se para olhar o interior da caixa, reconhecer qual o seu presente e manter-se em silêncio. Durante a dinâmica houve a declamação do poema “Quando me amei de verdade” (MCMILLEN & MCMILLEN, 2011), tendo como objetivo sensibilizá-las quanto a percepção e valorização da autoestima. Após a conclusão da dinâmica, as Agentes relataram seus sentimentos e reflexões suscitadas durante a atividade.

O sexto encontro foi destinado ao *feedback*, compartilhamento de percepções e resultados refletidos na vida pessoal e profissional proporcionados pelas intervenções. Na ocasião foi distribuída uma folha de papel com uma boneca impressa e lápis de cor para cada agente. Estas foram instruídas a preencher individualmente as três áreas da boneca com os seguintes aspectos: *como você se percebe, como percebem você e como gostaria de ser percebida*. Após esta etapa houve o momento de compartilhar o que cada uma escreveu. Esta dinâmica teve como objetivo confrontar os três aspectos mencionados anteriormente. Em seguida, foi sugerido a confecção de cartas destinadas para a colega de trabalho de acordo com o resultado do sorteio realizado com o intuito de direcionar as cartas. Os materiais disponibilizados foram papéis e lápis de cor. Verificou-se a dedicação na elaboração e posterior leitura das cartas.

Vale ressaltar que o final de cada encontro foi destinado para *feedback* das Agentes, com relação às atividades propostas para o dia. Durante esse tempo, as alunas voluntárias e a orientadora do projeto fizeram pontuações e sugestões direcionadas para a prática da atenção em saúde e bem-estar do cuidador.

Após a finalização do processo de intervenção grupal com as Agentes, os resultados obtidos foram analisados qualitativamente, através da análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977). Ratifica-se que este trabalho fez parte do projeto de extensão comunitária da UNIFACS, que tem por objetivo estimular o aluno a aplicar os conhecimentos adquiridos na sala de aula, interagir constantemente com a sociedade, desenvolver campos de práticas integrados em territórios específicos, promover a produção de conhecimento interdisciplinar e estimular o compromisso social dos estudantes durante a formação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De um total de cinco Agentes Comunitárias que trabalhavam na Comunidade do Bate Facho, Salvador-Bahia, quatro compareceram na entrevista inicial e decidiram participar do projeto, o que demonstrou que a proposta foi bem aceita pelas mesmas. Foi relatado pelas ACS, a carência de formação profissional e a privação de conhecimentos necessários e estratégias para lidar com o estresse, que em sua maioria era desencadeado pelas funções do trabalho.

Com o objetivo de avaliar o estresse das ACS, antes de iniciar as oficinas com as mesmas, decidiu-se aplicar o Inventário de Stress de Marilda Lipp (2004b). Apesar de todas

relatarem viver em situação de estresse, após a análise dos itens respondidos no Inventário, verificou-se que três das quatro ACS apresentavam um quadro de estresse na fase de resistência, com uma sintomatologia predominantemente psicológica, porém apresentavam também sintomas físicos, indicando no momento uma possível tendência mista ao estresse. A partir dos sintomas característicos da fase de resistência, é possível observar que é necessário tomar medidas para que o indivíduo não adentre na fase de quase exaustão.

De acordo com Lipp (2004), a fase de resistência ocorre quando a fase de alerta continua ou novos estressores se acumulam, o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia, se adapta ao problema ou elimina. Quase Exaustão é quando a tensão excede o limite que o organismo pode gerenciar, nesse caso a resistência física e emocional começa a se quebrar.

Apesar de uma das ACS ter tido resultado negativo para o estresse, houveram relatos e queixas de questões físicas como insônia, problemas com a memória, hipertensão arterial, excesso de gases e questões psicológicas como diminuição da libido e sensação de incompetência em diferentes áreas da vida.

De maneira geral, queda de produtividade, desmotivação, irritação e impaciência no trabalho, dificuldades interpessoais, desânimo, relações afetivas conturbadas, doenças físicas, depressão e ansiedade foram alguns aspectos identificados nas ACS que faziam parte de um quadro de stress, após a verificação dos resultados do Inventário de Stress de Marilda LIPP. Santos e David (2010), em estudo descritivo realizado na cidade do Rio de Janeiro, também encontraram como fatores que interferem na saúde dos ACS o baixo reconhecimento profissional por parte da gestão e da população atendida, a intensidade e ritmo de trabalho.

As ACS relataram a importância do cuidado com o cuidador. E dentre as atividades aplicadas, a dinâmica do corredor do cuidado, realizada no quarto encontro, tomou proporções maiores do que foi previamente planejado. O quinto encontro trouxe importantes reflexões e contribuições para as ACS no que diz respeito a autoestima, através da dinâmica do autorretrato. Ao final do encontro, durante o tempo destinado para o *feedback* das atividades aplicadas, percebeu-se no discurso das ACS voltado para a valorização do cuidado com a colega de trabalho, as contribuições do outro para a formação da autoestima, a formação de vínculo, o compartilhamento de histórias de vida e principalmente a autoconfiança.

