

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

**ANALISANDO UMA ABORDAGEM
EDUCATIVA EM SAÚDE:
O CASO DA OFICINA DO CAISM**

UNICAMP
2001

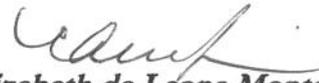


UNIDADE 73C
N.º CHAMADA:
T/Unicamp
024a
V. Ex.
TOMBO BC/ 45488
PROC. 16/392/04
C D
PREC. 11,00
DATA 31/07/01
N.º CPD

CM00158093-9

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Campinas, 9 de Fevereiro de 2001.



Prof. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke
Orientadora

ANALISANDO UMA ABORDAGEM EDUCATIVA EM SAÚDE: O CASO DA OFICINA DO CAISM

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Professora Doutora Elizabeth De Leone Monteiro Smeke

UNICAMP

2001

200115625

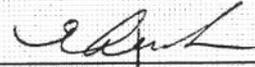
- OL4a Oliveira, Nayara Lúcia Soares de
 Analisando uma abordagem educativa em saúde: o caso da oficina
 do CAISM / Nayara Lúcia Soares de Oliveira. Campinas, SP : [s.n.],
 2001.
- Orientador : Elizabeth De Leone Monteiro Smeke
 Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas.
1. Educação Sanitária. 2. Saúde –Métodos de Ensino. 3.
 Formação Profissional. I. Elizabeth De Leone Monteiro Smeke. II.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
 III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

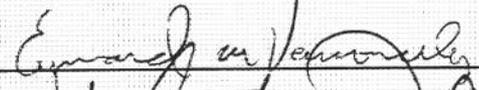
Orientador: Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

Membros:

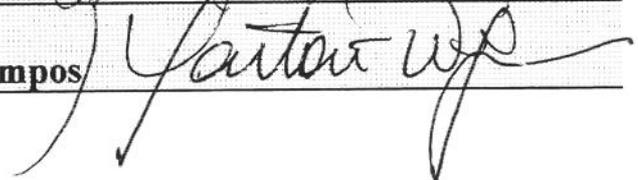
1. Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke



2. Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos



3. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 09/02/2001

Dedicatória

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde que continuamente se envolvem com o que fazem e procuram se perceber e aos outros com os quais fazem contato, acalentando um sonho de uma sociedade mais solidária, fomentando práticas mais constituidoras de sujeitos.

Dedico este trabalho especialmente a meus filhos, Filipe e Amanda, a meu marido, Valter, a meus pais, José e Neyde e irmãs, Lilian e Soraia, e às minhas queridas amigas laceanas, que a todo momento ajudam a me tornar mais sujeito.

Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar, à maneira como fui acolhida e incentivada pelos membros do Laboratório, particularmente pelas coordenadoras da Oficina, quando concordaram em colocar sua experiência e atuação como foco de estudo desta dissertação, inclusive disponibilizando o trabalho de análise já realizado, apoiando esta iniciativa.

Gratidão e reconhecimento especial faço à minha colega de trabalho, amiga e conselheira, Maria Sílvia (Sissa) Coutinho Carvalhal que, cotidianamente, me ajudou a frutificar reflexões e a produzir experiências muito caras ao meu aprendizado como educadora e também à Solange L'Abbate, por sua disponibilidade em combinar experiência docente e teorizações no campo da Educação em Saúde, contribuindo para o crescimento do trabalho do Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde (LACES) desde sua fundação, e especialmente por seu envolvimento pessoal em viabilizar condições institucionais de desenvolvimento das atividades.

Agradecimento especial faço também às laceanas Maria Cecília Masselli, Carla Maria Vieira e Elizabeth Smeke, e à colega de Departamento Rosana Onocko que se envolveram, se dedicaram, fizeram sugestões e muito me apoiaram em vários momentos da construção deste texto, mas principalmente na realização do grupo focal, trazendo fundamentais contribuições para este produto.

Às psicodramatistas Stella Fava (da Escola de Formação em Psicodrama “Arvoredo”) e Carla Maria Vieira, agradeço por me ajudarem a entender questões teóricas e de análise do uso de técnicas da Socionomia moreniana, como o “objeto intermediário” desenvolvido por ROJAS-BERMÚDEZ (1981) e as utilizadas no trabalho sobre a clientela institucional, papel profissional e papel de educador.

Manifesto também meus agradecimentos às profissionais de saúde do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que se envolveram em participar da coleta de dados, oferecendo seu tempo, energia, reflexões e afetos valiosos, seja nos contatos que estabelecemos durante a investigação, seja em momentos de encontro posterior, onde expressavam sua vontade de ver um produto final que nos fortalecesse a todos, principalmente, a proposta e a perspectiva adotada pelo Laboratório. No caso da coordenadora do setor que solicitou a Oficina, sua disposição e indicações de novas informações, contatos institucionais e textos a respeito do setor e da instituição, muito contribuíram para a análise realizada.

Ao mesmo tempo quero me regozijar e obviamente agradecer à minha orientadora que esteve presente todo o tempo, acompanhando meus passos, criticando-me com doçura, estimulando minhas reflexões e olhares sobre o objeto, com textos e posicionamentos ricos, que me fizeram crescer muito.

Sou especialmente grata à minha família, meu marido, meus filhos, meus pais e meus sogros, que aturaram minha obsessão pelo trabalho e me apoiaram em momentos cruciais para a realização deste produto. Tenho particular gratidão com a pessoa que cuida de meus filhos, que cotidianamente me amparou nas tarefas domésticas e com meu marido que me apoiou emocional e financeiramente na concretização deste projeto e cujas reflexões esclarecedoras enriqueceram a finalização do texto.

Congratulo-me com meus amigos e colegas de Departamento, que compreenderam meus afastamentos, exercitando sua paciência e afeto por mim e pela tarefa que me propus e com os membros da banca do exame de qualificação que, com suas observações agudas, puderam contribuir muito com o aperfeiçoamento do trabalho que vinha sendo feito.

Sou especialmente grata a Naila Takahashi pela dedicação e presteza com que cuidou dos originais, a Danilo Pacagnella pela competente tradução do resumo cheio de termos incomuns e à professora Maria José Teodoro Carreira Rei pelo fiel trabalho de correção do texto segundo às normas bibliográficas da Faculdade.

Agradeço também às secretárias do Departamento de Medicina Preventiva e Social, especialmente à da Comissão de Pós-graduação, que sempre estavam disponíveis para ajudar-me no seguimento das normas acadêmicas e nas dificuldades com os computadores do Departamento.

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas	xii
Lista de quadros	xiii
Resumo	xiv
1. Introdução	1
1.1. Contextualizando, justificando e problematizando o tema	4
1.2. Referenciando teórico-metodologicamente a abordagem educativa em saúde analisada	11
1.2.1. A formação profissional, a educação em saúde e a consolidação do SUS	13
1.2.2. O trabalho em saúde e a formação dos profissionais	15
1.2.2.1. Breve panorama sobre a situação atual da formação dos profissionais de saúde e algumas propostas de enfrentamento da questão	20
1.2.3. A reorientação da educação em saúde: a valorização dos sujeitos sociais e a mudança de objeto	28
1.2.3.1. Educação em saúde e o sujeito consumidor de tecnologia biomédica	29
1.2.3.2. Educação em saúde e o sujeito reformador	33
1.2.3.3. Educação em saúde hoje	37
1.2.3.4. Educação em saúde e desafios para mudança	43
1.2.4. A educação e os discursos sobre o fenômeno educativo	47
1.2.4.1. Discurso tradicional dominante	49
1.2.4.2. Discurso humanista e anti-autoritário	52
1.2.4.3. Discurso da educação popular problematizadora	54
1.2.4.4. Discurso construtivista	58
1.2.5. A afetividade no contexto educativo	62
1.2.5.1. A correlação afetivo-cognitiva do Grupo Operativo num processo de ensino-aprendizagem	63
1.2.5.2. A correlação afetivo-cognitiva da socionomia moreniana, através do método educacional psicodramático e do teatro espontâneo	67
1.2.5.3. A correlação afetivo-cognitiva da dinâmica de grupo em oficina baseada em Lewin	83
2. Objetivos	95

2.1. Geral	96
2.2. Específicos	96
3. Método	97
3.1. Procedimentos metodológicos	102
3.1.1. As entrevistas	105
3.1.2. O grupo focal	113
4. Resultados e análises anteriores às entrevistas e grupo focal	116
4.1. Contexto de realização da Oficina	117
4.1.1. O CAISM	117
4.1.1.1. Um pouco de história	117
4.1.1.2. Estrutura atual e atuação das oficinas	119
4.1.1.3. Visões sobre atendimento, a demanda e outras atividades educativas voltadas para temática	123
4.1.2. O LACES	129
4.2. A atividade educativa: descrição e processamento	131
4.2.1. Antes da Oficina	131
4.2.2. Desenvolvimento dos trabalhos	134
4.2.3. Produtos indicados a partir do retorno dos questionários avaliativos	147
4.2.4. Produtos desencadeados a partir da Oficina	148
4.3. Análise dos questionários avaliativos e de continuidade respondidos pelas participantes imediatamente após a Oficina	149
4.3.1. Análise das respostas referentes à avaliação	150
4.3.2. Análise das respostas referentes à continuidade	156
4.3.3. Questões a serem consideradas na análise	158
5. Análise das manifestações dos sujeitos envolvidos na realização da Oficina do CAISM	159
5.1. Conseqüências para as oficinas	162
5.1.1. Análise somativa	162
5.1.1.1. Repercussões diretas	162
5.1.1.2. Repercussões indiretas	169
5.1.1.3. Insuficiências	178
5.1.2. Análise formativa	183
5.1.2.1. Lembranças marcantes	183

5.2. Conseqüências para a equipe de coordenação	193
5.2.1. Análise somativa	193
5.2.1.1. Repercussões diretas	193
5.2.1.2. Repercussões indiretas	195
5.2.1.3. Insuficiências	198
5.2.2. Análise formativa	200
5.2.2.1. Lembranças marcantes	200
5.3. Conseqüências para a demandante institucional	204
5.3.1. Análise somativa	204
5.3.1.1. Repercussões diretas	204
5.3.1.2. Repercussões indiretas	205
5.3.1.3. Insuficiências	206
5.3.2. Análise formativa	206
5.3.2.1. Lembranças marcantes	206
6. Análise das polêmicas relativas à abordagem em Oficina	209
6.1. As polêmicas nas entrevistas das oficinandas	209
6.1.1. A expressão de sentimentos, opiniões e conteúdos pessoais nas vivências	209
6.1.2. O vivenciar sentimentos frente ao trabalho teórico-reflexivo	215
6.1.3. O objeto da educação em saúde na Oficina: informação em saúde ou relação entre profissional – pessoa em cuidado	217
6.2. As polêmicas, a continuidade e sugestões de aperfeiçoamento apontadas no grupo focal	219
6.2.1. O vivenciar sentimentos frente ao trabalho teórico-conceitual	219
6.2.2. A expressão de sentimentos, opiniões e conteúdos pessoais nas vivências	222
6.2.3. O objeto da educação em saúde na Oficina: informação em saúde ou relação entre profissional – pessoa em cuidado	229
6.2.4. A continuidade: alguns esclarecimentos	236
6.2.5. Limitações e sugestões de aperfeiçoamento	236
6.3. Considerações da equipe de coordenação sobre as polêmicas	238
7. Discussão: comparando as manifestações dos sujeitos envolvidos	242
7.1. Coincidências, disparidades e complementaridades para as oficinandas	243
7.1.1. Análise somativa	243

7.1.1.1. Quanto às repercussões	243
7.1.1.1.1. Diretas	243
7.1.1.1.2. Indiretas	245
7.1.1.2. Quanto às insuficiências	248
7.1.2. Análise formativa	250
7.1.2.1. Quanto às lembranças marcantes	250
7.2. Coincidências, disparidades e complementaridades para as coordenadoras frente às manifestações das oficinas	257
7.2.1. Análise somativa	257
7.2.1.1. Quanto às repercussões	257
7.2.1.1.1. Diretas	257
7.2.1.1.2. Indiretas	257
7.2.1.2. Quanto às insuficiências	259
7.2.2. Análise formativa	261
7.2.2.1. Quanto às lembranças marcantes	261
7.3. Coincidências, disparidades e complementaridades para a demandante institucional frente às manifestações das oficinas e das coordenadoras	263
7.3.1. Análise somativa	263
7.3.1.1. Quanto às repercussões	263
7.3.1.1.1. Diretas	263
7.3.1.1.2. Indiretas	263
7.3.1.2. Quanto às insuficiências	264
7.3.2. Análise formativa	265
7.3.2.1. Quanto às lembranças marcantes	265
7.4. Coincidências, disparidades e complementaridades quanto aos questionários avaliativos	267
8. Propostas de aperfeiçoamento da abordagem em Oficina	270
8.1. O vivenciar os sentimentos frente ao trabalho teórico-reflexivo	271
8.2. A expressão de sentimentos, opiniões e conteúdos pessoais nas vivências	275
8.3. O objeto da educação em saúde na Oficina: informação em saúde ou relação entre profissional – pessoa em cuidado	280
9. Summary	284
10. Referências Bibliográficas	285
11. Anexos	293
11.1. Anexo 1 - Relatório comentado	293

11.1.1. Programa da Oficina	304
11.1.2. Perguntas a respeito do processo que se inicia	307
11.1.3. Desejos, medos, perfil do grupo e palavras associadas à mulher	309
11.1.4. Contrato grupal	311
11.1.5. Elementos identificados a respeito de saúde	312
11.1.6. Conceitos de saúde e de doença	313
11.1.7. Elementos identificados na construção do processo educativo	314
11.1.8. Questionário de avaliação	315
11.1.9. Questionário de continuidade	316
11.1.10. Convite para reunião de avaliação	317
11.1.11. Pontos levantados durante reunião avaliativa	318
11.2. Anexo 2 – Roteiro da entrevista piloto	319
11.3. Anexo 3 – Roteiro de entrevista com oficinandas	320
11.4. Anexo 4 – Roteiro de entrevista com demandante institucional	321
11.5. Anexo 5 – Roteiro de entrevista com coordenação	322
11.6. Anexo 6 – Elementos para planejamento e avaliação de oficinas	323

Lista de abreviaturas e siglas

A3EN	Assessoria, Aprimoramento e Atualização em Educação Nutricional
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
C	coordenadora do grupo focal
C1 e C2	integrantes da equipe de coordenação da Oficina
CAISM	Centro de Atenção à Saúde da Mulher
CECAN	Centro de Controle do Câncer
CESP	Curso de Especialização em Saúde Pública
CEPRE	Centro de Reabilitação Professor Gabriel Porto
DGRH	Departamento Geral de Recursos Humanos
DI	demandante institucional ou chefia do setor que demandou a Oficina ao LACES
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
E1	Entrevistada 1 (que exemplifica a sigla referente às entrevistadas que compunham a clientela da Oficina)
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FUNDAP	Fundação de Desenvolvimento Administrativo
HC	Hospital das Clínicas
LACES	Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde
modelo SSO	modelo de conhecimento do mundo cujo processo se dá na relação entre Sujeito cognocente, Sujeito mediador e Objeto de conhecimento
ONG	Organização Não Governamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
P	pesquisadora
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Q	componente da coordenação do grupo focal com atribuição de favorecer questionamento da abordagem
RS	Representações Sociais
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

Lista de quadros

Quadro n.º 1 - Quanto à constituição do grupo	150
Quadro n.º 2 - Quanto à identificação dos objetivos	150
Quadro n.º 3 - Quanto ao conhecimento do que seja Oficina	151
Quadro n.º 4 - Quanto à melhora do relacionamento durante a Oficina	152
Quadro n.º 5 - Quanto aos resultados obtidos	152
Quadro n.º 6 - Quanto ao conhecimento prévio da metodologia e sua avaliação	153
Quadro n.º 7 - Quanto aos interesses que respondeu	154
Quadro n.º 8 - Quanto à aplicabilidade da Oficina	154
Quadro n.º 9 - Quanto às dificuldades de comunicação	155
Quadro n.º 10 - Quanto ao conhecimento do trabalho educativo das outras participantes	155
Quadro n.º 11 - Quanto ao alcance das expectativas	155
Quadro n.º 12 - Quanto à indicação dessa Oficina a outros profissionais	156
Quadro n.º 13 - Quanto ao interesse pela continuidade	157
Quadro n.º 14 - Quanto às formas de continuidade propostas	157

Resumo

Pretendeu-se identificar conseqüências, para os sujeitos envolvidos, de sua participação numa Oficina de Comunicação e Educação em Saúde do LACES realizada no CAISM (UNICAMP), a fim de, ao reconhecer seus limites e potencialidades, aperfeiçoar a abordagem teórico-metodológica desenvolvida pelo Laboratório, para contribuir nas reflexões e reorientações necessárias à realização do trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta abordagem, que busca integrar intencionalmente os aspectos afetivos na práxis educativa em saúde, mediante o desenvolvimento de um método vivencial-reflexivo, tem no formato de oficina um desafio especial, por seu caráter pontual e de pequena duração. Apoiando-se nos referenciais teóricos da Educação e do campo “psi”, este estudo reconheceu aproximações, diferenças e complementaridades que têm subsidiado o trabalho do Laboratório.

Realizada como um estudo de caso nos moldes de uma pesquisa-ação, foram analisadas representações sociais acerca da Oficina, considerando o contexto institucional que apoiava a produção dos discursos e os conteúdos menos evidentes nestes, visando aproximar-se de controvérsias que indicassem eventuais limites da abordagem.

A coleta de dados foi realizada junto à clientela da atividade (enfermeiras, assistentes sociais, psicóloga e nutricionistas), equipe de coordenação e chefia do setor demandante institucional, mediante entrevistas individuais não estruturadas e grupo focal.

A Oficina visava sensibilizar os participantes quanto ao seu papel educativo como profissional de saúde na interação com sua clientela. De forma geral, os objetivos definidos pela equipe de coordenação e pela demandante institucional foram alcançados, conferindo à atividade um caráter sensibilizador frente ao tema desenvolvido.

Repercussões importantes foram indicadas pelos sujeitos de pesquisa tais como: o aperfeiçoamento da interação profissional – pessoa em cuidado e da atuação enquanto coordenador de grupos educativos, o resgate da motivação para o trabalho, a busca por continuidade da formação profissional voltada para a temática enfocada, a necessidade de realização de novas oficinas com este e outros grupos de profissionais, de forma sistemática e integrada ao cotidiano do trabalho hospitalar, a facilitação do lidar com as

pressões institucionais por produtividade, a ampliação da legitimidade do setor, o aprimoramento do papel de oficinairo¹, a frutífera parceria na coordenação, a confirmação do enfoque proposto pelo Laboratório, o entrosamento grupal e a apropriação conceitual durante algumas vivências.

Considerando o aspecto sensibilizador mencionado, foram indicados alguns desafios para o aperfeiçoamento da abordagem como a necessidade de uma maior integração entre conteúdos vivenciais e reflexivos desenvolvidos, questões que envolvem a exposição de sentimentos e opiniões durante as vivências, como também a pequena articulação político-institucional para viabilizar a continuidade dos processos desencadeados.

Em relação ao objeto de conhecimento a ser priorizado numa Oficina de Educação em Saúde, confirmou-se a proposta de trabalho realizada, que priorizou a percepção das relações no cotidiano dos serviços de saúde.

Assim, o aperfeiçoamento teórico-metodológico da abordagem necessitaria ocorrer combinadamente com a implantação de diretrizes institucionais relativas à formação profissional, que incluíssem o tema e a abordagem desenvolvidos como atividades educativas associadas ao processo de trabalho em saúde, contribuindo, desta forma, com uma outra maneira de fazer saúde mais constituidora de sujeitos.

¹ O termo oficinairo é um neologismo que vem sendo utilizado (VILLELA, 1996) por educadores que realizam oficinas.

1. Introdução

Costuma-se ouvir por aí que a confecção de uma dissertação ou tese, é fruto de uma pequena parte de inspiração e uma grande parte de transpiração (não ME recordo das porcentagens de que fala o chiste). Incluo aí, também, revendo esta composição de fatores, o acaso. No meu caso – a gente sempre acha que é único e de repente descobre que há inúmeros afortunados nesta situação – tive felizes coincidências neste processo que culmina aqui com este texto.

Quando decidi fazer o mestrado, o fiz porque acreditava estar num momento quando já tinha desenvolvido uma práxis, em função de minha participação em algumas experiências como educadora em saúde, que impunham um aprofundamento da reflexão teórica, no sentido de analisá-las para compreender em que sentido estavam sendo realizadas, como também redirecioná-las, caso houvesse indicação de que deveria fazê-lo. Não que o processo mesmo de realizar as práticas educativas não trouxesse em si uma reflexão, afinal trabalhamos com a idéia de práxis. Mas o que sentia como necessário era parar para refletir: era aquele momento em que sentimos necessidade de entender de maneira mais sistemática o que estamos fazendo, para seguir em frente fazendo melhor.

Esta decisão foi tomada, quando ainda morava em São Paulo e trabalhava como educadora em saúde pública no Instituto da Criança da Universidade de São Paulo (USP). Naquele momento, realizava um trabalho que significava muito para mim como educadora, na Unidade de Adolescentes do Instituto, onde me relacionava com estes entes complexos chamados adolescentes e seus pais, namorados e namoradas, conversando, interagindo e refletindo sobre esta fase da vida. Achei que poderia analisar esta experiência. Inscrevi-me e fui selecionada, iniciando esta jornada.

Depois que engravidei, no primeiro ano do mestrado, outra necessidade se colocou para mim: era preciso reorientar meu caminho pessoal junto à minha prole, afinal já eram dois filhos! Queria refletir sobre o que fazia, mas também gostaria de morar num lugar onde me sentisse mais acolhida – o que não ocorria na cidade de São Paulo – e me aproximar de maneira mais intensa do trabalho que vinha desenvolvendo no Laboratório desde os primeiros anos da década de 90. Intuí que aquele jeito de fazer que vínhamos testando nas nossas oficinas era significativo, porque era prazeroso, mas

também desafiante e, às vezes até, angustiante e que, por isso, merecia (precisava!) ser objeto de minhas reflexões.

Foi quando tentei e consegui sair de São Paulo e me vincular ao trabalho do Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde (LACES) de forma orgânica. Neste momento decidi reorientar meu projeto de pesquisa na dissertação, optando pela análise sobre esta experiência de fazer oficinas. Nesta escolha não houve uma reflexão pensada e repensada, mas foi motivada pela necessidade sentida de tomar um processo rico e desafiante, num grupo que não estava afeito a reflexão sistemática através de pesquisa, como ponto de partida para desafiar a mim mesma e os outros laceanos² a iniciar este processo de sistematização de sua própria prática.

Tomei esta decisão, pedindo permissão aos membros do grupo em realizá-la, uma vez que de uma forma ou de outra todos saíam dela mexidos, mais ou menos expostos. Fui incentivada a continuar e fui percebendo que o que me propus a fazer era muito importante para mim e para o grupo. Respirando fundo a cada descoberta, a cada reviravolta que o processo colocava, ia seguindo, sabendo da minha vontade e da minha proposta.

Após a qualificação, quando redirecionei o trabalho, escolhendo uma das oficinas para aprofundamento da reflexão, fui novamente surpreendida pela receptividade dos (das!) sujeitos de pesquisa, um indicativo que confirmava, por um lado, as repercussões positivas da Oficina, e por outro, trazia especiais desafios para uma reflexão que pretendia ser crítica da prática, para realmente compreendê-la.

Um capítulo especial diz respeito à orientadora. Membro fundador do LACES, como eu, mas mais do que isso, uma amiga de outros contextos – da militância pela saúde pública e partidária –, uma pesquisadora séria e respeitada no campo da Educação Popular em Saúde, sua escolha foi também intuída, porque nem imaginava o acerto que tive em fazê-la. Sua humildade misturada com sabedoria, adicionada do conhecimento mútuo que fomos aprofundando e suas colocações que levavam em conta minhas idiossincrasias humanas, foram fundamentais para chegar até aqui.

Por último, para a confecção deste texto, a partir da análise dos depoimentos e dos textos teóricos que referenciavam o estudo, fui encontrando pistas inacreditáveis que eram um presente para o que vinha formulando. As falas e as leituras me iluminavam de tal forma que, apesar do esforço teórico meu de dar coerência ao que me

² Os membros do Laboratório referem-se a si mesmos desta forma.

diziam, encontrei muita correspondência já pronta no material coletado. Isto parecia confirmar pressupostos que tinha.

De uma tarefa realmente desafiante fui entendendo-a como possível, se buscamos realizá-la com afinco, obtendo ajuda das pessoas certas nos momentos exatos. Acho que isto aconteceu comigo.

Espero sinceramente poder contribuir com o trabalho que vem sendo desenvolvido no LACES, no sentido de estimulá-lo a crescer ainda mais do que já vem acontecendo. Espero também contribuir com a ampliação do campo de práticas da Educação em Saúde no Brasil, ajudando a implantar um Sistema de Saúde mais solidário e resolutivo, reduzindo as iniquidades sociais e o sofrimento de todos nós brasileiros.

1.1. Contextualizando, justificando e problematizando o tema

O LACES foi criado em novembro de 1992, como um desdobramento da realização da disciplina de Educação em Saúde no Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) de 1991 (L'ABBATE, SMEKE, OSHIRO, 1992).

Neste curso, que capacita sanitaristas desde 1982, a referida disciplina se desenvolveu a partir da idéia de que para ser coerente com as propostas de inovação das práticas educativas desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde, "a própria maneira de sistematizar os conhecimentos e técnicas que capacitem os profissionais (...), deverá também ser inovadora". Nesse sentido, sua proposta didático-pedagógica procurou articular forma e conteúdo, teoria e prática, fazendo com que os educadores em formação, experimentassem "formas mais dinâmicas, vivas e interessadas" nos processos de compreensão dos conteúdos do próprio curso. Essa estratégia de ensino-aprendizagem pressupunha que a vivência das técnicas, através de sua experimentação e reflexão, potencializaria o "aprendizado dos recursos didático-pedagógicos a serem utilizados no trabalho direto com a clientela e com grupos da população" (DMPS/FCM/UNICAMP, 1992, p. 3).

A proposta da disciplina se baseava "na busca permanente de contribuir para que todo e qualquer atendimento à saúde, do mais simples ao mais complexo, (fosse) realizado de modo a proporcionar (...) a existência de um vínculo, alcançado mediante a consideração de que ambos --quem presta o serviço e quem o recebe-- são pessoas, cidadãos, potencialmente capazes de compartilhar de um conjunto de valores éticos" (L'ABBATE, 1997, p. 267-8). Considerava-se que, especialmente no setor saúde, essa relação nunca ocorreu totalmente sem problemas e que, dado o contexto de crise prolongada em que vive o setor, essas dificuldades têm sido potencializadas. Nesse sentido, seria necessário refletir criticamente a respeito das práticas sociais desenvolvidas no cotidiano dos serviços, com vistas a aperfeiçoá-las, utilizando instrumentos e estratégias adequados aos campos da Educação e Comunicação em Saúde (L'ABBATE, 1994).

Situando a dimensão educativa das práticas dos profissionais de saúde como foco da formação profissional nestes campos, entendia-se o primeiro como prática pedagógica que considera o ser humano sujeito da construção de sua autonomia, em relação ética com seus pares, na busca de bem-estar, como constante melhoria de qualidade de vida; e o segundo como "um conjunto de técnicas e processos relativos aos planos

verbal, não verbal e simbólico, que permitem a prática da educação em saúde" (L'ABBATE, 1997, p. 268).

Essa experiência de constituição do Laboratório, que envolveu profissionais de vários campos disciplinares (medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, farmácia, serviço social, comunicação e sociologia), tinha como objetivo geral desenvolver junto à sua clientela uma visão crítica do papel profissional como sujeito de um processo didático-pedagógico mais amplo, envolvendo os demais sujeitos sociais numa postura metodológica de busca da relação, o mais dinâmica possível, entre teoria e prática, aproximando permanentemente referenciais e pressupostos teóricos da Educação e da Comunicação em Saúde às situações nas quais profissionais/alunos se vêem envolvidos (DMPS/FCM/UNICAMP, 1992, L'ABBATE, 1994).

Ao final da disciplina, as necessidades de acompanhamento e discussão dos projetos educativos apresentados pelos alunos, como também de aprofundamento teórico a respeito dos campos mencionados, a partir das visões interdisciplinares dos diversos profissionais envolvidos, foi constituindo nesse grupo um desejo de que se conformasse um espaço de trabalho, ligado ao Departamento, mas aberto a profissionais de outras instituições, que teria por finalidades:

- "elaborar, desenvolver e avaliar projetos e metodologias nos campos da Comunicação e da Educação em Saúde;
- capacitar profissionais de saúde para o uso de metodologias didático-pedagógicas nos campos da Comunicação e Educação em Saúde, considerando diversos grupos: profissionais e usuários de diferentes serviços, públicos específicos, e público em geral;
- realizar pesquisas nos campos de Comunicação e Educação em Saúde;
- elaborar, produzir e avaliar material educativo em saúde para diferentes públicos;
- acompanhar projetos nos campos de Comunicação e Educação em Saúde nas diversas instituições;
- realizar trabalhos em instituições específicas, utilizando processos didático-pedagógicos a fim de se promover desenvolvimento institucional;
- promover, através dos variados meios disponíveis, a divulgação da produção dos membros do LACES;
- criar um Centro de Documentação e Multimídias nos campos de Comunicação e Educação em Saúde;
- prestar assessoria e consultoria nos campos da Comunicação e Educação em Saúde;
- contribuir para o projeto didático-pedagógico do DMPS/FCM/UNICAMP" (DMPS/FCM/UNICAMP, 1992, p. 6).

De 92 para cá, partindo da concepção testada no curso, o Laboratório desenvolveu atividades educativas, como oficinas, seminários, disciplinas em cursos do Departamento e intervenções institucionais. Estas iniciativas vêm procurando integrar, paulatinamente, diferentes abordagens e referenciais teórico-metodológicos dos campos mencionados. L'ABBATE (1994, 1997) vem desenvolvendo sua práxis educativa em saúde apoiando-se na Pedagogia do Drama (ROMAÑA, 1996), que busca articular os

olhares e as perspectivas de atuação de autores como Paulo Freire, Vygotsky e Moreno, e da Análise Institucional. Esta experiência precursora centrada no desenvolvimento do papel educativo dos profissionais de saúde, vem ocorrendo a partir da promoção de momentos de reflexão coletiva junto aos profissionais diante de seu cotidiano de trabalho, voltada para as interações que estabelecem com os usuários, colegas de equipe e instituição, numa abordagem que possibilite abertura para pensar a instituição como um todo. Tem-se denominado este tipo de trabalho como intervenções institucionais.

Paralelamente à realização das disciplinas de Educação em Saúde e às intervenções institucionais, em função de demandas pontuais ou sistemáticas³ de capacitação de profissionais colocadas por instituições da área da saúde principalmente, um grupo de profissionais do Laboratório foi desenvolvendo um formato de atividade educativa denominado Oficina que pretendia possibilitar a abordagem de temas complexos, carregados de subjetividade, onde a vivência de situações do cotidiano e a construção coletiva do conhecimento contribuíssem na constituição de sujeitos mais autônomos.

Apoiando-se em L'ABBATE (1994, 1997), a concepção de sujeito que os laceanos procuravam se referenciar, pretendia contribuir para que o profissional de saúde se tornasse "uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido e, na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento." Este conceito baseava-se na perspectiva sartreana do ser humano como um ser em projeto, que se responsabilizaria pelo que se passa ao seu redor, identificado com uma vida futura qualitativamente melhor. Esta busca eminentemente ética definiria a ação humana pela manifestação de uma capacidade de autodeterminação por leis (ou finalidades) subjetivas, constituídas numa faculdade de desejar. A configuração de um novo futuro, afirmaria essa ação desejante traduzida em ações cotidianas conscientes, mas também levaria em conta as determinações inconscientes, subsumidas em práticas de maior ou menor empenho na consecução do projeto (L'ABBATE, 1994, p. 483-4). Nessa perspectiva, a constituição da individualidade humana ou de sujeitos coletivos estaria inserida na dicotomia heteronomia/autonomia, isto é, oscilaríamos numa tensão

³ As instituições que em geral demandavam o trabalho educativo em saúde no formato de oficinas até meados de 98 foram, basicamente, o Projeto de Cooperação Técnica e Treinamento em DST/AIDS (resultado do convênio entre Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde e UNICAMP), a Seção de Educação em Saúde do CAISM e a Prefeitura Municipal de Valinhos/SP. Mais recentemente, como resultado do trabalho do Laboratório se tornar mais conhecido, outros grupos institucionais e profissionais fizeram solicitações para desenvolvimento da abordagem neste formato.

permanente, "na nossa maneira de pensar, (sentir) e agir, entre apenas reproduzir formas que nos foram passadas, desde nossa infância, pela família, pelo grupo social mais próximo e pela sociedade mais ampla, e adotar formas nas quais acreditamos, por um certo 'convencimento interno'". Essa concepção de sujeito consubstanciaria a Educação em Saúde, enquanto prática social concreta que se estabelece entre profissionais e usuários, sujeitos que atuam no interior de instituições de saúde condicionadas pelas políticas de saúde, modelos assistenciais e teorias e práticas pedagógicas existentes (L'ABBATE, 1997, p. 273).

Considerando esta compreensão do processo de constituição de sujeitos acima identificada, a Oficina em estudo teve como objetivos geral e específicos (Anexo 1, parte 11.1.1.) respectivamente,

"Ampliar a visão dos campos da Comunicação e da Educação em Saúde, como teoria e como prática, a partir de situações do cotidiano do trabalho" e "Proporcionar (...) oportunidade de vivenciar situações grupais que envolvam Comunicação e Educação em Saúde para desenvolver uma visão crítica em relação a seu papel profissional e ao papel das outras pessoas envolvidas nas ações de saúde, todos considerados como sujeitos autônomos na construção da cidadania", "Desenvolver a capacidade de encontrar respostas criativas para situações do cotidiano" e "Contribuir para a ampliação do repertório de técnicas e estratégias em Comunicação e Educação em Saúde."

Esta proposta focalizava, então, o papel profissional do trabalhador de saúde considerando seus aspectos educativos e de comunicação com os sujeitos inseridos nas ações de saúde, seja a clientela usuária, seja seus colegas de equipe ou suas chefias, todos compreendidos como sujeitos em busca de autonomia e cidadania. Tinha-se como ponto de partida a vivência grupal e a reflexão coletiva sobre as situações do cotidiano institucional, para aprimoramento crítico e criativo da própria atuação e ampliação do repertório de um modo de fazer do campo, proposto pelo Laboratório.

A perspectiva metodológica⁴ ou abordagem educativa em saúde desenvolvida procurou, neste sentido, articular os aspectos cognitivo, emocional e da ação no processo de conhecimento, a partir da reflexão sobre suas atuações enquanto educadores nos serviços, utilizando um método vivencial-reflexivo que buscava uma integração possível de técnicas como a Metodologia Psicodramática (ROMAÑA, 1987, 1992, 1996), a Construção de Objetos Intermediários (baseado em ROJAS-BERMÚDEZ, 1980), as Danças Circulares (BARNTON, 1995), técnicas lúdicas de condução de grupos (AFONSO, 1997a), Teatro Espontâneo, Dramatização, Jogos Dramáticos, Sociodrama e "Role Playing" (GONÇALVES, WOLFF, ALMEIDA, 1988; AGUIAR,

⁴ Por perspectiva metodológica está-se entendendo uma proposta didático-pedagógica, como caracterizada por SCHALL & STRUCHINER (1995), que busca um determinado método pelo qual é

1998), dentre outras, com vistas a desencadear processos de reconhecimento individual e grupal como disparadores da reflexão e construção coletiva de conhecimento a respeito dos temas abordados.

Grosso modo, no encadeamento dos trabalhos procurava-se levar em consideração alguns momentos, que muitas vezes aparecem de forma integrada e/ou combinada durante as atividades educativas. Esta articulação vai sendo construída, a cada oficina, por meio de uma composição que supõe um planejamento flexível anterior com uma versatilidade de adaptação e criação voltadas para as necessidades do momento. Didaticamente tais momentos poderiam mencionados da seguinte forma:

- O de reconhecimento do participante em relação a si próprio no que diz respeito ao tema tratado;
- O de identificação e sistematização das percepções grupais a respeito do tema;
- O de criação de um espaço de reflexão sobre o papel de educador do profissional de saúde, seus limites e possibilidades;
- A troca de sentimentos e impressões experimentadas nas vivências, facilitando a percepção de aspectos mais e menos evidentes, pela mobilização de conteúdos subjetivos relativos aos temas;
- O de compreensão teórico-conceitual dos temas das vivências, a fim de permitir a problematização e a recriação das concepções reconhecidas durante os momentos anteriores.

Com esta abordagem e objetivos propostos, cuja sutileza e complexidade desafiavam nossas percepções de verificabilidade empírica, já vinha se colocando para os oficinairos do LACES a necessidade de conhecer e refletir sobre resultados e processos desenvolvidos.

Geralmente as iniciativas de avaliação em cada oficina, ocorriam ao final, mediante a construção coletiva de painéis, onde os participantes colocavam impressões mais subjetivas do que ocorreu, como também, durante o processo, a coordenação buscava sempre estar atenta a este aspecto, procurando captar indícios que confirmassem ou não o caminho percorrido.

Especificamente nesta Oficina, que ocorreu num momento em que a coordenação já se encontrava bastante imbuída desta necessidade, foram criados momentos específicos de avaliação no decorrer dos trabalhos, que tentavam conferir e

realizada a construção do saber, mas que também supõe compreensões de homem e de sociedade que embasam a práxis educativa, conforme caracterizado anteriormente.

redirecionar seu andamento, e ao final, através da aplicação de um questionário que pretendia resgatar e comparar as expectativas no primeiro encontro com o que tinha sido produzido na finalização do processo. Além disso, foi solicitado também que respondessem questões relativas à necessidade ou não de continuidade da atividade. Mesmo sem os questionários retornarem à coordenação, era patente, não só no caso desta Oficina, a impressão do entrosamento e envolvimento das participantes no trabalho, o que, ao mesmo tempo, trazia certo apaziguamento, mas também deixava uma inquietação a respeito de suas repercussões, da forma com que cada um as reconhecia ou não, dos eventuais desdobramentos na vida de cada uma.

Como se verá, as coordenadoras apenas iniciaram a análise dos dados, devido às inúmeras tarefas que desenvolviam no momento e às dificuldades de priorizar este tipo de trabalho. Mesmo assim, foi cuidadosamente redigido o Relatório Comentado da Oficina. Neste contexto, a necessidade da pesquisa estava colocada para que se pudesse realizar e aprofundar uma análise a respeito destes e de outros dados que levassem em conta aspectos críticos da abordagem, bem como eventuais repercussões posteriores para os envolvidos.

Assim, a iniciativa desta pesquisa procurou considerar estas questões, para que um processo de análise mais sistemático fosse viabilizado, procurando encontrar e prover subsídios para práticas educativas significativas, que contemplassem o processo avaliativo como constituinte de suas propostas, conforme AGGLETON (1995) e AFONSO (1997a).

Outras justificativas diziam respeito à utilização destas reflexões no aperfeiçoamento permanente dos membros do LACES, através da socialização dos resultados da pesquisa para alavancar um processo mais coletivo do grupo em teorizar sua prática nos campos da Educação em Saúde e da Formação Profissional, como também ampliar e divulgar o trabalho que vem sendo desenvolvido, contribuindo com processos formação de outrosicineiros, que não somente os do Laboratório.

E, por fim, considerando interminável, descontínuo e assistemático o processo de constituição dos sujeitos, objeto dos processos educativos que buscam emancipação, identificou-se a necessidade de analisar se esta Oficina, por seu caráter pontual e fugaz, isto é, de um evento que ocorre num determinado momento da vida dos envolvidos, contribuiu ou não para esse processo.

Referenciado nestas justificativas, que consideravam o objetivo e o método proposto pela Oficina, consubstanciada no projeto político-pedagógico do LACES,

algumas questões foram se tornando recorrentes e se evidenciavam como inquietações para esta pesquisa: embora a proposta de atividades como esta se mostre pronta a realizar as orientações identificadas, elas de fato ocorreram? E seus efeitos, puderam ser percebidos pelos sujeitos imediatamente envolvidos no processo? Quais seriam estas repercussões? A atividade propiciou novos sentidos e significados a respeito das práticas educativas realizadas no serviço de saúde? Conseguiu estabelecer formas de interação que possibilitasse o reconhecer a si mesmo e o outro enquanto sujeitos construtores de autonomia perante seu trabalho, sua saúde e sua vida? O que deveria ser incentivado e alimentado e o que precisaria ser redirecionado? Seria possível efetivar esta análise com as próprias atividades que realizamos?

1.2. Referenciando teórico-metodologicamente a abordagem educativa em saúde analisada

"Que eu saiba, ninguém está livre do risco da incoerência: nem sempre formulamos adequadamente o que fazemos. Às vezes, por excesso: nossa teoria corresponde à nossa intenção —o que deve ser—mais que à realidade. Às vezes, por defeito: fazemos mais e melhor que formulamos, porque nossa capacidade de leitura da prática avança mais lentamente que o ritmo dos desafios que dela surgem e a que damos respostas, sem que sua significação teórica seja imediatamente assimilada ou confrontada com o acervo teórico já adquirido pelo cientista social."*

A análise dos referenciais teóricos nesta pesquisa tem, pelo menos, dois objetivos: um que se refere a qualquer investigação que se pretende científica, qual seja, o de estabelecer um "recorte teórico correspondente ao objeto da investigação" (MINAYO, 1996, p. 105); outro que se relaciona ao fato da pesquisadora participar do LACES, como já foi apontado, e isto acarretar uma necessidade de que esta reflexão também contribua para os processos educativos desenvolvidos pelo grupo.

Como também já foi identificado, estes processos vêm se desenvolvendo desde sua fundação, tanto mediante as teorizações realizadas, bem como através dos processos de avaliação e planejamento das referidas atividades, quando procuramos analisar nossas práticas, relacionando a essa ou aquela abordagem utilizada. Em geral, durante sua realização, estas reflexões também ocorrem, trazendo interrogações que posteriormente precisam ser aprofundadas. Esta tem sido uma característica básica da atuação do grupo. Muitas vezes combinamos abordagens numa síntese em ação, imposta pelas condições em que realizamos as atividades, mas também por uma certa vontade de testar possibilidades imaginadas. O produto disso é que, algumas vezes, durante as reflexões sobre os trabalhos, damos-nos conta de estar caminhando por esse ou aquele percurso teórico, independente de uma escolha explícita.

Nesse sentido, esta pesquisa se inseriu neste contexto de produção das atividades educativas, procurando contribuir para a interrogação das práticas desenvolvidas, no sentido de otimizá-las, a fim de que as reflexões teórico-metodológicas possam ser mais constantes e coletivizadas no grupo.

* CETRULO, *apud* HOLLANDA, E. Práticas alternativas de pesquisa: alguns questionamentos sobre as potencialidades e limites da pesquisa-ação e pesquisa participante. IN: VALLA, V.V. & STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993, p. 25-51, p. 51.