A partir dos relatos e das observações durante a realização das intervenções, foi possível constatar que todas as Agentes precisavam cuidar mais de si, cuidar uma das outras e das próprias famílias, além de reconhecer a necessidade de dar limites para a comunidade no

sentido de saber separar os horários de trabalho dos horários pessoais. Inicialmente as agentes sentiam-se culpadas ao impor limites para os moradores, mas com o trabalho realizado durante o projeto de extensão foi possível que elas repensassem sobre suas vidas e passassem a respeitar seus horários de trabalho.

Considera-se que um fator que contribui para o desgaste físico e emocional das ACS é o fato de possuírem uma característica singular ao residir no mesmo ambiente de trabalho, motivo que conseqüentemente leva as Agentes a não terem um horário de trabalho definido, por isso é muito comum que elas sejam solicitadas durante os horários de folga ou no final do expediente, enquanto poderiam estar atendendo suas demandas pessoais. Tais resultados corroboraram com o estudo de Santos e David (2011), que encontraram um ritmo de trabalho muito intenso nesta categoria profissional. Custódio et al. (2006) e Santos, Vargas e Reis (2014) também salientaram que o fato de que morarem na área de trabalho pode contribuir para um quadro de estresse nas ACS, somado a problemas de saúde e características pessoais dos indivíduos.

Notou-se um estreitamento dos vínculos de amizade entre as Agentes, que começavam a se apoiar mais afetivamente umas nas outras no sentido de vencerem o estresse, os problemas emocionais e até os problemas referentes a organização do trabalho. O autocuidado das ACS passou a ser desenvolvido após ser ofertado esse espaço de revelação de demandas emocionais no grupo. De acordo com Santos, Vargas e Reis (2014) os conflitos interpessoais podem ser estressores mais significativos do que a relação com os clientes. Neste sentido o fato das Agentes Comunitárias terem desenvolvido entre si uma relação de amizade pode gerar uma minimização das fontes de estresse, além de gerar recursos positivos para lidar com o mesmo. Ao final dos seis encontros de intervenção as agentes relataram ter modificado alguns aspectos de suas vidas, reduzindo os sintomas da doença.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o estudo realizado tem implicações para o campo da psicologia inserida na comunidade. O trabalho desenvolvido no projeto de extensão permitiu o desenvolvimento da capacidade de síntese durante a produção dos relatórios, sugestão de estratégias, planejamento de ações e desenvolvimento de intervenções, de acordo com as demandas identificadas.

No início do projeto, verificou-se relutância por parte de algumas das ACS quando determinados temas eram abordadas nas reuniões, tais como relacionamento interpessoal, família, dificuldade em dizer “não” e o limite de horário do trabalho. Tal relutância pode ter dificultado o resultado do projeto, entretanto, reconhece-se que seja um fenômeno natural em intervenções de origem psicológica. Na medida em que as reuniões aconteciam, tais temas foram trabalhados e as Agentes puderam expressar e compartilhar suas emoções e opiniões. Acredita-se que caso houvessem mais encontros as ACS se sentiriam mais confiantes em se expressar no grupo e as melhoras seriam mais evidentes.

Através das intervenções constatou-se que o vínculo entre as ACS foi fortalecido, as atividades contribuíram para que elas pudessem desenvolver o autoconhecimento e valorizar a autoestima, além de oferecer estratégias para controlar o estresse, como alimentação, exercícios físicos, lazer, entre outros. Conforme o objetivo do projeto foi possível alinhar a teoria com a prática durante cada encontro, possibilitando um olhar e uma compreensão mais ampliada sobre as questões sociais.

Através da revisão de literatura identificou-se a escassez de trabalhos, na área da psicologia, sobre o cuidado com o cuidador e a valorização do profissional direcionado às agentes comunitárias. Por isso, se faz necessário a realização de pesquisas voltadas para esta temática. Considera-se de extrema importância ter um olhar voltado para os trabalhadores de saúde pública desde a graduação em psicologia, para que assim, sejam desenvolvidas a sensibilidade e uma prática profissional humanizada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 25, p.1103-1112, maio 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF), 2013. Disponível: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

CUSTÓDIO, L. C.; PRATA, F. S.; SENÁBIO, G.; BRAGA, J. F.; SILVA, L. A.; MORREALE, P. G.; COSTA-VAL, R. Avaliação do estresse ocupacional em agentes

comunitários de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Brasileira Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.2, n.7, out. dez. 2006.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 475-490.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. Manejo do estresse. In: RANGÉ, B. (Ed.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicação e problemas**. Campinas: Psy II, 1995. p. 279-92.

LIPP, M. E. N. (Org.). **Stress no Brasil: Pesquisas avançadas**. Campinas: Ed. Papyrus, 2004. a.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b.

MCMILLEN, Kim; MCMILLEN, Alisson. **Quando me amei de verdade**. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2003.

ELISA, S. A. M.; YOSHIDA, M. P. Coaching de executivos: adaptação e estágio de mudanças. **Psicologia: Teoria e Prática**. v.9 n.1 São Paulo jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v9n1/v9n1a07.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

OLINISKI, A. R.; LACERDA, M. R. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 100-4, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a19v59n1.pdf>> Acesso em: 26 set. 16.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 52-7, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a09.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SANTOS, I. E. R.; VARGAS, M. M; REIS, F. P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia, organizações e trabalho**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2014.

SOLHA, R. K. T. **Saúde coletiva para iniciantes: políticas e práticas profissionais**. 2.ed. São Paulo: Érica, 2014.