As reflexões efetivadas até o momento têm sido marcadas, como já foi dito, pela adoção de vários referenciais teórico-metodológicos. Essa iniciativa se coaduna à perspectiva da multirreferencialidade proposta por ARDOINO (1998), que a afirma como uma tendência atual entre as ciências do Homem e da Sociedade, marcadamente nas do campo da Educação. Este autor pressupõe que as práticas sociais são

"acontecimentos, situações e testemunhos, enleados de representações, de intenções e de ações individuais e coletivas, que constituirão matéria rica e diversificada à qual o pesquisador especializado (...) somente poderá incansavelmente se referir (...) (se constituindo em) objetos (que) podem, em conseqüência, ser heurísticamente e proveitosamente observados, descritos, questionados, representados, a partir de perspectivas múltiplas, heterogêneas entre elas" (p. 31-2).

Por isto, ele afirmaria que os processos educativos precisam também adotar essa perspectiva, dada sua singularidade e complexidade em focar os processos de constituição de sujeitos, considerados no contexto da antinomia autonomia/heteronomia já citada. Assim, os processos formativos perpassados pelo universo de objetos de estudo que se constituem na relação entre sujeitos, em vínculos orientados de forma não aleatória pelo poder, pela linguagem e pela subjetividade, requereriam olhares da Sociologia, da Psicologia, da Psicossociologia, da Economia, da Ciência Política, da Semiótica, da Análise Institucional, entre outros, para ampliar sua inteligibilidade e qualificá-los.

Na nossa pesquisa, adotou-se perspectivas da Educação em Saúde, da Educação, da Psicologia, da Psicologia Social, da Sociologia, da Saúde Coletiva, como também utilizamos propostas que buscam o diálogo entre o Teatro e o campo "psi", através do que é usualmente conhecido como Psicodrama.

Na utilização destes referenciais teóricos procurou-se considerar seu contexto de produção, como também as possíveis contribuições dentro de um outro contexto e as necessárias releituras e recriações. Como sugeriram CAMPOS & PESSOA (1998) proponho me envolver de forma crítica "para que não nos deixemos seduzir pelo novo nem tampouco (possamos) rejeitá-lo por desconhecimento" (p. 204). Esta consideração é reforçada pela mencionada complexidade, singularidade e conflito de valores que constituem os processos educativos, chamando a atenção para uma necessária, mas também conflituosa e difícil, complementaridade de saberes.

Concordando com GIROUX (1997), entendo que os referenciais teóricos sobre os quais venho me debruçando são tecnologias de poder, isto é, os discursos, científicos ou não, são constituintes e produtos do poder, porque eles "funciona(m) para produzir e

legitimar configurações de tempo, espaço e narrativa que (nos posicionam) de maneira a privilegiar versões particulares de ideologia, comportamento e representação da vida cotidiana" (p. 125). O poder, por sua vez, seria realizado através das práticas sociais, conscientes e/ou inconscientes, que conformam as subjetividades e identidades das pessoas num sentido particular de mundo (GIROUX, 1997). Por isso, as visões aqui selecionadas são necessariamente um recorte interessado da realidade.

Esta discussão giraria, então, em torno do processo de constituição de sujeitos, procurando evidenciar como se constroem as relações entre usuários e profissionais no âmbito dos serviços, a partir do reconhecimento da dimensão educativa do trabalho em saúde, constituída pela formação do profissional, pela cidadania na saúde e por políticas e modelos de assistência vigentes no Brasil. Discorreria também sobre as tendências históricas e perspectivas atuais da Educação em Saúde, reconhecendo influências do campo da Educação que trazem importantes contribuições para formulações de metodologias problematizadoras da prática dos sujeitos, como do campo "psi", que vem revigorando a perspectiva de atuação evidenciadora de subjetividade e de afetividade nos processos educativos e apoiando algumas reflexões a respeito da abordagem no formato de oficinas.

Desta forma, tendo em vista as justificativas e o problema que nos orientou nesta pesquisa, serão iniciadas as discussões, a partir da questão do trabalho em saúde, da formação profissional e sua relevância no contexto de consolidação do SUS, para em seguida ser enfocada a renovação recente do campo de conhecimentos e práticas da Educação em Saúde, na qual a abordagem desenvolvida pelo Laboratório se insere.

1.2.1. A formação profissional, a educação em saúde e a consolidação do SUS

Após as lutas e conquistas legais da Constituição, a partir do processo de redemocratização da sociedade brasileira nas décadas de 80 e 90, com o advento do SUS e sua legislação complementar, o movimento reformista na saúde viu-se às voltas com a concretização dos princípios da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e controle social/público, colocados em lei.

Segundo SILVA JUNIOR (1998), desde antes da referida institucionalização, várias propostas resultantes do campo da Saúde Coletiva, que pleiteavam o enfrentamento da crise do sistema privatista na saúde, vêm disputando e compondo

iniciativas em espaços de poder privilegiados como secretarias municipais e estaduais brasileiras. Neste sentido, importantes expoentes destas perspectivas vêm criticando a visão estruturalista e burocratizada na organização da assistência e da gestão em saúde, enfatizando medidas desmedicalizadoras e desospitalizadoras, que resgatariam a autonomia dos sujeitos nos seus processos de adoecimento. Desta forma, procurar-se-ia criar serviços que articulassem as dimensões curativo-preventiva, envidando esforços no sentido de garantir acesso, maior integralidade e resolutividade das ações, mediante o redimensionamento do trabalho em saúde e das ações de gerência, no sentido da maior responsabilização pelo cuidado, democratização e controle social.

Por outro lado, os efeitos da crise econômica e do ajuste neoliberal imposto por organismos internacionais ao povo brasileiro, através de sucessivos governos federais de centro-direita, têm aprofundado o desmonte do setor, cada vez mais vulnerável à ação dos interesses privados. Tendo em vista esta situação e as disputas internas ao campo da saúde, autores como BARROS (1996), SILVA JUNIOR (1998) e CARVALHO (1999a e b) identificaram que o debate sobre os desafios colocados, as potencialidades e os avanços conquistados para a viabilização da reforma na saúde vem se focalizando nas questões do financiamento, da gestão e da capacitação/educação continuada dos profissionais de saúde. Assim, esta pesquisa pretendeu estar contribuindo, a partir da reflexão sobre a atuação do LACES, para a perspectiva da formação dos profissionais, a partir do campo da Educação em Saúde.

O intuito até agora foi o de reconhecer as disputas e deslocamentos nos espaços de poder como um contexto em que se dá a busca pela transformação da práxis em saúde, referenciada também na necessária reorientação de recursos alocados. O interesse nesta evidenciação é constatar que estes ingredientes, adicionados de resistências e negociações, expressam, nos sujeitos, situações de mobilização, incerteza, expectativa, cautela, mas também apatia, indiferença.

Para CARVALHO (1997) o enfrentamento da crise do setor requer respostas que criem mecanismos de envolvimento dos atores sociais na mudança do modelo vigente. Segundo este autor, ainda prevalece uma lógica orientada em estabelecer mudanças estruturadas no nível da macropolítica definidas em métodos prescritivos, dando menos valor às necessidades colocadas pelos usuários, como também às possibilidades de atuação mais criativa dos profissionais, mesmo considerando os limites desta estratégia frente à complexidade dos desafios colocados. Assim, colocar-se-ia a necessidade de retomar formas de direcionar o problema que reforcem a emancipação dos sujeitos e sua

participação na construção do SUS, no sentido da preservação da qualidade de vida e da autonomia das pessoas, contemplando também iniciativas no campo macropolítico.

Tendo em vista esta premissa, pretende-se desenvolver uma análise que focalizaria as especificidades do trabalho em saúde e os processos de formação profissional desenvolvidos, bem como as concepções e práticas educativas em saúde, destacando seu percurso histórico e os reordenamentos recentes, recortados por categorias como constituição de sujeitos e papel de educador.

1.2.2. O trabalho em saúde e a formação dos profissionais

Neste final de milênio, parcelas cada vez maiores de profissionais têm sido excluídas e/ou superexploradas nos seus contextos de trabalho, dado o quadro recessivo, as mudanças tecnológicas e o aumento do desemprego. Estas mudanças têm exigido, em alguns setores mais que em outros, maior produtividade e uma multiquificação dos profissionais que se apresentam como versatilidade, criatividade, capacidade crítica na solução de problemas. A superexploração excludente combinada às exigências aparentemente emancipadoras convivem também com uma recomposição das atividades anteriormente subdivididas à *la Taylor*. Estas mudanças e contradições que atingiram o mundo do trabalho como um todo, também afetaram o setor público de uma forma geral, mas foge aos objetivos deste trabalho analisá-las neste momento.

Na saúde, como identificado anteriormente, mesmo levando em conta que a responsabilidade social do setor tem sido prejudicada pela situação de crise, de mudança, de desfinanciamento e das políticas que negam a dimensão da cidadania e as necessidades da maioria da população, muitas ações têm sido propostas e executadas, principalmente em nível dos municípios, demonstrando a potencialidade de implementação de ações de saúde a partir da proposta SUS. Nestas situações o que se tem buscado é gerar condições técnicas, econômicas e institucionais que interfiram nos processos de trabalho instituídos e na oferta de serviços.

Do ponto de vista do trabalho em saúde, haveria um profundo sentimento de impotência e desconforto que perpassa esta esfera. Procurando refletir sobre a situação de trabalho na saúde e os impactos sobre a vida do profissional, PITTA (1999), uma autora do campo “psi”, estudou a relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários dos serviços numa organização hospitalar paulista, tentando identificar se

esta interação, reconhecida no lidar com a dor, sofrimento e morte, estaria associada à produção de sofrimento psíquico nos trabalhadores de saúde. Assumindo que ainda é corrente na atualidade a perspectiva da doença como algo alternativo à saúde, que precisa ser ocultado e excluído da vida, como também são características desta divisão socialmente perversa do trabalho a dissociação e a fragmentação das tarefas, com a separação radical entre o trabalho de concepção e de execução, esta autora reconheceu que existe muita dificuldade em tratar destes assuntos dentro e fora do hospital. PITTA (1999)*, citando MENZIES, um psicanalista que utilizou os referenciais kleinianos em sua pesquisa num hospital inglês na década de 70, indicou que os profissionais de saúde seriam, por um lado, mediadores da relação dos pacientes e seus familiares com a instituição hospitalar, relação esta pautada por ansiedades e pressões sociais diversas e, por outro, portadores também de ansiedades, culpas, dúvidas e incertezas específicos à natureza do cuidado em saúde. Tal ordem de interações e subjetividades envolvidas tornaria necessário aos profissionais construir sistemas de defesas que aliviassem ou adequassem o desempenho das tarefas. Esquemáticamente indicou que estas defesas se refeririam à fragmentação da relação técnico-paciente, à despersonalização e negação da importância do indivíduo, ao distanciamento e negação de sentimentos, às tentativas de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas e à redução do peso da responsabilidade sobre o cuidado prestado. Utilizando outra vertente de compreensão, embora ressaltando que os conceitos psicanalíticos foram construídos a partir de uma perspectiva individual e que o fenômeno por ela estudado, o sofrimento psíquico de um grupo de trabalhadores de hospital, tinha o foco do coletivo, esta autora tentou buscar explicações no conceito de sublimação enquanto um “mecanismo competente de transformar pulsões inconscientes, primitivas, individuais, em atividades de utilidade e reconhecimento sociais”. Desta forma, considerou que

“‘a vocação’ para o trabalho em hospitais se institui e mantém, apesar do trabalho duro de esforço físico e do penoso lidar com dejetos e situações mais desfavoráveis dos usuários dessas instituições, parece(ndo) ter na sublimação uma forma de lidar com pulsões instintivas, transformando-as em atos e atividades socialmente reconhecidos e possibilitando a realização transicional do desejo num caminho alternativo à repressão”.

Neste sentido, o sofrer característico do trabalho seria transformado pelo profissional em fonte de reconhecimento e valor, ou de forma oposta, caso a energia libidinal fosse reprimida ou inibida haveria uma tendência em “resvalar numa via sintomática ou reativa com inibições intelectuais, impossibilidade de investir em atividades criativas, aborrecimento e desprazer com

* MENZIES, I. *apud* PITTA, A. **Hospital dor e morte como Ofício**. São Paulo, HUCITEC, 1999.

o trabalho, a repetição obsessiva de um mesmo pensamento, o tédio, entre outros", facilitando o adoecimento e/ou outras reações, mediante "mecanismos defensivos infantis onde o rechaço do doente" e "a competição pelo excesso de identificação com quem estará regredido pela sua situação de natural desvalido" explicariam o que se sucede na interação entre profissional – pessoa em cuidado (PITTA, 1999, p. 74, 77, 186). Neste sentido, esta autora acredita que o percurso adotado para as pulsões primitivas dos profissionais, referenciaríamos suas reações adultas, produzindo relações mais afetuosas e protetoras ou agressivas, contribuindo, assim, para um melhor ou pior atendimento dos usuários.

Concordando com as críticas que se fazem atualmente a este raciocínio clássico da psicanálise (PAGÈS, 1982), que questionam a forma de entender a relação com o outro, pautada na repetição do passado individual ou coletivo frente à autoridade parental, visto que a contraparte na interação seria mais um "prolongamento dos desejos do sujeito", seria necessário reafirmar a experiência afetiva vivida como referida à própria situação (p. 284-93). Reconheço, assim, a necessidade de levar em conta os processos subjetivos desta interação na produção de relações menos heterônomas e mais afetivas nos serviços de saúde, sem desconsiderar a historicidade presente, mas trazendo também os processos de convergência e conflito da intersubjetividade atual.

VASCONCELOS (1999), ao se deparar com as idiosincrasias de sua relação, enquanto médico e educador popular, com a família de uma criança desnutrida da periferia de Belo Horizonte (MG), transpassada pelo alcoolismo, miséria e desagregação, procurou avivar estes elementos da intersubjetividade afetiva, reconhecendo que

"na tradição teórica da educação em saúde e mesmo da educação popular, os acontecimentos tendem a ser analisados, valorizando aspectos relativos às trocas de saber, à incorporação de conhecimentos e ao jogo de poder presente nas relações estabelecidas. (...) Nessa perspectiva, os símbolos e rituais utilizados pelo educador valem quando transmitem determinado conhecimento ou visão da realidade. Mas esta pesquisa foi mostrando (...) (que) o educador não apenas encontra rituais e expressões simbólicas em sua interação, mas ele próprio atua por meio de rituais e expressões simbólicas que se organizam para além de sua vontade e de sua consciência. Seu agir inconsciente é também parte de sua ação educativa (ou deseducativa)" (p. 121, grifo do autor).

Desta maneira, o objetivo de produzir saúde incorporaria o que se passa além das trocas conscientes na interação com a clientela dos serviços, mas ressaltou que, além da lacuna teórica dos campos mencionados, era necessário manter como disparadores da interação os problemas de saúde, para que se mantivesse a legitimidade da relação, recomendando ainda que para ter acesso a estas outras dimensões mais intuitivas e sensíveis "necessitava de permissões que precisavam ser renovadas a cada momento (que, por outro

lado,) não eram claramente explícitas" (VASCONCELOS, 1999, p. 122). Estariam, então, colocados desafios para esta práxis cotidiana nos serviços de saúde que, por um lado, reconheceria como inevitáveis os aspectos afetivos quando se adota uma perspectiva de trabalhar as situações em sua complexidade e integralidade, por outro, procuraria resguardar o processo dialógico de respeito à autonomia e aos limites colocados pelo outro nesta abordagem.

Outro autor, do campo da Saúde Coletiva, especificamente da área de Gestão e Planejamento, que faz uso dos referenciais da Análise Institucional, vem também procurando refletir sobre as relações que se estabelecem no cotidiano do trabalho em saúde. MERHY (1997b), afirmando que a subjetividade do trabalhador da saúde encontra-se em "profunda crise de realização e satisfação, como cidadão e profissional" (p. 125), vem se dedicando a compreender os aspectos micropolíticos do exercício do auto-governo dos trabalhadores e dos usuários. Identificando uma especificidade do trabalho em saúde que seria instituinte de novas lógicas nos processos de trabalho (MERHY, 1997a), afirma como possível recriar as relações com o usuário, como também modificar o interior das equipes de saúde e, num outro nível, transformar os modelos de atenção à saúde. Esta singularidade seria identificada pelo espaço intercessor entre usuário e trabalhador. Entendeu este como espaço de relação em que se dá uma interseção partilhada entre o

“agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral) com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde”. Considerou que, nesse sentido, “há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes, que podem até mesmo coincidirem” (MERHY, 1997, p. 133).

Contrapôs a interseção compartilhada do trabalho em saúde com a interseção objetual de processos de trabalho, que se caracterizam pelos usuários serem externos a eles, como o caso da produção de uma cadeira por um marceneiro, que tem seu momento intercessor com a madeira, por exemplo. Esta análise é necessária para, analogamente, visualizarmos as relações objetais que se realizam no modelo assistencial hegemônico atual em saúde, mais caracterizado pelo emudecimento do usuário, traduzido no não acolhimento das suas necessidades. O silêncio acumulado frequentemente se transforma em desencontros, em ruídos, que são vistos como desvios que precisam ser corrigidos. Na visão do autor, os ruídos cotidianos nas relações intercessoras do processo de trabalho em saúde devem ser instituintes de novas maneiras de atuar em saúde, foco dos

processos de gestão e de mudança institucional em curso. Para a perspectiva que se coloca neste trabalho, estes ruídos seriam a matéria-prima da proposta de formação dos profissionais.

Dando-se conta de todas estas explicações possíveis para se aproximar das especificidades do trabalho em saúde, reafirmo o desafio indicado por MERHY (1997b, p.126) como o de "procurar reconstruir um outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, (...) não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado", como também avalio que a maneira de alcançar esta dimensão do vínculo entre sujeitos, para que seja possível tentar recriá-la, precisaria contemplar estratégias de abordagem que dessem conta de se inserir neste contexto mais subjetivo e imerso em afetos, valores, conceitos e preconceitos aí presentes. A proposta que se traz nesta pesquisa pretende analisar uma forma possível, entre outras tentativas, de aproximação e abordagem deste objeto.

Além das especificidades do trabalho em saúde, uma dificuldade indicada por alguns autores diz respeito à desconexão dos aparelhos formadores instituídos frente às necessidades colocadas. Para o Programa de Desarrollo de Recursos Humanos em Salud da Organização Panamericana de Saúde (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994), vem ocorrendo também uma desconexão entre os parâmetros de formação de pessoal frente às necessidades colocadas pela realidade social, em função da dinamicidade das demandas colocadas pelos serviços de saúde, como também pelas dificuldades político-administrativas das instituições formadoras em adequar-se. Segundo BÓGUS (1992), estes organismos (como Universidades, Centros de Formação, Institutos, entre outros) têm tido percalços em equacionar as demandas colocadas, sejam aquelas do nível central formulador de diretrizes de mudança, que não provê recursos necessários, ou é permanentemente perpassado por instabilidades políticas, seja pelas pressões dos serviços locais, fundadas na lógica do imediatismo, ou marcadas pela continuidade das experiências passadas. Por outro lado, as organizações de formação têm uma tradição de não responderem às diretrizes preconizadas pelo SUS, na medida em que desde a época de sua maior ampliação (décadas de 60 e 70), a perspectiva adotada não correspondia às reais necessidades da população, caracterizando-se por uma atenção especializada,

privatizante, distante das condições de vida e saúde da maioria dos brasileiros. Atualmente, esta é a tendência hegemônica que preside a formação desenvolvida*.

1.2.2.1. Breve panorama sobre a situação atual da formação dos profissionais de saúde e algumas propostas de enfrentamento da questão

Considerando as necessidades de transformação dos modelos de atenção e prestação de serviços, a trajetória da formação dos profissionais de saúde no país e as necessidades que se colocam pela especificidade do trabalho em saúde, seria necessário recapitular algumas constatações:

- Tem-se verificado que a partir da década de 80, os problemas do setor foram deixando de ser exclusivamente quantitativos, tornando-se também qualitativos, porque:
 - ampliaram-se os serviços sem a devida atenção com a qualidade;
 - houve uma crescente diversificação de funções atribuídas às equipes locais;
 - foram confiadas tarefas cada vez mais complexas aos profissionais de nível médio e elementar;
 - houve e ainda há um desequilíbrio entre a oferta de pessoal pelas universidades e o preenchimento satisfatório de cargos no serviço público, principalmente se considerarmos a distribuição no território nacional;
 - há uma concepção arraigada a respeito da inércia do serviço público e uma real incapacidade do sistema em dar respostas ágeis e efetivas*
 - é marcante a lógica tecnicista da formação do profissional de saúde, que enfatiza o saber e o saber-fazer em detrimento do saber-ser e valoriza os conteúdos selecionados a partir do olhar biomédico (SORDI & BAGNATO, 1998, p. 84);
 - o trabalho é orientado por uma lógica *taylorista*, que fragmenta os problemas de saúde, que leva à perda do envolvimento com o ser humano como um todo, que separa os membros da equipe segundo recortes artificiais do objeto de trabalho,

* FARIA, N.M. *apud* BÓGUS, C.M. **A Reforma Sanitária e a Educação Continuada: a Importância do Investimento nos Recursos Humanos dos Serviços Locais de Saúde**. São Paulo, 1992 [Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo (USP)].

perdendo, enfim, a noção de finalidade das ações e da necessária interdependência dos olhares profissionais na resolução do problema de saúde individual ou coletivo (grifo do autor) (HADDAD *et al.*, 1994);

-é flagrante a desmotivação da maioria dos profissionais (quando a expectativa é muito grande), que aguardam “um plano que venha a dar resposta aos principais problemas de seu dia-a-dia” (tradução livre da autora a partir de HADDAD *et al.*, 1994, p. 46); referem fazer o que podem, mas acreditam que somente um novo contexto externo ao serviço conseguirá mudar as atuais condições de trabalho e assistência à população;

-aqueles profissionais ou serviços que buscam qualificar sua ação, por outro lado, têm acesso a cursos de reciclagem, atualização e capacitação, sendo freqüentemente frustrados em suas expectativas, na medida em que acreditam que os problemas do trabalho na assistência se resolvem através dessas ações pontuais, muitas vezes centradas na transmissão de informações, em detrimento de uma análise da situação concreta dos processos de trabalho que aposte em múltiplas, criativas e permanentes intervenções.

- Outras necessidades colocadas apontam para a capacitação na área de gestão estratégica dos serviços no sentido de promover a participação ativa da população (facilitação de mecanismos de decisão, negociação e construção de consensos) e dos profissionais, para viabilizar a melhoria da qualidade do trabalho e dos serviços.
- E, por fim, mas não menos importante, têm-se tornado recorrentes as demandas vêm reorientar as práticas do profissional, agente que, de um lado, integraria conhecimentos político-sociais, epidemiológicos, entre outros, dirigidos a atender as necessidades individuais e coletivas do cuidado em saúde e, de outro, buscaria ser o promotor permanente das transformações desejadas (HADDAD *et al.*, 1994).

Entretanto, os revezes e as proposições para superar esse quadro têm deixado um rastro de contradições. Para SORDI & BAGNATO (1998), algumas propostas de educação dos trabalhadores de saúde têm procurado realçar mudanças que, na verdade, seriam aparentes, isto é, como não atingiriam núcleos centrais das concepções anteriores, estariam apenas reforçando-as sob novas roupagens. Estas autoras destacam que elementos centrais como habilidades de leitura crítica do mundo não estariam sendo

* PARANAGUÁ DE SANTANA, J. & GIRARDI, S.N. *apud* HADDAD, J.Q. *et al.* **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington-EUA, Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Programa de Desarrollo de Recursos Humanos em Salud, 1994, p. 1-60.

alcançadas nessas propostas. Outra situação característica é a manutenção da separação entre teoria e prática nos processos pedagógicos relacionados à prática profissional. Enquanto nos momentos teóricos seria permitido todo tipo de reflexão política, na volta ao trabalho, tudo isso viraria letra morta e se cuidaria de exercitar uma prática profissional tecnicamente adequada ou competente, retirada do contexto sociopolítico de que fazem parte.

Analisando todas estas questões levantadas, identificamos a proposta de formação dos profissionais de saúde colocada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Organización Panamericana de la Salud (OPS) e desenvolvida por HADDAD *et al.* (1994) como referência inicial para nossas reflexões.

Para esta perspectiva, tanto do ponto de vista da sua formação inicial, quanto da capacitação em serviços, há uma necessidade de reformulação global da teoria e da prática atuais desse campo. Entendendo que a formação profissional deva ser

“um processo permanente, apoiado no trabalho como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, privilegia a participação coletiva e multidisciplinar (para favorecer) a construção dinâmica do novo conhecimento, através da investigação, manejo analítico da informação de saberes e experiências” (tradução livre da autora a partir de HADDAD *et al.*, 1994, p. xviii-xix).

Assim, esses autores acreditam estar criando condições para a continuidade dos processos de inovação, criatividade, desalienação e geração de conhecimento, articulando qualidade no trabalho com qualidade no serviço, na medida em que “o trabalho se dirige a alcançar em todas e em cada uma das etapas do processo ali desenvolvido, um mesmo fim, uma só missão: um cuidado adequado das necessidades dos usuários” (HADDAD *et al.*, 1994, p. 47).

Ampliando a perspectiva apontada por estes autores, CAMPOS (1997a), expoente do campo do Planejamento e Gestão da Saúde Coletiva, ressaltaria que o resgate da missão institucional no processo de trabalho não é suficiente para mobilizar os trabalhadores no sentido das mudanças pretendidas. Para ele, que se referencia na Análise Institucional, seria necessário também retomar a dimensão da realização profissional de uma obra que, afinal, recupera a autonomia individual, imprimindo crescentes graus de liberdade ao próprio trabalho. Este autor nos fala de múltiplos arranjos institucionais que viabilizem os diversos graus de verticalidade (linhas de mando e auto-governo) e de horizontalidade (linhas de auto-governo) das instituições, assumindo a necessidade de se descobrir graus de autonomia e responsabilidade atribuídos e auto-atribuíveis para e pela equipe de trabalho. Esta análise poderia ser

compreendida em associação com a que fez MERHY (1997a e b), assumindo a potencialidade instituinte das interações no trabalho em saúde, especialmente do vínculo profissional–pessoa em cuidado e da subjetividade aí envolvida.

Retomando o desenvolvimento da proposta de formação profissional da OPS, HADDAD *et al.* (1994) assumiram algumas idéias centrais:

- tomam o profissional de saúde enquanto um sujeito dos processos de mudança que envolvem ele próprio, a sua relação com o usuário e as necessidades de qualificação do serviço;
- que o processo de aprendizagem mais autêntico e criativo ocorreria dentro do contexto do trabalho propriamente dito, sem separar concepção de execução, procurando superar a visão de que os serviços são, estritamente, campos de aplicação de conhecimentos adquiridos nas Escolas e Universidades, lugares tradicionais da educação;
- a base pedagógica da aprendizagem seria a problematização, desenvolvida na obra de Paulo Freire, que reconhece, por um lado, a apropriação de conhecimento se dando pela mediação do educador, mas também na relação entre sujeitos educativos e, por outro, preconiza a análise das condições existentes e das propostas para superá-las em sua complexidade e integralidade, na medida em que acontece em seu próprio contexto de realização e é desenvolvida pelos atores que as efetivam, através da troca e construção de conhecimentos, valores, expectativas, num processo de desalienação;
- reafirmando a natureza social e coletiva do trabalho em saúde, aponta a necessidade da integração técnica e social da equipe de saúde para dar conta, de forma resolutiva, dos problemas de saúde e das necessidades dos usuários; nesse sentido, é também importante que se coordene as ações nos diversos níveis de complexidade do sistema, segundo a sua finalidade;
- supõe, dessa forma, um projeto institucional composto de mudanças na cultura da instituição e nos estilos de gestão, coordenado para que se realize uma “análise (coletiva) e estratégica da situação institucional, a problematização da (sua) missão (revisão ou retomada), a construção da imagem objetivo de qualidade e (...) a definição dos problemas de qualidade sobre os quais se vai intervir” (p. 54); por isso, defende que nem todos os problemas de qualidade são problemas educacionais, ainda que tudo tenha começado com a proposta de se realizar a educação dos profissionais.

Destaca-se nesta proposta de formação profissional em saúde, a necessária inserção dos processos formativos no contexto mesmo onde se dá a experiência de trabalho, procurando, de um lado articular teoria e prática, através de uma dialética entre ação e a reflexão sobre ela, bem como o entendimento de que a Educação dos profissionais pode ser uma mediadora dos processos de mudança.

Esta proposta aproximaria os processos formativos da gestão dos serviços de saúde, trazendo para o centro do trabalho educativo um conflito geralmente não explicitado nos processos institucionais, isto é, o antagonismo primário do serviço que seria "atender a necessidades sociais do público" e os secundários que seria os de "garantir a sobrevivência da instituição e o interesse dos agentes" que a compõem. Este é um conflito permanente, mas que é passível de ser abordado, tanto quanto for explicitado coletivamente, pela busca de uma definição que combine arranjos co-acordados, sempre provisórios, acerca da realização do destino da instituição e do atendimento dos interesses dos agentes produtores dos serviços. Conforme indicado anteriormente, o atendimento destes interesses passaria pela continência, nos resultados institucionais, da dimensão da realização pessoal dos profissionais que ali atuam (CAMPOS, 2000, p. 129). Por outro lado, o trabalho de formação/acompanhamento continuado baseado na ação-reflexão, precisa também estar orientado por uma análise conjunta dos participantes do grupo e equipe de apoiadores institucionais/oficineiros⁵, em que se delimitaria um momento de interrupção dos trabalhos, baseada numa perspectiva de gradativo aumento da autonomia dos sujeitos.

Em relação à metodologia problematizadora no ensino dos profissionais de saúde, SORDI & BAGNATO (1998) trazem contribuições importantes. Estas autoras ressaltam a necessidade de que os próprios educandos construam conceitos, refletindo sobre suas experiências concretas, a evidenciação de concepções diferentes frente a um mesmo tema, a contextualização histórica dos temas abordados, considerando as mudanças de visão que vão se desenrolando no tempo, produzindo sínteses das principais idéias relacionadas aos temas abordados. Outra proposta desta metodologia, segundo elas, diz respeito à utilização de textos. Argumentam que deveriam ser usados como pretexto para desenvolver as capacidades de duvidar, de argumentar, de ouvir e respeitar

⁵ Conforme a perspectiva que se adota, o educador que desenvolve este tipo de trabalho poderia ser chamado de apoiador institucional, se se privilegia a perspectiva da Análise Institucional na proposta metodológica desenvolvida, ou oficinairo, conforme o termo mais usualmente adotado pelo Laboratório, que nos remete à abordagem no formato em oficinas.

opiniões diferentes, de avaliar cuidadosa e rigorosamente antes de tomar decisões, assimilando as fundamentações teóricas e práticas daquilo que assumem como perspectiva. Por fim, os processos avaliativos, segundo as autoras, devem transpor a lógica da disciplinarização, expressas nas formas correntes de exercer o poder entre educador-educando. Para elas, nas avaliações deve ser perseguida uma perspectiva de levar em conta as múltiplas leituras do objeto de estudo, criando formas de exercitar a divergência construtiva, a autonomia intelectual daquele que é/pensa diferente. Desta forma, as autoras acreditam que o aprendizado problematizador assim compreendido, dependeria, então, de uma íntima relação entre teoria e prática, entre apropriação de conceitos a partir da leitura crítica da realidade, para que seja construído um conhecimento duradouro, possível de ser recriado na prática profissional, articulado a uma práxis de cidadania e de transformação social. Neste sentido, sua visão sobre a formação de profissionais de saúde segue a mesma direção, como a proposta de HADDAD *et al.* (1994), à ação-reflexão dos sujeitos em formação, também conhecida como pesquisa-ação, pois assumem a necessidade de tornar o aluno capaz de “compreender criticamente a prática social na qual vive e em que vai interagir profissionalmente” (p. 85).

Como já foi evidenciado, nossa perspectiva é a de analisar a dimensão educativa do trabalho em saúde, especificamente a relação profissional de saúde–pessoa em cuidado, assumindo o trabalho em oficina como uma abordagem que focalizaria esta esfera no processo de formação dos profissionais de saúde, considerando o desenvolvimento de seu papel educativo. Seria importante, como consequência, identificar possíveis analogias e complementaridades entre os campos da formação de profissionais de saúde e da formação de educadores.

Quando se focalizam as propostas mais recentes no campo da Educação voltadas para a formação de educadores como a de CARR & KEMMIS (FIORENTINI, SOUZA & MELO, 1998; CRISÓSTIMO, 1999), de SCHÖN (CAMPOS & PESSOA, 1998), entre outros, se propõe uma formação de educadores a partir da reflexão sobre a própria prática. Considera-se que o processo de formação se dá através da reflexão crítica, que progressivamente vai se construindo na equipe de educadores, com ajuda externa ou não. Estas reflexões/investigações se desenvolvem sobre o que se pretende fazer e as maneiras como está ocorrendo o processo educativo. Na educação, neste sentido, seriam buscados os processos, as relações, os instrumentos e os resultados do fenômeno educativo, tendo em vista as necessidades de ensino-aprendizagem colocadas. No caso

da saúde, os profissionais realizariam essas reflexões, focalizando a dimensão educativa de seu papel profissional, considerando seus processos e objetos de trabalho. L'ABBATE (1994, 1995, 1997), no seu trabalho precursor como lacedana a partir de intervenções institucionais, vem afirmando também esta tendência na saúde, utilizando experiências já referidas, denominadas como desenvolvimento de papel profissional.

Neste sentido, tanto na Educação quanto nas experiências de formação profissional do campo da Educação em Saúde apoiadas nesta autora, coincide o reforço à associação entre mudança cultural/educação dos trabalhadores e renovação dos processos de gestão, procurando articular ação humana e mudança estrutural, caracterizando processos educativos como mediadores que, iniciados no nível "micro" podem ter desdobramentos no nível "macro", que contribuiriam, de um lado, com a revisão crítica de resultados e maior versatilidade e, por outro, com a continuidade no tempo.

Entretanto, concordando com o que salientam SORDI & BAGNATO (1998), as mudanças no processo educativo, por si, mesmo quando consideradas de forma integrada ao trabalho como processos de ação-reflexão, não resolvem as dificuldades e os desafios que os profissionais enfrentam no cotidiano das instituições, bem como "não garante(m) mudanças na qualidade dos serviços oferecidos à população (...) (dado que) esta assistência assume uma complexidade que vai para além da qualidade dos profissionais que a executam" (p. 87). Estaria indicada, assim, a necessidade da inserção dos problemas da área de formação profissional, bem como as relações de trabalho como um todo no contexto das políticas que promovam mudanças institucionais. E não seria demais realçar também que as propostas de melhoria de qualidade da atenção consubstanciadas na reforma preconizada pelo SUS, estão imbricadas no contexto mais geral das relações Estado-sociedade e das lutas por cidadania, fazendo com que os processos educativos ora analisados assumam sua real parcela de contribuição no quadro de desafios colocados.

De acordo com estas postulações, a proposta de oficina entendida como uma abordagem de formação de trabalhadores de saúde enquanto educadores, por seu caráter pontual, esporádico e não integrado ao cotidiano do trabalho, poderia ser considerada uma atividade limitada, sem repercussões significativas na prática educativa dos profissionais. Entretanto, como identificado anteriormente, ressaltando sua aposta na perspectiva da ação-reflexão sobre o trabalho desenvolvido junto à clientela, mesmo considerando sua fugacidade, poderia representar um momento relevante com contribuições para o processo de construção daqueles sujeitos cognoscentes, ou, ao

contrário, se constituir em apenas uma entre as muitas iniciativas pontuais que caracterizam, em geral, os programas de educação continuada das instituições de saúde. E, ainda, seguindo a linha de raciocínio apontada primeiramente, que, além destes eventuais desdobramentos, reconhecer quais poderiam se caracterizar enquanto uma modalidade que contribuisse para a melhoria da qualidade do atendimento ao usuário, que se coadunaria com a proposta de reforma do setor saúde.

Voltando à proposta de se efetivar uma formação dos profissionais de saúde inserida no cotidiano dos serviços, que abordasse o tema da dimensão educativa do trabalho em saúde, há que se levar em conta os desafios colocados para sua viabilização, como já foi indicado. Entretanto, outras situações podem contribuir na sua implementação, frisando aí, a fala recorrente dos dirigentes da área de saúde sobre a importância em qualificar os profissionais. Em geral, esta priorização é confundida com a realização de cursos que, por sua vez, recebem quantias significativas para viabilizar iniciativas com pouco ou nenhum reflexo sobre as melhorias pretendidas. Neste sentido, uma oportunidade a ser aproveitada, é o contexto de reforma do setor, onde persistem, apesar das diretrizes políticas de governos que buscam a qualidade dos serviços, propostas administrativas frágeis para promovê-la. O que se está argumentando é que não se pode considerar que somente em instituições democratizadas existirão condições para exercitar essa proposta. Ao contrário, acredito que é necessário aproveitar as demandas por projetos de educação permanente dos profissionais, ou mesmo de intervenções pontuais que ambicionem criar algum impacto sobre a realidade vivida nos serviços, e articulá-las às necessidades já colocadas em várias instituições por novos estilos gerenciais mais democráticos e propostas educativas que apontem para a necessidade da reflexão sobre a prática. Além do mais, é imprescindível incentivar usuários e profissionais, acreditando na capacidade de indignação latente ou expressa de cada um, envolvendo-nos numa perspectiva de que as mudanças de qualidade podem estar ao nosso alcance e não somente na mão dos tradicionais mandatários institucionais.

A proposta que se vem fazendo a partir desta análise é que as mudanças culturais nos serviços de saúde, que interfiram na qualidade das interações entre os sujeitos e no atendimento da clientela, consubstanciadas na práxis educativa em saúde analisada, podem se configurar em instrumentos mediadores da promoção destas mudanças. Mas para o reconhecimento desta práxis como objeto do campo da Educação em Saúde, foi necessário um reordenamento significativo do campo, ocorrido em passado recente em

nossa história, mediante a atuação e a correlação de forças sociais que impulsionaram mudanças importantes no contexto mais geral da sociedade brasileira. É disto que se tratará a seguir, quando se buscará recuperar esta trajetória histórica, bem como a configuração das tendências atuais do campo, procurando identificar a inserção da abordagem trazida pela Oficina, objeto deste estudo.

1.2.3. A reorientação da educação em saúde: a valorização dos sujeitos sociais e a mudança de objeto

A interseção entre Educação e Saúde, resultante do “entrelaçamento de disciplinas das ciências sociais e das ciências da saúde” (STOTZ, 1993, p. 13), também se constitui num campo de conhecimentos e práticas, que é tradicionalmente conhecido como “Educação Sanitária”, mas também pode ser chamado de “Educação para a Saúde”, “Educação em Saúde”, “Educação e Saúde”. No presente trabalho, este campo resultante será denominado Educação em Saúde, compreendido como um conjunto de saberes e “práticas diversas, mais ou menos formalizadas, oficiais ou não, que se dão no interior do setor Saúde” (PEREIRA, 1993, p.18-20).

As reflexões propostas e resultantes desse campo passam, necessariamente, pela caracterização das relações que se estabelecem entre Estado e Sociedade, uma vez que tanto a Saúde, quanto a Educação, e talvez mais ainda a Educação em Saúde, são tradicionalmente entendidas enquanto políticas públicas setoriais. São, mais precisamente, políticas sociais de um Estado, aqui considerado enquanto arena de disputas entre os grupos, as classes e forças sociais. Ao controlar o aparelho de Estado, uma força social adquire melhores condições de hegemonizar as demais. Por hegemonia entende-se uma determinada combinação entre convencimento e coerção, entre direção intelectual e moral e violência, conforme sustentam as teorias que operam com o conceito de Estado Ampliado. É fundamental, nesse sentido, destacar a dimensão pedagógica da construção de hegemonia das práticas cotidianas em que a Educação em Saúde se insere. Busca-se explicitar os “mecanismos e técnicas infinitesimais de poder que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (...) e analisar como esses micropoderes possuem tecnologia e história específica” (COSTA, 1987, p. 5-6).

1.2.3.1. Educação em saúde e o sujeito consumidor de tecnologia biomédica

Influenciada pelas experiências européias dos séculos XVIII e XIX, em que se via a necessidade de compreender a influência das condições de vida sobre a saúde das pessoas e de intervir sobre elas, a Educação em Saúde no Brasil tem sua origem marcada por um discurso e prática normatizadores. Esses discursos operavam no sentido de uma conduta racional e laica frente à doença, contrapondo-se à ideologia místico-religiosa, então predominante, com base na força.

As necessidades de domínio sobre a situação sanitária, colocadas pelo processo de urbanização derivado da economia agro-exportadora, impuseram iniciativas de controle higiênico, sobre tudo o que se impusesse à sua frente, incluindo as classes subalternas. A polícia sanitária, liderada por Oswaldo Cruz, adotou medidas de controle de enfermidades (febre amarela, peste, varíola, tuberculose, sífilis, entre outras), através da vacinação compulsória, da vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres, da normatização arquitetônica do espaço urbano e dos portos (demolições periódicas de estalagens e cômodos, legislações municipais determinando a construção de vilas operárias baratas e saudáveis em áreas pouco povoadas). Entretanto, as categorias subordinadas, agora ampliadas pela participação de imigrantes europeus portadores de ideologias libertárias anarquistas e anarco-sindicalistas compunham uma cultura avessamente sensível às práticas de dominação e exploração, fermentando movimentos de resistência. Rebeliões como a Revolta da Vacina (1904) e greves foram expressões do descontentamento da população frente ao autoritarismo das ações, que trouxeram para o plano governamental, novas exigências para as relações de classe que se configuravam.

A greve geral de 1917 exigindo redução da jornada de trabalho, regulamentação do trabalho da mulher, da gestante e da criança, organização da assistência médica, etc. evidenciava uma das facetas da crise de legitimidade do modelo agro-exportador e favorecia reformas e mudanças nas estratégias de diálogo entre grupos hegemônicos no poder e os segmentos apartados e subalternos. A partir de 1920, especificamente em 1923, com a aprovação de um novo regulamento sanitário, além da regulamentação da assistência médica das Caixas de Pensão e de Aposentadoria (Lei Eloy Chaves), o movimento higienista amplia seu espaço e poder de atuação, interferindo sobre a educação sanitária da população (medidas de divulgação de higiene pessoal e pública),

inspeção médica de imigrantes, confinamento de leprosos, tuberculosos, sífilíticos, cuidados frente à saúde infantil e das gestantes (COSTA, 1987, p.12-15).

Olhando para o que ocorria no plano intersubjetivo da cultura, da auto-imagem que o povo vai tendo de si próprio, de seus valores a partir da maneira como é tratado pelas instituições e pelo Estado, observa-se um movimento de reconhecimento do estatuto das pessoas. As ações não são dirigidas somente aos espaços (portos, moradias, etc) de comércio exterior, mas como resposta a reivindicações em função de uma nova correlação de forças, onde o segmento popular interessava. Nesse momento, a dominação explícita e coercitiva das políticas de Estado se pautava pela concepção de que as pessoas comuns, o "sujeito da vida" (TESTA, 1997, p. 141), deveriam substituir deus e sua hierarquia na terra, pela racionalidade técnico-científica, caminhando-se para o descredenciamento e desqualificação do mito religioso baseado em valores relacionados aos conceitos de povo de deus e da caridade, como também para a mitificação da ciência e da técnica que se baseiam na produção e no consumo de bens individuais.

Segundo PEREIRA (1993), essa doutrina "traz para o nível do indivíduo a questão da determinação saúde/doença, retirando o foco de atenção das reflexões sobre políticas sociais e condições de vida e de trabalho da população". Nesse sentido, a base biologicista dessa concepção se apóia no pressuposto de que os problemas de saúde da população estariam relacionados à sua ignorância de normas de higiene, ou seja, através da mudança de atitudes e comportamentos individuais, seriam solucionados os problemas de saúde como um todo (p.21-23).

Exacerbando a doutrina higienista, numa perspectiva hierárquica e autoritária de base fascista, o indivíduo deveria se adequar às prescrições da Educação em Saúde através do eugenismo. Esse "higienismo da raça", buscava evitar, através da cooperação entre ciência, educação, propaganda e legislação, qualquer desordem social ou moral, passando por cima da vontade individual, familiar, ou de quem quer que fosse. Tinha diretrizes específicas junto às crianças (pelotões de saúde nas escolas públicas), propunha hábitos de vida puritanos e o casamento eugênico, para impedir a multiplicação dos inaptos. Em 1934 foi possível incluir na Constituição Brasileira diretrizes de aprimoramento eugênico da população, presididos pelos imperativos biológicos e evolucionistas. Nesse período, a base facista dessa doutrina, mascarada pelo discurso científico, aparece de forma bastante articulada aos interesses da ditadura Vargas, encontrando o auge de seu prestígio. Essa tendência da Educação em Saúde vai

ter influência até meados dos anos 40, quando outras formas de participação social – os movimentos de organização da comunidade – começam a ganhar expressão e a rearticulação das forças sociais progressistas vai caracterizar novas relações entre o Estado e a Sociedade (COSTA, 1987, p.16-22).

Considerando as concepções e práticas higienista e eugenista que hegemonizavam a Educação em Saúde nesse período, a concepção de sujeito aí explicitada é a de um povo culpabilizado individualmente, mas, redimível pela subsunção às engrenagens da ordem social, cujas estratégias se pautavam pela biologização determinista (genético-hereditária) do processo saúde/doença. Entretanto, pode-se depreender também que, apesar da tendência hegemônica expressa, outros contra-movimentos estavam acontecendo nos subterrâneos da saúde e da sociedade brasileiras.

Observa-se que desde os anos 20 uma nova concepção de organização dos serviços de saúde vinha se conformando. Por influência da experiência americana com os centros de saúde, Paula Souza iniciava a reformulação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*: “a educação sanitária seria a base da ação sanitária, sendo reduzido ao máximo possível o poder coercitivo da polícia sanitária”. A unidade sanitária seria um irradiador de medidas preventivas e educativas para a saúde. A efervescência política que marcou o período, ficava evidente na maior ocorrência de movimentos que lutavam pela abertura e ampliação dos espaços democráticos e de direitos de cidadania, bem como na proliferação de agremiações partidárias de ideologia socialista. Coincidentemente com este clima, o movimento conhecido como sanitaria, já propunha a universalização dos centros de saúde, como serviços preventivos e assumidos pelo estado, mantendo a educação sanitária nas escolas – desde 1925 professoras primárias são formadas pelo Instituto de Higiene da Faculdade de Saúde Pública da USP, nos Centros de Saúde e nas Campanhas Sanitárias (CARDOSO DE MELO, 1987, p. 33). Embora fecunda, essa concepção não interessou ao jogo de forças do momento em que o Brasil foi tendendo a apoiar o nazi-fascismo. Num período de ditadura, arbitrariedade e cassação de direitos conquistados, proibiu-se logo a seguir a Aliança Nacional Libertadora, movimento de massas impulsionado pelo Partido Comunista, que se encontrava na clandestinidade.

* MASCARENHAS, R. dos S. *apud* CARDOSO DE MELO, J.A. Educação Sanitária: uma visão crítica, IN: PINO, I.R. (coord.) **Cadernos do CEDES (Centro de Estudos Educação e Sociedade) n° 4 - Educação e Saúde**. São Paulo, Cortez Editora/CEDES/Autores Associados, 1987, p. 28-43.

Essa perspectiva se altera pela articulação forçada do Brasil ao bloco aliado, trazendo conseqüências não só para a reorganização da economia como para as políticas sociais.

Nesse sentido, as práticas sociais dos sujeitos que vêm se constituindo acentuam características, também na saúde, de aproximação entre vida e ciência – e seu produto – a tecnologia, de valorização da cidade e da fábrica, do indivíduo e do consumo e de desqualificação do campo, da agricultura e da vida associativa. Temos, então, um terreno fértil para a hegemonização do conceito de saúde como capacidade de consumo de tecnologia através da assistência médica.

O pós-guerra vai encontrar uma sociedade brasileira em ebulição, com a esquerda política saindo da clandestinidade, as lutas no campo e o movimento operário, que se instituíam em regiões de industrialização recente, graças à política de substituição de importações e criação das indústrias de base, uma legislação trabalhista fomentada pelo populismo varguista, em resposta às pressões sociais, decorrentes das necessidades de legitimação.

A derrota do nazi-fascismo na segunda guerra e a divisão do mundo em zonas de influência norte-americana e soviética, propiciou a implementação de projetos de apoio internacional ao desenvolvimento econômico-social de países periféricos como o Brasil, conformando-se em iniciativas de vulto, para orientar as políticas públicas setoriais (PEREIRA, 1993).

Na saúde, com a constituição de um sistema previdenciário de assistência médica voltado para as camadas mais organizadas sindicalmente, destinando-se às populações marginalizadas, as ações de combate às doenças infecciosas e parasitárias e o recurso às santas casas, foi se caracterizando de forma mais evidente a segmentação entre assistência médica individual e ações coletivas de prevenção, com estas últimas deslocando-se do seu espaço de poder anterior. Nestes casos, as ações educativas eram implementadas como "forma de substituir e justificar a não organização de serviços de saúde bem estruturados" (VASCONCELOS, 1998, p. 69). De acordo com necessidades de expansão devido a demandas conjunturais, como foi o caso do interesse pela exploração da borracha e de minérios na região amazônica pelos EUA durante a Guerra, em 1942, vai se criar, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), um serviço sanitário que daria conta de controlar as grandes endemias da região, a partir de uma educação sanitária que utiliza técnicas didáticas mais modernas como grupos, recursos audio-visuais e desenvolvimento de lideranças comunitárias. A exploração agrícola é intensificada e as

necessidades educacionais do homem rural exigem a participação do trabalhador na incorporação de tecnologias.

1.2.3.2. Educação em saúde e o sujeito reformador

Após um período de franca imposição, vão-se abrindo espaços de porosidade maior, destinados à legitimação da substituição do bloco europeu, pelo estadunidense e à nova ordem econômica e política do período desenvolvimentista.

Iniciam-se processos de alfabetização de adultos que, se por um lado, respondiam às necessidades de modernização da agricultura, conformando-se às políticas eleitoreiras dos populistas, por outro continham um novo apelo de aposta no sujeito, que poderia perceber as chances de superação desses limites. A expressão mais importante dessa proposta era os “círculos de cultura” de Paulo Freire (1983), que confluíam educação e mudança político-social com revisão ético-religiosa.

Na saúde, já no início dos anos 60, projetos orientados pela perspectiva da Medicina Comunitária visavam a participação da comunidade através da constituição de pequenos grupos que, mediante a cooperação, a solidariedade e a união em torno de um objetivo comum, conseguiriam resolver seus problemas com autonomia. Segundo PELEGRINI FILHO, RAMOS, RIBEIRO (1979) nesse momento havia enfoques diferentes em relação à participação comunitária na saúde. Uma das perspectivas assumia, com mais evidência, uma certa homogeneização entre o social, o econômico e o político, de maneira a esvaziar os problemas locais ou setoriais de sua determinação estrutural, conformando uma participação mais restrita e menos ligada às “grandes decisões de caráter nacional”. Outras posições, que procuravam entender a participação em saúde no sentido da superação dos limites setoriais, enquanto coletividades com condições sanitárias relacionadas às condições gerais de vida, cujas necessidades de consumo coletivo impunham “o direito à voz e à ação na totalidade dos problemas que as afligem” (PELEGRINI FILHO *et al.*, 1979, p. 221, 222), insinuavam-se de maneira contra-hegemônica na porosidade do bloco ideológico em cena.

Incluindo-se na diversidade de percepções acima identificadas, que explicitavam os embates entre as forças sociais em disputa, as práticas de Educação em Saúde comunitária, semelhantemente às visões anteriores, orientavam-se pelo pressuposto de que a população seria a principal responsável pela resolução de seus próprios

problemas, cuidando de favorecer a “tomada de consciência” para mudança do estado de doença para o estado de saúde (PEREIRA, 1993, p. 24).

Nesses momentos de embate entre as vertentes nos campos da Saúde e da Educação em Saúde, a visão de sujeito social é menos determinada pelas circunstâncias: ainda não prevalece o questionamento radical do direito de ter saúde, mas se começa a relacioná-la com as condições de vida e com a participação nos encaminhamentos dos problemas, considerando, entretanto, que a própria educação poderia resolvê-los. Vai sendo alimentada a dicotomia preventivo-educativo *versus* curativo-assistência médica.

Evidentemente, com o crescimento, que vem desde as décadas anteriores, da influência da Medicina Curativa de caráter liberal, através da assistência médica prestada pelos institutos previdenciários, a solução mais imediata e lógica é a constituição desse sujeito individual e subalterno à ciência, à tecnologia e ao consumo. Essa tendência é parte do modo como se deu o desenvolvimento brasileiro, caracterizado pela Modernização Conservadora, com práticas que aprofundam a mercantilização dos processos de saúde-doença.

Durante o período do regime militar, o aprofundamento das relações sociais capitalistas de produção, a diminuição de gastos com as políticas sociais e a expansão dos serviços médicos privados, que acentuavam a mercantilização da doença, fomentam espaços institucionais limitados para a Educação em Saúde desenvolver suas atividades, como é o caso do planejamento familiar. Nesse período, Educação em Saúde é igual a controle e o sujeito é despossuído da terra (êxodo rural), de valores tradicionais (hiperurbanização/favelização) e de bens, mas re-valorizado pela ótica do consumo. Está recriado o estatuto do “neo-escravo”; a figura do “subcidadão” ampliada pelo fenômeno da concentração populacional nos centros urbano-industriais (STOLCKE, 1986).

Contraditoriamente, essa situação criou condições para ampliação do conceito sobre o processo saúde/doença e do redimensionamento do papel do educador e do objeto da Educação em Saúde. Como reação à agudização da iniquidade social e do descaso estatal pelos problemas do povo e frente à repressão às formas de organização partidária e sindical, foram se conformando novas formas de resistência, de organização da vida política e de relação entre o saber popular e o saber acadêmico.

A partir do segundo quartel dos anos 70, a crise de legitimidade do regime vai impondo mudanças na conjuntura econômica, política e social. A oposição ganha as eleições em 1974, o Milagre Econômico vai apresentando sinais de exaustão e a

população vai se organizando em movimentos por melhores condições de vida, pela posse da terra, contra a carestia, etc., nas Comunidades Eclesiais de Base e em outros agrupamentos. Nesses espaços, processos educativos se realizavam unindo a fé com problemas da mulher, dos transportes, da saúde, da habitação, da educação. Retomavam-se as propostas freireanas de educação de adultos para tratar dos problemas da vida das pessoas articulando novos conhecimentos a partir da re-subjetivação do povo eleito, agora identificado com deus-homem pobre, despossuído, mas todopoderoso, num fenômeno expresso no jargão do “povo unido jamais será vencido” que passa a sentir-se no direito de (SMEKE, 1989). Uma nova concepção de sujeito agora vem explicitamente dada pelo coletivo e pela pobreza valorizados na inclusão eclesiástica.

Na saúde, a deterioração das condições de vida fica expressa nos altos índices de mortalidade infantil, de acidentes de trabalho e nas epidemias encobertas como a de Meningite. A crise da Previdência começa a aparecer nos jornais. Novos profissionais, antes ligados a movimentos estudantis e/ou partidos e tendências clandestinas ou sem canais de expressão, espalham descontentamento não só pela exclusão política mas principalmente pelo processo de proletarização em curso que vem sendo denunciado em trabalhos acadêmicos. A insatisfação popular cresce e vários movimentos sociais (sindicais, populares, rurais) se organizam, expressam suas bandeiras de luta, pressionam, obtêm conquistas (CARDOSO DE MELO, 1987).

Nos espaços universitários, a resistência intelectual e a experiência de alguns profissionais das áreas da Educação, Ciências Sociais, Filosofia, Arquitetura, Saúde, entre outras, operam de forma crítica, buscando idéias favorecedoras do rompimento da ordem política. Neste contexto ganharam espaço e importância as práticas educativas e de pesquisa com caráter crítico, participativo e politizador. Os profissionais da área da saúde, que vão se organizando num movimento social voltado para um projeto de reorientação das diretrizes de atenção à saúde, buscam nas teorias das Ciências Humanas os recursos necessários para a revisão de suas próprias práticas e as bases para um novo projeto.

Na Faculdade de Saúde Pública da USP retoma-se a profissionalização do Educador de Saúde Pública, que agora não é mais professor primário, mas um profissional de nível universitário da área de saúde, que compreende o processo de saúde/doença na sua multicausalidade social, econômica, cultural e se responsabiliza por assessorar a equipe multiprofissional de saúde na identificação das barreiras impeditivas ao desenvolvimento da população, propondo medidas educativas corretivas

(CARDOSO DE MELO, 1987). As práticas educativas em saúde buscavam, nesse sentido, uma flexibilização e uma ampliação. Apartam-se das ações impositivas relativas às práticas higiênicas. Trata-se de um momento em que:

- são questionados os efeitos das práticas pedagógicas persuasivas, de transmissão de conhecimentos, que reproduzem uma relação autoritária entre educador e educando, negando a subjetividade e as dimensões coletiva e processual dos fenômenos educativos;
- é reconhecido o poder domesticador de ações educativas baseadas no saber biomédico e unicausal do processo saúde/doença e no cientificismo empiricista ainda hegemônicos, em que se faz uso de uma ciência atemporal, isenta de valores e da racionalidade instrumental que não recuperam, por si, o estado de saúde da população, e muito menos conseguem dar conta da complexidade dos novos problemas de saúde, posto que cada vez mais fica evidente sua característica medicalizante;
- são questionados o padrão de desenvolvimento socioeconômico capitalista e as conquistas científicas que, ao contrário do que se poderia supor, agravaram a iniquidade social e tornaram ainda mais complexos os desafios no campo da Educação em Saúde;
- é reconhecida a dimensão educativa das práticas dos profissionais de saúde e sua articulação com as demandas e necessidades das classes populares na formulação das políticas sociais, nas suas formas de organização e luta, rompendo com o distanciamento da Educação em Saúde dos movimentos sociais organizados.

Todas essas reavaliações e reorientações do campo estão relacionadas aos avanços da participação social e política que se deram no Brasil durante o regime militar. O movimento de técnicos por um novo projeto em saúde articulou-se a movimentos populares reivindicatórios, especialmente a partir das práticas referenciadas teoricamente na Educação Popular, constituindo o Movimento Sanitário. Assim, as mobilizações populares de resistência ao regime já mencionadas, que acabaram por formatar novas relações mais dinâmicas e complexas entre Estado e Sociedade Civil, acarretaram, também na saúde, novos rumos para os movimentos sociais e as políticas sociais que se formularam (JACOBI, 1987; SADER, 1988; SMEKE, 1989).

Esse movimento se deu, aliás, em boa parte orientado por uma revisão teórica, nos campos da Saúde e da Educação, alicerçada numa crítica ao saber médico e à corrente preventivista, mas também, por necessidades impostas por uma práxis

sociopolítica e simbólica renovada, visto que as concepções educativas que amparavam aquelas práticas autoritárias foram se tornando incompatíveis com as exigências de um sujeito social, cada vez mais crítico e organizado sociopoliticamente em torno da defesa de seus interesses (VASCONCELOS, 1987, 1991; SMEKE, 1989; STOTZ, 1993).

É nesse período que surge mais claramente a preocupação com a autonomia dos sujeitos e, portanto, com o processo de constituição de sujeitos sociais competentes e responsáveis por transformações sociopolíticas voltadas para os seus interesses. As teorias e práticas da Educação Popular e da pesquisa participante de Paulo Freire (1983) e Carlos Rodrigues Brandão (1985) passam a ser obrigatórias e o Movimento Sanitário conquista a inscrição do direito à saúde na nova carta constitucional, para tanto, formulando a proposta do SUS, que tem no Controle Social, uma de suas principais diretrizes. Caracterizado como um momento instituinte, essa revisão crítica das formas de relação entre profissionais de saúde – tradicionalmente oriundos da burguesia ou da pequena burguesia e desejanτες de ascensão social – e usuários efetivos ou potenciais dos serviços, tem colocado importantes desafios ao campo da Educação em Saúde na atualidade.

Em que pese a constituição desses novos discursos e práticas dos sujeitos, prevalecem ainda muito das práticas hegemônicas e há um grande caminho pela frente a ser trilhado a fim de superá-las.

1.2.3.3. Educação em saúde hoje

Nesse contexto de desafios colocados pelas formas de relação entre os diferentes saberes na saúde, vêm à tona as múltiplas leituras a respeito das articulações entre Políticas Públicas e Sociedade Civil, especialmente quando se expande, tanto em nível local como municipal, a rede institucionalizada de participação popular através dos Conselhos.

Procurando entender esse posicionamento contra-hegemônico na Educação em Saúde, seus limites e possibilidades, STOTZ (1993), constatou que houve um realinhamento ideológico nesse campo nos anos 70. No plano externo, o Estado capitalista em crise incorporava críticas relativas ao elevado custo da atenção curativa, favorecendo a extensão de cobertura dos serviços através da Medicina Comunitária, como medida de contenção de tensões e racionalização de custos. No plano interno, as

correntes marxista e fenomenológica disputavam a hegemonia no campo da Educação em Saúde.

A fenomenologia recusando a determinação estrutural dos fenômenos, dá maior importância aos indivíduos e aos grupos primários, que conferem maior estabilidade à vida privada e ao cotidiano das ações. O marxismo, por sua vez, aceitando a determinação estrutural dos fenômenos, exige uma implicação muito maior na luta social, com ênfase no papel regulador do Estado, ao buscar influenciar a ação dos sujeitos. Na atualidade, essas matrizes de pensamento sustentam as diferentes práxis educativas em saúde que disputam, fazem críticas e propõem alternativas de ação ao modelo Preventivista tradicionalmente dominante.

Este modelo hegemônico preconiza a inoculação de hábitos e a persuasão dos indivíduos, que devem adotar comportamentos mais saudáveis (deixar de fumar, aceitar vacinação, ter práticas higiênicas, fazer exames preventivos periódicos, etc.), mediante o contato com veículos de comunicação de massa como folhetos, TV, cartazes e jornais, ou mesmo através do acesso às informações, propiciado pelo educador. Seu papel, nesta perspectiva, é o de promover uma decisão informada sobre riscos à saúde por parte dos clientes, cujo comportamento passa a ser tratado como de responsabilidade individual. Enquanto uma visão que pretende a mudança dos comportamentos de risco, é limitada, porque o indivíduo, nesse contexto, é tido como o maior responsável por sua saúde ou culpado por sua doença. Por adotar estratégias que tratam o fenômeno educativo na sua exterioridade, esquecendo que se está lidando com opções, desejos, necessidades, estilos de vida, crenças e valores, com a subjetividade, enfim, da pessoa, desconsidera, também, que as soluções dos problemas de saúde requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista cultural e político-econômico (SCHALL & STRUCHINER, 1995; STOTZ, 1993).

O que nos parece preocupante, no plano da intersubjetividade decorrente dessa forma de relação é que, para além da baixa efetividade, uma vez que se espera que as pessoas se identifiquem com estas explicações e teorias, vai se recriando uma nova subordinação. Esse "sujeito", agora "epistêmico" (TESTA, 1997) vai pavimentando sua prática político-social em defesa de interesses conservadores, acreditados como seus e como progressistas. Grupos sociais distintos chegam a defender mais medicalização, mais "convênios, pronto-socorros e remédios" por exemplo. O problema agrava-se na medida em que este enfoque tradicional, baseado no modelo da História Natural da Doença, em que o nível da prevenção primária permite certo entendimento dos determinantes

estruturais a serem trabalhados, fundamenta grande parte do currículo de formação dos diferentes profissionais de saúde. Sendo muito utilizado na prática, ainda que revestido por outros discursos, é parte do senso comum para todos. É, na verdade a teoria que sustenta as explicações oferecidas pelos profissionais na saúde, explicitamente educadores ou não.

STOTZ (1993) nos lembra de um enfoque mais abrangente que superaria estas propostas chamadas de prevenção/promoção. São as que colocam ênfase no aspecto educativo da abordagem, e por isso aqui chamado de Pedagógico. Apesar de considerar que o comportamento individual predomina entre os fatores de risco, porque se apóia no modelo médico de compreensão das doenças, esse enfoque propõe que os indivíduos sejam levados a ter uma compreensão genuína da situação em que vivem. A partir do compartilhamento, da exploração de crenças e valores e da discussão de suas implicações práticas, é possível que os indivíduos reformulem as informações que tinham antes, assumindo, eventualmente, uma atuação na sociedade, disseminando os conhecimentos desenvolvidos.

Levando em conta que há avanços nessa vertente, uma vez que procura avaliar os componentes culturais da população, há que se ressaltar a mesma matriz explicativa, com pouca ou nenhuma reflexão sobre os condicionantes socioeconômicos e políticos do acesso às informações obtidas e das decisões tomadas, que poderiam levar ou não a determinados comportamentos desejados. Por outro lado, confere uma falsa idéia de legitimidade ao ponto de vista do sujeito cognoscente, porque é um ponto de partida para as reflexões que necessariamente devem corroborar a perspectiva científica hegemônica de saúde/doença. As conclusões do processo educativo sempre concordarão com o ponto de vista médico ou epidemiológico, parecendo muito mais uma manipulação sedutora psico-pedagógica para atingir os mesmos objetivos que o modelo criticado não atingia, o que parece mais eficaz na construção do mesmo sujeito epistêmico.

Para STOTZ (1993), outro ponto de vista que também ressaltaria o comportamento pessoal como fator de risco, conferindo legitimidade ao ponto de vista dos usuários dos serviços é a concepção denominada Desenvolvimento Pessoal. Segundo essa proposta, há uma evidente necessidade de ampliação das capacidades individuais para enfrentar os controles externos sobre a vida e a saúde de forma mais autônoma, seja porque o acesso às informações não é igualitário, seja porque o foco do processo educativo é a constituição do sujeito e não a compreensão das doenças e das

formas de como evitá-las. Nesse sentido, baseando-se na orientação humanista e na aprendizagem participativa, caberia ao educador contribuir para o desenvolvimento da personalidade individual, através da potencialização de capacidades comunicacionais, de gestão do tempo, de auto-estima, de saber lidar com grupos, entre outras, a fim de desmedicalizar as ações promovidas e aumentar as ações autônomas.

Concordamos com os autores que ressaltam que também essa concepção secundariza soluções que requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista político econômico, como também os limites de raça, gênero, classe, idade, entre outros, que se colocam para os indivíduos nas tomadas de decisão. Em contrapartida, SCHALL & STRUCHINER (1995) relativizam essa posição recomendando que “o autofortalecimento seja um primeiro estágio para auxiliar as pessoas a se tornarem mais confiantes em si mesmas, o que deve ser seguido por processos de decisão e ação que afetam o dia-a-dia das pessoas, ampliando a sua participação social em questões relacionadas à saúde e a doença” (p. 95).

Diferentemente de outros enfoques, entendemos que este não exclui, a princípio, análises e práticas mais libertadoras e autônomas, ao contrário. Com frequência, temos visto que chega a torná-las uma necessidade. O problema é que, o profissional de saúde, na maioria das vezes, não está preparado para isso.

STOTZ (1993) considera que a abordagem Radical vem contradizer as visões anteriores e superá-las. Referenciando-se nas perspectivas da determinação social da saúde-doença, postula que as condições e a estrutura social são as causas básicas dos problemas de saúde e que a Educação em Saúde pode ser um instrumento de luta política para a melhoria das condições de vida e saúde, privilegiando o Estado como interlocutor dos movimentos de usuários dos serviços de saúde e as medidas legislativas e normativas como responsáveis para modificação das condições patogênicas. Pretende, então, que o educador, através da persuasão política, envolvesse os usuários em movimentos reivindicatórios visando desenvolver uma consciência sanitária sobre os limites e possibilidades de sua ação enquanto sujeitos, promovendo mudanças políticas, econômicas e sociais. Está se tomando consciência sanitária conforme BERLINGUER*:
“(...) é a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e esse interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo”

* BERLINGUER, G. *apud* STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. IN: VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993, p. 13-21.

Uma crítica que se faz a esta perspectiva de atuação é que, contraditoriamente, adotando métodos muito semelhantes aos da proposta preventivista, postulava-se o convencimento dos indivíduos acerca da necessidade de transformações macrossociais e/ou político-econômicas. Segundo VASCONCELOS (1998), mesmo considerando que não houvesse uma fragmentação entre dimensões política e subjetiva nas propostas político pedagógicas de FREIRE (1983, 1996, 2000), a maneira como se dava a apropriação da teoria exercitada pelos sujeitos sociais respondia, fundamentalmente, à sua maneira de lidar com as necessidades colocadas pelas lutas políticas. Desta forma, a postura individual do educador adotaria uma mudança de conteúdo de discurso a ser inculcado, desviando-se, entretanto, de um cuidado especial com as interações no nível micro.

Para resolver esta situação, STOTZ (1993) propôs a revisão desta atitude, como também das relações educando-educador ou profissional-usuário. Reafirmou que o papel do educador em saúde é atuar a partir de uma compreensão da dialética indivíduo/sociedade, aplicando sua “Imaginação Sociológica, criativamente no âmbito da saúde pública”. Pressupôs, assim, que sua ação deve buscar um entrelaçamento entre a consciência individual dos próprios limites e possibilidades de vida com o reconhecimento das mesmas circunstâncias em relação a todas as pessoas que estão na mesma situação. Isto porque as necessidades de saúde “são (aquelas) de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, (são) necessidades coletivas”, posto que “a dimensão do sofrimento individual e do direito da pessoa à saúde não pode ser secundarizada”, da mesma forma que “a própria percepção da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referência dos indivíduos”. Nesse sentido, caberia ao educador “facilitar as capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais para terem o máximo poder sobre suas vidas –o que implica, necessariamente, intervir sobre as relações sociais nas quais constróem suas vidas” (p. 19-21, grifos do autor).

Desta forma, a leitura que este autor faz do papel do educador e da proposta da Educação em Saúde, aproxima a vertente do Desenvolvimento Pessoal com a Radical. Cabe, entretanto, reafirmar que o desenvolvimento das capacidades individuais e de grupos sociais não leva necessariamente à intervenção sobre as relações sociais desiguais, em geral, por limitação imposta pelo próprio educador. Isto, sem dúvida, deve ser uma proposta explicitamente colocada e perseguida por ele em suas práticas. E é neste contexto que efetivamente se consegue reconhecer o que se poderia fazer ou se fez no sentido da emancipação individual e sociopolítica pretendida.

CARVALHO (s/d), um precursor dessas reflexões na década de 70, dizia que a Educação em Saúde, que visa fomentar a participação comunitária, precisaria assumir que os processos educativos que se desenvolvem no campo da saúde não devem ter esta última como finalidade, mas sim como instrumento, vale dizer, “a educação é o objetivo central, enquanto os problemas de saúde constituem o terreno a partir do qual esse objetivo se concretiza”. Se o objetivo do educador fosse, ao contrário, as melhorias no nível de saúde da população, ele se envolveria em “convencer a população, de forma habilidosa, do que ela precisa fazer”, isto é, ficaria fazendo proselitismo sanitário, em vez de se preocupar com os objetivos pedagógicos como “democratizar a palavra, as decisões, o funcionamento orgânico do grupo”, dentre outros. Neste sentido,

“o êxito de trabalhos de saúde numa linha (que está sendo sugerida) parece depender de sua capacidade de produzir processos de grupalização, nos quais a reflexão das pessoas envolvidas possa progressivamente ultrapassar o universo pragmático de combate à doença e a sua prática seja cada vez mais animada pelo fortalecimento do ideal comunitário”,

através do “auto-questionamento constante das diferentes visões da realidade, dos objetivos do grupo e da sua própria ação”. Assim o papel do educador em saúde seria mais o de “ajudar o grupo a pensar do que pensar pelo grupo, mais de questionar do que de discursar, mais de assessorar do que de decidir”, contribuindo assim para seu crescimento em termos de solidariedade, autonomia e consciência (CARVALHO, s/d., p. 21, 28-30).

Entretanto, nem só de relações interpessoais imediatizadas vivem as práticas de Educação em Saúde. Considerando a importância dos “media”, especialmente a TV e vídeo na incorporação de informação, na criação de hábitos, costumes e comportamentos e na definição e redefinição de novos e velhos valores, a questão da Comunicação se impõe. Este espaço de conhecimentos e práticas conexo ao da Educação em Saúde, segundo PITTA (1995), também reavaliou as estratégias lineares de comunicação adotadas, levando em conta a concretude dos processos de adoecimento e a totalidade de aspectos envolvidos nas representações e nas construções de sentido do fenômeno comunicativo.

Abordando a centralidade que os “media” ocupam na sociedade contemporânea, a autora aponta a necessidade de captar os discursos que ali se espalham através das “políticas institucionais e empresariais”, aquilo que fica visível ou é silenciado pelos meios de comunicação, bem como a forma como são reapropriados pelos profissionais de saúde e pela população. Esta autora detecta que emergiu, junto com as tendências de participação sociopolítica das décadas de 70 e 80, uma crítica ao poder que esses meios

têm de “transformar as suas formas de perceber a realidade em únicas formas de percebê-la (p. 246 – grifos da autora). Nessa perspectiva, o direito à saúde viria acompanhado do direito à informação de todos os tipos: as epidemiológicas, as gerenciais, as institucionais, as diretamente envolvidas com a mobilização popular, entre outras.

PITTA (1999) também identificou, através das temáticas de discussão sobre Comunicação Social na 9ª Conferência Nacional de Saúde, duas lógicas que têm comandado as reflexões desse campo na atualidade: a Campanhista/Desenvolvimentista, que, segundo ela, se relacionaria mais ao campo da Educação em Saúde, porque propõe estratégias conjuntas de mobilização e conscientização através de meios alternativos (teatro, vídeo, cartilhas, jornais de bairro, rádios populares, entre outras) e incorpora críticas à ineficácia de campanhas de divulgação por entrarem em choque com as culturas regionais e religiosas, bem como ao desperdício de recursos com estratégias de comunicação ineficazes; e a Assistencial, mais voltada para uma visão crítica da medicalização da sociedade através dos media, como também para o processo de democratização das informações nos serviços.

Segundo a visão desta autora, o campo da Comunicação em Saúde foi deixando os espaços mais tradicionais, como assessorias de imprensa e gabinetes de secretarias, para adotar uma prática mais multiprofissional em espaços institucionais com relação mais estreita com a democratização das informações, como conselhos gestores, distritos de saúde e unidades básicas. Neste sentido, entendendo, como a autora, que as estratégias de comunicação são instâncias de mediação entre população e poder público, entre usuários e profissionais, pode-se indicar que a Educação e a Comunicação têm se aproximado buscando interfaces cada vez mais proficuas no contexto da saúde, ambas desenvolvendo uma perspectiva mais crítica em relação às práticas desenvolvidas.

1.2.3.4. Educação em saúde e desafios para mudança

Retomando as propostas e abordagens recentes em Educação em Saúde, e levando em conta os desafios colocados pelo momento de consolidação dos avanços colocados em lei, reconheceu-se o redimensionamento da atuação dos participantes das lutas dos movimentos sociais vividas nas décadas passadas, responsáveis pela ruptura político pedagógica realizada, bem como as especificidades do trabalho em saúde e sua

dimensão instituinte. Desta forma, esta pesquisa vem indicando novas situações frente aos processos educativos que se efetivam no cotidiano das instituições de saúde.

Entretanto, além do reordenamento no campo político institucional e das práticas educativas, há que se considerar o impacto sobre corações e mentes do que vem se reconhecendo como pós-modernidade. Este período em que vivemos, no final do século XX e início do XXI, tem reforçado a sensação de crise teórica e existencial nos sujeitos. Há uma profunda crítica às grandes análises globais nas Ciências Humanas, procurando configurá-las enquanto narrativas, esvaziando seu caráter de compromisso com uma mudança social, um reconhecimento das dimensões subjetivas e intuitivas presentes nestas teorias, retirando a credibilidade da racionalidade e do método científico como único conhecimento válido da realidade e uma análise de que a modernidade foi fundamentalmente catastrófica para a humanidade, considerando nosso futuro um enigma, passível de várias leituras e caminhos (VASCONCELOS, 1998).

No campo da Educação em Saúde, estas inquietações se colocam de forma candente, explicitadas na insegurança teórica frente às dificuldades de reconhecimento dos referenciais que se vem adotando, na necessidade de dar conta de uma realidade de iniquidade social que caracteriza a sociedade brasileira e especificamente a população atendida nos serviços, na busca por articulação de experiências profissionais que alimentem uma construção intersubjetiva de saberes, que também leve em conta as emoções e as perplexidades de nossa ação cotidiana (VASCONCELOS, 1998). Para GAUTHIER (em resposta à VASCONCELOS, 1998), estas perspectivas apontadas estariam amparadas numa compreensão multirreferencial da realidade, que assumisse que as lacunas dos conhecimentos construídos pudessem ser preenchidas por outros modelos teóricos complementares, que seriam válidos porque úteis à compreensão das complexas práticas educativas realizadas, reconhecendo outras sensibilidades além da razão científica como referenciais na análise.

Assim, nesta pesquisa busco contribuir para as reflexões sobre a crise de teorização do campo, indicando, como STOTZ (1993), que há uma necessidade de superação das “limitações de um enfoque exclusivamente baseado na capacidade dos indivíduos e outro centrado apenas na mobilização social e política”, procurando incorporar aspectos das distintas abordagens, naquilo que são complementares.

Numa proposta de síntese, que não se daria necessariamente por buscar o meio termo entre ambas visões, dada a própria natureza do objeto com que lidam os educadores em saúde, afirmar que os processos educativos, na prática, são em si

multifacetados, dinâmicos e muito mais contraditórios do que podem admitir quaisquer recortes teóricos, seria um ponto de partida para o desenvolvimento de uma práxis educativa comprometida com a construção de uma cidadania mais autônoma e de coresponsabilização social. Seria assumir uma postura fenomenológica procurando desenvolver uma práxis emancipatória. Pois, além dos educadores/profissionais de saúde precisarem reconhecer-se inseridos sociopoliticamente, também necessitariam identificar em si próprios as potencialidades de transcender os limites das situações e contribuir para que os educandos também o façam, reconhecendo as redes de solidariedade dos grupos sociais de que fazem parte, articulando-se nelas através dos movimentos de micro e de macropoderes. É urgente que nos conheçamos melhor como profissionais, irremediavelmente educadores: ou para aprofundar o processo de subordinação nosso e do outro, com quem nos relacionamos, ou para contribuir com o movimento de emancipação, sempre plural. É nesse sentido que o projeto de Educação Popular traz em si muitas respostas, pela recuperação de seus pressupostos medidos pela postura e atitude política identificada pelo vínculo e pelo compromisso com os interesses das classes populares: o direito ao sonho possível, a possibilidade de expressão e leitura amorosa do desejo, a construção-criação-consciência da utopia coletiva, a construção compartilhada de conhecimento, o rompimento das relações de dominação como relações hegemônicas entre os integrantes da humanidade e destes com tudo o que os cerca (FREIRE, 2000).

Considerando, então, nossa própria necessidade de valorizar conquistas, como parte de nossas práticas educativas cotidianas, como propõe BRICEÑO-LEON (1996), pode-se observar uma ampliação das práticas de Educação em Saúde, desde Oswaldo Cruz. De uma percepção linear, fragmentária, descontextualizada (calcada na visão unicausal do processo saúde-doença), autoritária (coercitiva, baseada na transmissão de informações e persuasão) e desligada da luta social no enfoque progressista, este campo de concepção e práticas foi redefinindo seus objetivos, no sentido de:

- uma renovação teórico-metodológica que incorpora a dialogicidade do processo ensino-aprendizagem, a releitura do papel do educador, enquanto um mediador da relação entre os sujeitos e o conhecimento, e da relação entre educador-educando, como processos intersubjetivos evidenciados na construção de conhecimentos que se estabelecem no cotidiano das instituições de saúde e não só nas atividades tradicionalmente referidas como espaço de atuação do educador, mais conhecidas como grupos educativos ou campanhas educativas;

- uma percepção mais ampla do processo de produção da saúde/doença/intervenção, que passa a ser entendido no contexto de seus determinantes sociohistóricos, como também do auto-reconhecimento e da potencialização das capacidades individuais e grupais;
- uma ampliação de atuação do campo, posto que a Educação em Saúde se daria em todas as ações cotidianas dos profissionais de saúde e, por fim,
- a construção da autonomia dos sujeitos, considerados em suas possibilidades e limites, enquanto agentes da superação tanto de restrições definidas a partir de uma lógica estritamente coletiva, quanto da exacerbação da vontade individual e da eliminação da objetividade (CAMPOS, 1998).

A partir destas considerações, vêm se colocando alguns desafios como a introdução destas reflexões e práticas na ossatura curricular da formação profissional em saúde o mais precocemente possível e nas estratégias de educação continuada das instituições de saúde, inseridas cotidianamente nos espaços de trabalho, bem como a análise de práticas educativas realizadas no sentido de compreendê-las segundo a perspectiva da apropriação de uma leitura do estar no mundo em defesa de relações não subordinantes da vida e para a vida. Sair do discurso consciente que ensina o outro ignorante, mas mergulhar nele, molhar-se desse fazer e, imprescindível, compartilhar as reflexões, reconstruindo a própria prática educativa, dialogada com referencial(is) teórico(s) que pressupõem a complexidade e as contradições do objeto. Desenvolver tecnologia própria, disputar espaços de intervenção de novos conhecimentos e abordagens no interior das instituições de saúde, são alguns desafios em que a práxis da Educação em Saúde tem apostado, por ser esta a sua essência.

Esta pesquisa, portanto, se insere na proposta aqui demarcada como uma abordagem educativa em saúde, desenvolvida junto a profissionais, procurando se consubstanciar enquanto uma abordagem teórico-metodológica que tenta recriar formas de fazer, a partir da releitura das práticas efetivadas nas interações que se desenvolvem nos serviços. Com vistas a compreender e delinear melhor a questão do papel do educador, como também os processos intersubjetivos que se desenvolvem inerentemente ao processo educativo, serão desenvolvidas algumas considerações a respeito dos referenciais no campo da Educação e do campo “psi” utilizados para concretização da proposta da Oficina.

1.2.4. A educação e os discursos sobre o fenômeno educativo

"...neste fim de século, de cujo momento final eu espero participar (...),
estarei engajado, tanto quanto hoje,
numa pedagogia alegre, boêmia, como eu sou, tropical, numa pedagogia do riso,
uma pedagogia da pergunta, da curiosidade, uma pedagogia do amanhã pelo hoje,
uma pedagogia que acredita na possibilidade de transformação do mundo,
que acredita na história de transformação do mundo,
que acredita na história como possibilidade."*

A Educação está sendo aqui compreendida em, pelo menos, três direções:

- como "uma prática social (...) que permeia todas as práticas sociais", ou seja, ela se constitui na medida em que, num determinado campo da vida social, se desenvolvem um saber e uma prática que necessitam ser sistematizados para a formação de indivíduos que fazem parte de uma determinada formação histórico-social (CARDOSO DE MELO, 1987, p. 29-30).
- enquanto uma "práxis educacional"*** que "se desenvolve a partir de uma intenção/reflexão específica com ação concreta sobre a realidade", como também se reformula/reconstrói em função de um processo reflexivo a respeito da experiência de construção de saberes vivida pelos sujeitos. Assim, este processo, fruto da interação dos sujeitos com o mundo e destes entre si, ocorre não só em situações intencionalmente produzidas, mas também e, no mais das vezes, nos espaços informais da vida cotidiana.
- na multidimensionalidade do fenômeno educativo, ou seja, na sua compreensão multifacetada, complexa e contraditória que envolve a articulação dinâmica entre os aspectos técnico, cognitivo, afetivo e político-social a ele inerentes*, segundo estes autores, os elementos afetivos e cognitivos se integram na dimensão humana dos processos educativos na medida em que esses são presididos pelos relacionamentos humanos e se constituem num crescimento/desenvolvimento do indivíduo. A dimensão técnica se consubstanciaria em aspectos objetivos e controláveis do

* FREIRE, P. *apud* GADOTTI, M. **Convite à Leitura de Paulo Freire**. (Pensamento e Ação no Magistério). São Paulo, Ed. Scipione, 1989.

** SCHMIED-KOWARZIK, W. *apud* SCHALL, V.T. & STRUCHINER, M. Educação no Contexto da Epidemia de HIV/AIDS; Teorias e Tendências Pedagógicas. IN: CZERESNIA, D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, S. (org.) **AIDS Pesquisa Social e Educação**. São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995, p. 84-105.

* CANDAU, V.M. & MIZUKAMI M.G.N. *apud* SCHALL, V.T. & STRUCHINER, M. Educação no Contexto da Epidemia de HIV/AIDS; Teorias e Tendências Pedagógicas. IN: CZERESNIA, D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, S. (org.) **AIDS Pesquisa Social e Educação**. São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995, p. 84-105.

fenômeno educativo, sendo explicitada no conjunto de conhecimentos sistematizados em métodos, técnicas e recursos instrucionais. De seu lado, o ponto de vista político-social fica evidente quando se percebe que esse processo do qual falamos está inserido num contexto sociocultural e histórico específico, em que as pessoas expressam posicionamentos originados de organização social, de acordo com uma determinada ética.

Enquanto práxis social, educacional e multidimensional os processos educativos apresentam diversas formas de conceber o sujeito, a sociedade e o fenômeno educativo, que informam uma visão de mundo a respeito da apropriação/construção de saberes. Essas concepções sobre as formas de aprender e ensinar tanto podem servir para reproduzir o poder e uma visão de mundo de uma dada sociedade e/ou podem também contribuir para o desvelamento das contradições subjacentes à ela, criando condições para transformá-la.

Na Educação, como na Educação em Saúde, também ocorrem disputas, convergências e complementaridades das diversas visões a respeito do fenômeno educativo. Costuma-se reconhecer que nas práticas educativas correntes há um discurso que hegemoniza os corações e mentes dos educadores e educandos, como há também correntes contra-hegemônicas que questionam aquele, procurando reorientar o que se faz, se pensa e se sente dentro e fora da sala de aula. Historicamente estes discursos foram se constituindo nesse movimento contraditório das práticas concretas dos sujeitos. A maneira de descrevê-los e analisá-los é sempre muito menos rica do que a que se vive efetivamente e conta com os óculos de quem a faz. Entretanto, este esforço é importante para que se reconheça na prática educativa em análise, os elementos presentes destes discursos. Esta é uma necessidade do processo de construção de conhecimento limitado que se tem disponível no momento.

A proposta que se segue agora é, então, apresentar alguns dos principais discursos que se desenvolvem no campo da Educação, procurando focalizar suas idéias centrais, especificamente como entendem o papel do educador nos processos formativos em curso. Foram selecionados aqueles que se identifica como mais relevantes para esta pesquisa, uma vez que os utilizamos mais ou menos intensamente como norteadores das reflexões que se fazem a respeito do trabalho em Oficina.

1.2.4.1. Discurso tradicional dominante

Como a perspectiva desta pesquisa é fundamentada na crítica que se faz a esta vertente dominante nas práticas educativas desenvolvidas atualmente, serão adotados os olhares das teorias que buscam se contrapor a ele, porque é a partir delas que se tem olhado para o fenômeno educativo.

ARANHA (1996) destaca que, para a perspectiva freireana, esta forma de fazer educação se baseia numa pedagogia bancária, centrada na narração e na memorização de conteúdos, que bloqueiam a criatividade, a curiosidade e a crítica, devido à disciplinarização e ao não entendimento dos processos educativos enquanto práxis. Em um de seus mais célebres textos, *Pedagogia do Oprimido* (1983), diz o seguinte:

"a narração, de que o educador é sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em 'vasilhas', em recipientes a serem 'enchidos' pelo educador. (...) Em lugar de comunicar-se, o educador faz 'comunicados' e depósitos, que os educandos, memorizam e repetem. Eis aí a concepção 'bancária' da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los" (p. 66, 68).

GADOTTI (1989) complementa: "sua tônica fundamentalmente reside em matar nos educandos a curiosidade, o espírito investigador, a criatividade. Sua 'disciplina' é a disciplina para a ingenuidade em face do texto, não para a indispensável criticidade" (p. 28).

Para a perspectiva construtivista, analisada por GÓES (1997), é característico deste discurso a negação de uma atividade estruturante e construtiva do sujeito cognoscente, ou seja, este é entendido como mero receptor dentro de uma relação claramente assimétrica entre professor/aluno, na qual o que o sujeito aprende/recebe representa uma quantidade de conhecimento que o outro lhe ensina/transmite.

A crítica humanista vai realçar o aspecto autoritário e burocrático deste tipo de Educação, evidenciada pela institucionalização do fenômeno educativo. ALVES (1981) realçou sua crítica, trazendo o foco para as mudanças utilitaristas de nossa formação social, que priorizaria a "função" em detrimento da "identidade das pessoas", onde os educadores são funcionários preocupados em racionalizar, gerenciar e quantificar a vida na escola (p. 14-5).

Segundo teóricos da Pedagogia Crítica⁶, como GIROUX (1992, 1997), este tipo de discurso predominante nas escolas atualmente caracteriza-se basicamente por duas afirmações:

⁶ Esta vertente da Pedagogia veio se constituindo ao longo do século XX, prioritariamente, a partir das reflexões "freudo-marxistas" desenvolvidas pela Escola de Frankfurt nos anos 20 e no pós-guerra, dos

- Aparentemente ignora que as discriminações de classe, etnia, gênero, idade e outras presentes na sociedade ocorram na escola. Vista como um local de instrução neutro, cria mecanismos os mais diversos de seleção e opressão dos estudantes (o conhecimento positivo/objetivo é transmitido e reiterado independentemente de diferenças e interesses, a experiência estudantil é reduzida a um desempenho a ser controlado e quantificado, o desinteresse/resistência é visto como incompetência), que terão menores oportunidades de romper com o processo de dominação em curso. Pode também reconhecer conflitos, mas considera que estes não devem ser enfatizados, prevalecendo os interesses comuns cooperativos. Nesse sentido a escolarização influencia e é influenciada pela sociedade, pois, não explicitando as relações entre conhecimento e poder, reproduz nas práticas escolares os antagonismos presentes na sociedade, contribuindo também para que a lógica de dominação e desigualdade mais ampla se perpetue.
- Separa a cultura das relações de poder porque desconsidera a especificidade cultural da experiência e história dos estudantes, legitimando o estilo de vida superior, através da veneração às tradições hegemônicas. Mesmo tomando as experiências estudantis como ponto de partida, incorpora-as de maneira pedagógica trivial, integrando-as a uma noção de cultura que não significa rompimento, pois existe uma "igualdade subjacente (...) (necessária a) (...) uma classe feliz e cooperativa". As formas particulares de produção de significados e ação contidas em diferentes lógicas culturais não são vistas como expressões das relações antagônicas vividas na escola e fora dela (GIROUX, 1997, p. 130).

SIGNORINI (1995) evidencia, por sua vez, a questão da despolitização da linguagem escolar, uma vez que este discurso privilegia seu uso enquanto meio de troca/transmissão de informações, desconsiderando sua natureza intersubjetiva, pois esta seria vista como pertencente a um indivíduo, não realizando-se concretamente em situação, em determinado tempo e lugar, em atos de comunicação co-construídos socioculturalmente. Desta forma, as práticas educativas seriam frequentemente usadas para silenciar os estudantes, marcadamente em omissões seletivas expressas no currículo oculto, por exemplo.

movimentos progressistas da Escola Nova de tradição americana com Dewey e da perspectiva Radical, também de origem americana, surgida por volta dos anos 60 (McLAREN, 1997). Caracteriza-se por conceber professores e alunos enquanto intelectuais, o processo de escolarização enquanto uma política cultural e os processos educativos como eminentemente emancipatórios, onde a dominação ocorreria mas não seria totalizante, agenciando habilitação pessoal e social, conferindo poder a estudantes e professores.

Conformando-se a partir da consolidação do capitalismo em nível mundial nos séculos XIX e XX, o discurso dominante tem como suporte uma racionalidade técnica-instrumental⁷, de base positivista, que separa o fazer do pensar e o aprender do ensinar. Desta forma, as explicações objetivas das Ciências Sociais empírico-analíticas (que se baseiam na lógica e na metodologia das ciências naturais) produzem instrumentos de intervenção racionais sobre a experiência do aluno, aparentemente desvinculados de juízo de valor (FIORENTINI *et al.*, 1998).

A perspectiva de formação do educador, constituída nesse discurso, e já indicada pelos humanistas, é fundamentalmente tecnicista, porque ambiciona colocar todo o processo de organização sistemática dos conteúdos, dos meios, das técnicas e dos recursos ambientais sob o controle do educador. Essa visão considera a realidade como algo dado, identificando que o conhecimento alcançado se expressa no comportamento evidenciado pelo sujeito. Por isso é chamada de Comportamentalista. O conhecimento está no objeto que se dá a conhecer. E o homem, sendo um produto do meio em que vive, conhece essa realidade factual, através de condições controladas. A educação, neste sentido, se responsabilizaria por dar um caráter científico, através de metodologias empiricamente testadas e validadas, às mudanças de comportamento. O mecanismo responsável por esse resultado seria o favorecimento de estímulos, a obtenção de respostas adequadas ou não e o reforço do comportamento esperado pelo educador e pelo meio ambiente sociocultural circundante (SCHALL & STRUCHINER, 1995).

Apoiando as tendências de burocratização da escola e de proletarização do magistério, FIORENTINI *et al.* (1998) vai destacar que o foco do conhecimento profissional são os conteúdos das próprias disciplinas, descontextualizados de perspectivas histórico-epistemológicas de organização e sistematização dos conceitos. Os professores vistos como técnicos especializados, serão "treinados para compartilhar técnicas e para dominar a disciplina da sala de aula, para ensinar um assunto eficientemente e organizar o melhor possível as atividades diárias" (GIROUX, 1992, p. 14). Portanto, sua competência está limitada ao domínio de conteúdos e habilidades de ensino determinadas por

⁷ Para FIORENTINI *et al.* (1998) este tipo racionalidade seria um dos interesses constituintes do saber humano para Habermas. Outro interesse constituinte seria o prático, de base interpretativa, pelo qual se interpreta os significados dos praticantes da ação para subsidiar o juízo prático, procurando substituir as explicações científicas por essas interpretações, pressupondo que a prática se modifica mudando a maneira de compreendê-la (CRISÓSTIMO, 1999). Além desses dois, o interesse emancipatório de base dialética visaria a libertação dos sujeitos, a partir da constituição de uma autonomia racional, conformada por um entendimento sistemático e articulado entre condições objetivas e subjetivas da vida do sujeito e pela reflexão a respeito das teorias que orientam sua prática; esses entendimentos reflexivos da prática

especialistas, sem que ousem direcioná-las num programa curricular próprio*, constituindo-se, assim, uma atuação profissional acrítica, pouco criativa, de mínimo controle sobre seu trabalho.

Se de um lado, ao aluno é destinada uma incapacidade estruturante no processo educativo, sendo considerado subordinado aos ditames da hierarquia pré-estabelecida em sala de aula, de outro, o professor parece ser controlado por uma lógica científica, com pequena ou nenhuma possibilidade de questionamento. O saber profissional exclui a reflexão teórica e filosófica, por ser pragmático e ativista, aceitando se aperfeiçoar a partir de um conhecimento supervalorizado produzido por especialistas acadêmicos (FIORENTINI *et al.*, 1998).

1.2.4.2. Discurso humanista e anti-autoritário

Enquanto o discurso anterior é marcadamente objetivista, a perspectiva que se apresenta agora vai postular justamente o contrário.

Esta abordagem foi estruturada nos campos da Psicologia e da Educação, procurando se contrapor à visão tradicional, conformou-se pelo trabalho do psicólogo clínico Carl ROGERS**, a partir da utilização da dinâmica de grupo do "T-group" na Pedagogia⁸, pela escola de Summerhill do educador inglês A. NEIL***, e por teóricos de tendência anarquista como o espanhol FERRER****. No Brasil, Rubem ALVES pode ser considerado como expoente desta vertente.

Tendo como pressuposto a máxima de que "o homem é o arquiteto de si mesmo" (SCHALL & STRUCHINER, 1995, p. 87), secundariza a transmissão de conteúdos e busca "favorecer à pessoa um clima de autodesenvolvimento e realização pessoal, o que implica estar bem consigo próprio e com seus semelhantes". Para essa concepção, "o resultado de uma boa educação é muito semelhante ao de uma boa terapia" (LUCKESI, 1990, p. 59). Afirma também

configurariam, limitariam e determinariam sua ação, para resolver os problemas aí colocados, mediante comunicações e interações não alienadas (FIORENTINI *et al.*, 1998, CRISÓSTIMO, 1999).

* ZEICHNER, K. M. *apud* GIROUX, H. **Escola Crítica e Política Cultural**. São Paulo, Cortez /Editores Autores Associados, 1992.

** ROGERS, C. *apud* LUCKESI, C.C. **Tendências Pedagógicas da Prática Escolar IN: LUCKESI, C.C. Filosofia da Educação**. São Paulo, Cortez, 1990, p. 53-75.

⁸ O T-group ou "training group" é uma dinâmica de grupo onde a interação de 10 a 15 pessoas é observada por um monitor, que busca intervir o mínimo possível, no sentido de trabalhar as relações de tendência autoritária no grupo (ARANHA, 1996).

*** NEIL, A. *apud* LUCKESI, C.C. **Tendências Pedagógicas da Prática Escolar IN: LUCKESI, C.C. Filosofia da Educação**. São Paulo, Cortez, 1990, p. 53-75.

**** FERRER, E. *apud* ARANHA, M.L.A. **História da Educação**. São Paulo, Moderna, 1996.

que a singularidade humana é fruto de sua "consciência autônoma que lhe permite significar e optar". Nesse sentido a realidade se concretizaria a partir das interpretações intersubjetivas, sendo a produção de conhecimento um processo parcial e limitado, baseada na experiência singular e subjetiva de cada um, em sua interioridade. Garantindo-se a liberdade individual de experimentar, naturalmente o ser humano estaria motivado e curioso para aprender, estabelecendo seus objetivos, métodos de aprendizagem e a própria avaliação (ALVES, 1981; SCHALL & STRUCHINER, 1995, p. 87-8).

O educador seria um, acompanhante que não dirige o aluno, um facilitador da aprendizagem, através da autenticidade, da afetividade, da viabilização de um clima favorável ao aprender a aprender. Sua formação se voltaria para um "esforço (...) em desenvolver um estilo próprio de facilitar a aprendizagem dos alunos", confiando plenamente na capacidade de aprender latente. As intervenções do educador utilizariam técnicas de sensibilização para ajudar os alunos a organizar-se e expressar-se sem ameaças. Desta forma, o aprender resultaria de um processo de auto-valorização, propiciada pelo educador. Novos conhecimentos seriam obtidos na medida em que o sujeito se reconhecesse capaz de atingir as metas pessoais, podendo, a partir daí, modificar suas percepções de um fenômeno. Quanto mais relacionado às percepções do próprio aluno, mais relevante será o aprendizado (LUCKESI, 1990, p. 60).

Para ALVES (1981), o trabalho educativo se fundaria numa dialética onde a dimensão burocratizada e racionalizada precisaria ser superada por uma perspectiva da interioridade. Os educadores o realizariam de forma artesanal, fruto, basicamente, de uma vocação, expressa no amor, na esperança e na própria estória, sendo voltado para o desenvolvimento da "relação que os liga aos alunos". Este autor ressalta que "a educação é algo pra acontecer neste espaço invisível e denso, que se estabelece a dois", que não comporta critérios de avaliação devido à sua imponderabilidade, cuja compreensão demanda menos a racionalidade e mais a afetividade, característica dos fazeres dos artistas, dos religiosos e dos utopistas, porque deveria estimular a criatividade, a expressão do desejo, a afirmação do significado humano dos sujeitos (p. 13-23).

As questões que estão implicadas com esse discurso dizem respeito a uma evidente valorização da subjetividade no processo de aprendizagem, como também contribuem importantemente para as reflexões a respeito dos desvios do poder que ocorrem nas interações educativas.

Durante este trabalho de pesquisa, venho ressaltando a afetividade como constitutiva do fenômeno educativo, procurando dar conta da questão intersubjetiva no trabalho educativo em saúde. Neste sentido este discurso auxilia estas reflexões. Por outro lado, a evidenciação que considera pouco os condicionantes econômicos e político-sociais presentes no fenômeno educativo, postulando a expressão livre de desejos e a afirmação da interioridade dos sujeitos, não capacita os educandos para enfrentar a vida em sociedade, corroborando, assim, uma visão individualista do mundo e das interações que aí ocorrem. Além disso, o descuido ou a não priorização da socialização da cultura e dos conteúdos científicos acumulados historicamente pela humanidade pode provocar sérios problemas, principalmente do ponto de vista dos segmentos despossuídos e marginalizados da sociedade, que continuarão, apesar de mais auto-confiantes, pouco instrumentalizados para a superação de sua situação de dependência e subalternidade nas questões de gênero, classe, etnia, dentre outras, em que se encontram inseridos (ARANHA, 1996). Neste sentido, não deveria ser negado o papel do outro em tensionar uma perspectiva parcial e fragmentária que se apresenta nos processos educativos. Estas perspectivas estão, por sua vez, influenciadas pelas posições estruturais em que se encontra o sujeito, ricas de preconceitos, discriminações, visões distorcidas. Na medida em que se tome contato com elas, sua reificação, não contribui em nada com a liberdade do sujeito, mas, ao contrário, aprisiona-o ainda mais.

1.2.4.3. Discurso da educação popular problematizadora

A perspectiva trazida agora tem em Paulo Freire seu principal expoente e se caracteriza por uma concepção progressista que realça o caráter político da Educação, voltada para as necessidades de emancipação popular e pela transformação da realidade social.

Marcado por suas origens humanistas e cristãs, de um lado, e pela compreensão e ação marxista sobre a realidade, por outro, este autor foi construindo sua trajetória e sua teoria político-pedagógica a partir da experiência de educação de adultos desenvolvida no nordeste brasileiro, nos anos 50 e início dos 60, que envolvia a alfabetização conscientizadora de trabalhadores rurais, através da criação dos "círculos de cultura", desenvolvendo o que ficou conhecido como Método Paulo Freire. Logo em seguida, com a interdição dos governos militares pós-64 e o exílio, sua trajetória ganhou novo impulso com os trabalhos que realizou em diversos países com governos

progressistas, assessorando planos de educação de adultos, aprofundando sua fértil produção reflexiva sobre estas experiências. Em sua volta ao Brasil, após a anistia, em 79, continuou seu trabalho articulado com os movimentos sociais, em universidades paulistas, no Partido dos Trabalhadores e na prefeitura de São Paulo. Atualmente é reconhecido como um dos grandes pedagogos da atualidade, referência mundial das propostas educativas voltadas para a educação popular emancipatória.

Trabalhando a partir da perspectiva dialógica, o autor desenvolveu a *Pedagogia do Oprimido* (1983), uma educação como um processo potente de humanização, mediante o estabelecimento de uma relação horizontal entre educador e educando, em que ambos aprendem num processo intercomunicativo, a partir da colaboração, união, organização e síntese cultural, em que a comunhão da práxis do povo e da liderança revolucionária pode concretizar a emancipação dos oprimidos (GADOTTI, 1989). O conhecimento construído coletivamente é produto da reflexão sobre a prática dos educandos, a partir do desvelamento ou problematização de seus aspectos de dominação, buscando-se um posicionamento para sua mudança. Da mesma forma, os homens e mulheres ali envolvidos reconhecem-se como "portadores/fazedores de cultura", resgatando-se de sua situação tradicionalmente subalterna na sociedade, com a "expulsão do opressor de 'dentro' do oprimido" (FREIRE, 1996, p. 93, grifos do autor), restituindo-lhes a humanidade roubada.

Segundo ARANHA (1996), a concepção problematizadora de Freire afirma a "auto-gestão pedagógica" em que o "professor é um animador do processo, evitando as formas de autoritarismo (...) por meio das discussões dos grupos, (...) recusa(ndo) a transmissão de conhecimentos vindos de fora" (p. 209). A perspectiva aqui assinalada é, muitas vezes, apontada para se fazer críticas a uma visão freireana que desconsideraria a diretividade do educador, igualando educador e educando (GADOTTI, 1989; ARANHA, 1996). Em outros escritos posteriores Freire procurou retomar suas idéias em relação a este aspecto central em sua obra, dissipando dúvidas. Em seu livro *Pedagogia da Autonomia* (1996), dirigido à formação de educadores, como também em *Convite à Leitura de Paulo Freire* (1989) Gadotti, um de seus mais assíduos colaboradores, abordou a temática, através de um estudo cuidadoso da obra freireana voltado para a formação de jovens educadores. A formulação que se segue foi a que se conseguiu obter a partir destes textos esclarecedores.

A postura pedagógica do educador definida por FREIRE (1996) se constituiria de uma faculdade de escutar que "significa a disponibilidade permanente (...) para a abertura à fala

do outro , ao gesto do outro, às diferenças do outro", aprendendo "a falar escutando", sendo "cortado pelo silêncio intermitente de quem, falando, cala para escutar a quem, silencioso, e não silenciado, fala", acreditando na importância do silêncio e na "fala comunicante de alguém", que "procure entrar no movimento interno do (...) pensamento" do outro, que vira "linguagem". Esta escuta não é "um jogo tático" em que o educador pretende tornar-se simpático ao educando. Seria, entretanto, uma maneira de superação da concepção ingênua "com o educando e não sobre ele", tomando-a como "ponto de partida para a compreensão do papel da curiosidade (...) como um dos impulsos fundantes do conhecimento" (FREIRE, 1996, p. 132, 135, 138-9, grifos do autor). Desta forma, afirmaria uma diretividade na prática do educador, onde o "respeitar o aluno não significa deixá-lo na ingenuidade. Significa assumir sua ingenuidade com ele, para ultrapassá-la", considerando que o educador "não pode manipular os alunos, mas também não pode abandoná-los à própria sorte", combinando autoridade com liberdade para que o aprendiz se torne capaz de recriar ou de refazer o ensinado (GADOTTI, 1989, p. 73). Neste sentido, seria fundamental ao educador, por um lado, "conhecer o conhecimento existente", e ao mesmo tempo estar "aberto e apto à produção do conhecimento ainda não existente", e por outro, colocar-se numa posição comum ao educando de curiosidade epistemológica, convocando "a imaginação, a intuição, as emoções, a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca da perfilização do objeto ou do achado de sua razão de ser". Nesta prática educativa se postula "que o educando vá assumindo o papel de sujeito da produção de sua inteligência do mundo", enquanto ser condicionado pela história, mas não determinado por ela, com um futuro a ser construído, mas não imobilizado pela lógica neoliberal em voga, onde se impõe uma ética e uma responsabilidade crítica e não submissa frente às iniquidades de todos os tipos. A ética de que se fala aqui se constitui como fundante na prática educativa, tanto quanto os conteúdos científicos, mas também se configura na coerência entre discurso e prática, que não se limita à atividade docente, mas numa postura de vida (FREIRE, 1996, p. 18, 21, 31, 72, 98, 140).

Portanto, a dialogicidade entre educador e educando, a comunicação e a construção de conhecimento fruto da interação entre saber popular e técnico-científico, fundam a práxis educativa freireana, entendida como "movimento (...) dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer", porque como educador, reconheço que "quanto mais me assumo como estou sendo (...), mais me torno capaz de mudar, de promover-me, no caso, do estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica" (FREIRE, 1996, p. 43-4). Esta auto-avaliação crítico-reflexiva configura um aprendizado permanente e mais seguro, que amplia as possibilidades de recriação dos processos formativos de ambos.

Mas não é só a capacidade crítica e consciente que se faz necessária à leitura do real para este autor. Também a sensibilidade e a afetividade (GADOTTI, 1989, p. 75), estão associadas aos aspectos gnosiológicos, políticos e morais presentes no fenômeno educativo. Resgatando o que há de informal nas interações e nos significados dos gestos, aparentemente sem intenção, que em geral passam despercebidos, FREIRE (1996) reconhece "o valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da intuição e da adivinhação", ressaltando que "o importante (...) é não pararmos satisfeitos ao nível das intuições, mas submetê-las à análise metodicamente rigorosa de nossa curiosidade epistemológica". Afirmando como falsa a separação entre seriedade docente e afetividade, procura entender a prática educativa dentro de "uma certa dimensão terapêutica", porque humana, desde que esta dimensão não interfira no exercício da autoridade docente, ou na busca constante pelo respeito à dignidade e aos direitos dos sujeitos envolvidos na relação educativa (FREIRE, 1996, p. 48-51, 160-3). Afirmando, então, uma convergência entre afetivo e cognitivo, o autor recupera a tendência deste fim de século de afirmação do sujeito, da singularidade e do corpo nas instâncias de luta dos micropoderes nos processos sociais e educativos, reforçando uma "Pedagogia do Contentamento", pela "construção alegre do coletivo", reconhecendo "o quanto o afetivo é determinante na construção do cognitivo", porque "o ato de conhecer é tão natural quanto o ato de andar, de se alimentar, de amar", advertindo, entretanto, que não se deve confundir a "alegria com a alegria fácil do não-fazer", frisando que o "o ato de estudar é difícil. é exigente. mas é (pode ser) gostoso desde o começo" (GADOTTI, 1989, grifo do autor sobre fala de FREIRE em entrevista concedida a ele, p. 139-144).

As questões aqui colocadas a partir da obra freireana, indicam, principalmente, considerando a questão do papel do educador, como da questão da subjetividade envolvida nos processos educativos, importantes desafios que o educador que afirma a leitura crítica do mundo pelos educandos, precisa levar em conta: seu reconhecimento enquanto sujeito na interação com o educando, explicitando claramente, sem omissões, sua forma de ver os fenômenos que aborda com ele, como também a forte afetividade presente nesta relação, assumindo-se como em formação permanente, não só do ponto de vista ético-político ou dos conteúdos científicos, mas também dos seus afetos, que envolvem dimensões tradicionalmente não reconhecidas como inerentes ao processo educativo.

Esta compreensão mais complexa da prática educativa, muito pode contribuir para a perspectiva adotada nesta pesquisa, uma vez que tem-se buscado, como foi

mencionado anteriormente, uma nova síntese que articule e integre estes aspectos do fenômeno educativo, especialmente aquele que se desenvolve nos serviços de saúde.

1.2.4.4. Discurso construtivista

Essa perspectiva se referencia predominantemente no pensamento de Vygotsky, psicólogo russo do início do século, pioneiro da psicologia do desenvolvimento, que, influenciado pela dialética marxista, desenvolveu idéias até recentemente desconhecidas do Ocidente.

Pretendendo superar a dicotomia epistemológica entre racionalistas e empiristas⁹, os construtivistas recusam o conhecimento como inato ao sujeito cognoscente ou como dado pelo objeto, salientando-o como uma construção conjunta pela interação de ambos (ARANHA, 1996, p. 184). Neste sentido, atualmente muito mais explorada, sua obra está voltada à construção social de significados no contexto educacional, entendendo esta como um processo de constituição de sujeitos que tem a sua gênese "no plano interpessoal (ou social), (sendo suas ações) transformadas ou reconstruídas, estabelecendo o plano intrapessoal". Para esta visão, "o meio social é concebido como fonte de influência no processo (...) que é próprio do sujeito", ou seja, os processos intersubjetivos fundados na linguagem e nas experiências cooperativas entre parceiros, são instâncias condicionantes do sujeito, pois sua constituição é um processo eminentemente individual (GÓES, 1997, p. 12-3, 24). É importante explicitar, portanto, que esta abordagem vai considerar como central um modelo onde o conhecer é concebido como um processo que se dá na relação entre sujeito cognoscente, sujeito mediador e objeto de conhecimento, mais conhecido como modelo SSO, focalizando o papel do outro e da linguagem nas formas intersubjetivas de elaboração de conhecimento pelo sujeito.

Para OLIVEIRA (1999), na teoria vygotskyana, o papel de mediação exercido pelo outro foi concebido de forma ampliada, procurando articular o desenvolvimento das atividades psicológicas superiores nos seres humanos com as relações que estes estabelecem no mundo, através dos instrumentos e dos signos. Desta forma, a utilização dos primeiros na realização do trabalho, entendido como ação transformadora da natureza e de si mesmo, potencializaria a ação humana. No caso dos signos ou dos

⁹ ARANHA (1996) indica que na "tendência racionalista, que vem de Descartes, prevalece o 'inatismo', pelo qual o sujeito que conhece seria o pólo mais importante no processo do conhecimento". Já na

instrumentos psicológicos, a interpretação que se faz deles através de sua internalização¹⁰ seria essencial aos processos mentais superiores fundados pelas interrelações sociais e pela cultura. Segundo esta visão, os sistemas de mediação simbólica vão ficando cada vez mais complexos à medida que o ser humano se desenvolve, sendo, por um lado, considerados como os principais elementos capacitadores dos homens e mulheres em lidar mentalmente com a ausência das coisas e das pessoas, imaginar, fazer planos, lembrar de situações, de perceber-se no mundo e, por outro, os possibilitadores da comunicação e do aperfeiçoamento da interação social entre os membros de um grupo que os compartilhe. Assim, VYGOTSKY (1991) consideraria a linguagem como um exemplo recorrente de um sistema simbólico socialmente produzido, pautado na negociação e reinterpretção permanente de sentidos, que filtra e organiza as formas de perceber e atuar sobre o real, a partir das lógicas produzidas por um grupo pertencente a uma cultura.

Aprofundando a compreensão sobre relações entre os processos de mediação simbólica e o desenvolvimento psicológico humano, OLIVEIRA (1999) ressaltou que este autor trouxe importantes contribuições no entendimento dos processos educativos, quando focalizou uma associação entre situações propícias ao aprendizado e potencialização do desenvolvimento, mediante o apoio de determinadas interações sociais que ocorram. Conceito fundante desta formulação é o de zona de desenvolvimento proximal (ZDP), a partir do qual se torna mais possível entender a interferência de outra pessoa –do educador, dos colegas de classe, ou de um membro da família, por exemplo—no processo de construção individual, mediante o conhecimento do "momento do desenvolvimento que caracteriza (...) as etapas (...) nas quais a interferência de outras pessoas afeta significativamente o resultado da ação individual", desenvolvendo funções que estão em processo de amadurecimento, no sentido de consolidá-las. Neste sentido, a intervenção pedagógica na escola ou fora dela deveria buscar influenciar claramente a ZDP dos sujeitos cognoscentes, procurando adiantar seu desenvolvimento, através da "demonstração, assistência, fornecimento de pistas, instruções", apoiando o caminho do aprendizado. O conhecimento relevante seria fruto da interação de um novo conhecimento com uma imagem complexa do objeto de conhecimento internalizada no

"tendência empirista, iniciada com Bacon e Locke, o sujeito cognoscente seria passivo, recebendo de fora – da experiência – os elementos para a elaboração do conteúdo mental"(p. 184).

¹⁰ Processo pelo qual signos internos, ou seja, as representações mentais deles, substituem os objetos do mundo real, quando os indivíduos "tomam posse" de sua cultura (OLIVEIRA, 1999, p. 35-8).

sujeito cognoscente, possível de ser captada através de estratégias de aprendizagem facilitadas/tensionadas pelo outro (OLIVEIRA, 1999, p. 60, 63).

Para esta autora, uma compreensão limitada da teoria vygotskyana assumiria, a partir desta última colocação, que haveria um retorno à perspectiva tradicional no ensino, onde a postura intervencionista seria a privilegiada. Sua argumentação se baseia no fato de que o autor, ao mesmo tempo em que afirma a necessidade de dirigir o aprendizado, sempre trabalha sob a perspectiva do condicionamento sociocultural das ações dos sujeitos, como também postula constantemente os processos de reconstrução e reinterpretação como fundantes do desenvolvimento da psicologia humana superior.

Retomando as colocações acima indicadas pela autora em relação a Vygotsky e a forma como Freire postulou a ação do educador, afirmando sua diretividade e a construção de conhecimento a partir dos referenciais dos educandos, fica bastante evidente um importante desafio das práticas educativas existentes para encontrar o caminho entre o deixar livre os sujeitos cognoscentes para que explorem o mundo a partir somente de seus próprios recursos e a postura diretiva e autoritária da educação tradicional.

Para GÓES (1997), há uma tendência corrente em idealizar as relações mediadoras do processo educativo, ou seja, na medida em que as consideramos tipificáveis ou homogêneas do ponto de vista da compreensão de um modelo didaticamente aproximativo, começamos a identificá-las com a prática docente realmente existente. Esta é, por sua vez, muito mais variável e contraditória, porque intersubjetiva e social, um meio eminentemente tenso e conflituoso.

Considerando, portanto, que mesmo dentro das propostas construtivistas, sua variação prepondera "desde a mera facilitação até a regulação externa estrita", a mesma autora vai colocar argumentos que procuram nos convencer da tensão permanente característica do funcionamento intersubjetivo entre professor e aluno, afirmando, desta maneira, que o produto advindo desta intersubjetividade fundada no conflito é que proporcionaria a construção de conhecimento coletivo mais significativo. Por exemplo: dependendo da esfera instrucional que está sendo trabalhada, pode ser necessário deixar grande margem de iniciativa, ou conduzir estritamente as tarefas, ou ainda, deixar que haja interação fazendo intervenções mínimas, conforme o objetivo de cada atividade. Da mesma forma, os conflitos e confrontos provenientes dos temas pessoais de conduta ou de questões disciplinares e éticas atravessam a mediação do outro no trabalho conceitual com o sujeito, mesmo havendo um clima de constante diálogo. Mas

principalmente há que se evidenciar um conflito permanente entre o aluno/sujeito cognoscente, "que busca inserir suas experiências anteriores, recorrendo a uma abordagem eminentemente narrativa", centrada nele mesmo, e o professor/sujeito mediador que procura subordinar esta narrativa em prol de um processo de conceitualização, problematização, complexificação da visão de mundo, procurando fundir momentos de análise e síntese, conceitos cotidianos (frutos do vivido) e os científicos. Nesta situação o mediador elege "certos sentidos, canalizando aí o esforço de elaboração, e (buscando) transforma(r) o funcionamento conceitual do aluno, na direção do conhecimento sistematizado (grifo meu). Por isso, o professor tenta "promove(r) conhecimentos, não só em sintonia com as formas de conhecimento da criança, mas também (e talvez principalmente) impondo-se e opondo-se a tal funcionamento" (GÓES, 1997, p. 17, 21, 23, 25, grifo da autora).

Estaria colocado, então, um conflito entre as intencionalidades expressas entre sujeitos cognoscente e mediador nos processos educativos, ou melhor, um desafio próprio das dificuldades de articulação entre a afirmação da vivência e experiência do educando com sua problematização mediante os processos teórico-reflexivos, apoiados nos estudos críticos que se realizaram focalizando o tema. Além desta, outra tensão que poderia ser também ressaltada, diz respeito ao fato da abordagem educativa buscar a expressão ampliada do educando, evidenciada na explicitação de conteúdos pessoais fundantes de sua prática educativa, como é caso do educando ser um profissional de saúde em formação de seu papel educativo. A proposta de que o educando se reconheça frente a si mesmo e ao outro em suas interações envolveria tensões diversas porque, caso este não esteja disponível para trilhar este percurso, ou mesmo estando, tivesse muitas dificuldades em fazê-lo, implicaria num cuidado especial nesta opção, dada a tendência tradicional da formação profissional que privilegia o distanciamento no trato destas questões, como também nas necessidades colocadas quanto à formação e às definições ético-políticas do coordenador/educador envolvido na atividade educativa.

Desta forma, valorizando o desafio antes colocado, de evitar tanto o espontaneísmo quanto o dirigismo nas práticas educativas realmente existentes, vem-se afirmando o funcionamento intersubjetivo como tenso e conflituoso, buscando explicá-lo pelas diferenças de finalidades entre educador e educando acima analisadas, como também em função da riqueza e complexidade das situações educativas vivenciadas, que transcendem intencionalidades presentes. É neste sentido, que as reflexões colocadas a seguir adicionariam mais dilemas para a pesquisa em andamento, voltadas à articulação das dimensões afetiva e cognitiva do fenômeno educativo.

1.2.5. A afetividade no contexto educativo

"Todo desejo de saber revela-se, desde a origem, ser a busca de um saber sobre o desejo e, mais precisamente, sobre o desejo do Outro"
(AULAGNIER-SPAIRANI, 1957)

A idéia que vem orientando estas reflexões busca ressaltar a questão da subjetividade nos processos educativos em saúde se referenciando em duas premissas:

1. Que a co-construção de conhecimento significativo passa por articular intencionalmente o componente afetivo ao processo ensino-aprendizagem, afirmando os tensionamentos e convergências das interações intragrupais como influenciadores daquele processo;
2. Que a relevância do saber produzido estaria associada às possibilidades criadas de maior conhecimento de si mesmo e do outro, um dos conteúdos educativos fundantes da abordagem do profissional de saúde na sua interação com a clientela, como também à implementação de uma forma mais adequada da práxis educativa, incorporando a experiência vivida como ponto de partida da reflexão a fim de criar dispositivos para reinventá-la.

A afetividade diz respeito às emoções e sentimentos, mas não se restringe a eles^{**} pois "a afetividade (...) é antes de mais nada uma expressão das forças básicas que direcionam e norteiam o comportamento" (p. 72). Já DELEUZE & GUATTARI (1997) se referem ao afeto como uma "descarga rápida da emoção, o revide, ao passo que o sentimento é uma emoção sempre deslocada, retardada, resistente. Os afetos são projéteis, tanto quanto as armas, ao passo que os sentimentos são introceptivos como ferramentas." (p. 79) A natureza dos afetos está sendo considerada, então, em sua dimensão psíquica, enquanto fenômeno menos evidente, mais sutil e diversificado do que sua expressão mais imediata faz supor.

Neste sentido, buscar-se-á tomar referenciais teóricos, na maioria das vezes, oriundos do campo "psi", que subsidiem a compreensão destas premissas, procurando analisá-los como apontamentos iniciais que contribuam para desdobramentos da ação-reflexão acerca da abordagem desenvolvida pelos profissionais que trabalham no Laboratório.

* AULAGNIER-SPAIRANI, P. *apud* LOURAU, R. A Intervenção Pedagógica. IN: LOURAU, R. **Análise Institucional**. Petrópolis, Vozes, 1996, p. 237-64.

** WEINSTEIN, G. & FANTINI, M. D. *apud* ROMANA, M. A. **Construção Coletiva do Conhecimento através do Psicodrama**. Campinas, Papirus, 1992.

Serão apresentadas algumas propostas e enfoques, baseados em Pichon-Rivière, Moreno e Lewin, que pleiteiam a articulação entre cognitivo e afetivo, considerando suas contribuições e seus limites para a abordagem analisada, as maneiras como concebem o vínculo afetivo com o outro na interação grupal, o papel do coordenador/educador e as principais dificuldades indicadas para viabilizar a referida articulação. Estas reflexões estão apoiadas nas perspectivas de trabalho de NEVES (1999), que se baseou na proposta de Grupo Operativo aplicada à um processo de ensino-aprendizagem, na abordagem de ROMANA (1987, 1992, 1996), que se apropriou de Moreno para inseri-lo no campo da Pedagogia, como também na iniciativa de AFONSO (1997a), que, procurando desenvolver um referencial teórico-metodológico para o trabalho de oficina, fez uma releitura da pesquisa-ação de Lewin, combinada às propostas de Pichon, de Moreno, da Análise Institucional e de Paulo Freire.

1.2.5.1. A correlação afetivo-cognitiva do Grupo Operativo num processo de ensino-aprendizagem

A proposta de NEVES (1999) se desenvolveu a partir da experiência de ensino de uma disciplina denominada O afetivo na aprendizagem, realizada junto a psicopedagogas, trabalhando questões como aprendizagem, vínculos afetivos e comunicação grupal articuladamente a uma maneira de fazer, isto é, o grupo operativo, desenvolvida numa experiência de formação de educadores, com interface relevante com o trabalho em saúde, onde a dimensão do cuidado também está muito presente.

Mesmo considerando que a abordagem pichoniana¹¹ não é utilizada de forma estrita nas atividades educativas realizadas pelo Laboratório, as contribuições desta proposta de trabalho à abordagem em estudo são tanto de ordem teórica, no que tange a compatibilidade dos pressupostos que pleiteiam a integração da afetividade e da cognição, dos processos vivenciais com os teórico-reflexivos, quanto metodológica, porque está fundada na ação-reflexão, isto é, na íntima relação entre teoria e prática na produção de conhecimento.

¹¹ Pichon Rivière foi um médico psiquiatra de formação francesa e sul-americana, que procurou integrar referenciais "psi" e sociais para compor uma práxis de saúde mental "centrada no estudo das relações interpessoais, (...) (denominada) psiquiatria do vínculo". (TARAGANO, 1998, p. xi). Sua compreensão, desenvolvida a partir da articulação entre a Psicanálise e a visão Marxista, está contida no campo da Psicologia Social, voltando-se para a compreensão sociodinâmica da "elaboração de conhecimento (que ocorre no) intercâmbio dialético entre os sujeito e o seu contexto (a fim de que) a interação entre o intra-subjetivo e o intersubjetivo (...) torn(e)-se significativa, operativa, ao orientar-se para uma prática" (INSTITUTO PICHON, 1991, p. 13).

Basicamente, o entendimento de Pichon é de que o adoecimento mental é um transtorno da aprendizagem. A partir desta premissa centrou sua perspectiva nas investigações de como se processa a aprendizagem. Nesta perspectiva, o trabalho apresentado por NEVES (1999) concretiza este enfoque, assumindo que a operatividade grupal, isto é, a realização da tarefa, que, neste caso, se constituiu na efetivação da aprendizagem sobre o tema a afetividade na aprendizagem, seria conseguida através do desvelamento de conteúdos implícitos da interação grupal pelo coordenador e da apropriação destes pelo grupo, reconhecendo a importância dos vínculos afetivos para a eficácia pedagógica, que se configura mediante as descobertas de si e do outro em função da realização da tarefa grupal.

O vínculo afetivo com o outro é entendido como produto da interação dialética permanente entre objetos internos e externos ao sujeito. O objeto interno é a representação atribuída pelos sujeitos dos objetos externos, isto é, das pessoas e coisas com que toma contato durante sua história de vida. A origem desta trama vincular é fundada "pelas representações internas geradas pelo contato com os pais", sendo que "a cada nova experiência (ela é) modifica(da), podendo retificar ou ampliar o seu universo de vínculos". Neste sentido, "quando encontramos uma pessoa incluída num grupo, ela traz dentro de si a sua maneira de inclusão familiar e o modo como seu grupo de origem está inserido na sociedade mais ampla" e, ao mesmo tempo, ela interage no mundo, vinculando-se a cada momento, enquanto um sujeito em sua totalidade, isto é, suas interações comportam diversas estruturas vinculares simultâneas. Neste processo de vinculação "há uma constante adjudicação e assunção de papéis em espiral: um atribui e o outro recebe, formando uma relação. (...) (Sempre) esperamos do outro um modo de agir, conforme nossa visão do seu papel conosco. O outro poderá retificar sua posição e assim sucessivamente." Um vínculo é considerado normal quando um e outro têm possibilidade de livre escolha, mantendo boa diferenciação entre ambos. (NEVES, 1999, p. 30-4).

O trabalho operativo desenvolvido procurou, então, integrar afetivo e cognitivo no processo educativo em curso, através da possibilidade de aprender de forma prazerosa e da apropriação do objeto de conhecimento do grupo. Entretanto, não é sem custo emocional e tensões que ocorre a experiência de aprendizagem. O modelo educativo internalizado compõe a identidade pessoal e estruturas vinculares anteriores. Seu questionamento é ameaçador e pode trazer ansiedade, mas a persistência e a reflexão apoiada numa postura acolhedora da equipe de coordenação pode levar à recriação e ao crescimento de todos. A mobilização afetiva dos participantes

(coordenador¹², observador¹³ e profissionais/educandos) através deste instrumento/interpretação/apoio na aprendizagem, possibilitaria uma reelaboração dos papéis de cada um no processo de conhecimento, bem como dos vínculos aí estabelecidos.

A equipe de coordenação utilizou o Esquema Conceitual Referencial e Operativo proposto por PICHON (1998) e os sentidos para uma auto e hetero-análise, em que uma espiral dialética é a figura analógica que representa o caminho do implícito ao explícito, onde se reconhecem dinamicamente entrelaçados papéis, ideologias, mecanismos de transferência e contra-transferência¹⁴, fantasias de onipotência/impotência. Durante os encontros, em que uma história do grupo é construída *pari passu* pela coordenação, a partir do material coletado durante as reuniões pelo observador, com o relato dos principais momentos vividos, desenvolve-se uma escala de avaliação básica do trabalho grupal, a partir da qual evidenciam vetores de afiliação ou identificação¹⁵, de pertença¹⁶, de cooperação¹⁷, de pertinência¹⁸, de comunicação¹⁹, de aprendizagem²⁰ e tele²¹, que

¹² O coordenador busca lidar com resistências à mudança presentes no grupo, aprofundar vínculos e desbloquear o fluxo de comunicação, através da escuta atenta da palavra e do gesto. Assinala e interpreta conteúdos não explícitos para o grupo, propõe exercícios corporais, relaxamentos e vivências para ampliar o campo perceptual e a comunicação entre as pessoas. Apóia as emoções do observador mobilizadas durante a atividade (muito freqüentemente sentimentos de perseguição), advindas da projeção do grupo, devido ao papel diferenciado de "anotador".

¹³ O observador é o parceiro do coordenador na análise dos encontros, voltados para os conteúdos implícitos e seu significado no conjunto das interações grupais. Procura manter uma "distância ótima" (grifo da autora), evitando trocas verbais enquanto anota, vivendo e contendo "a ansiedade paranóide do grupo" (NEVES, 1999, p. 20).

¹⁴ Segundo TARAGANO (1998), Pichon "considera a regressão transferencial como aquilo que permite ao paciente rever seu passado, ao repetir, na transferência, uma linha de conduta anterior, revivendo uma situação histórica que retifica no contexto atual da situação analítica ao levar a cabo um novo processo de aprendizagem da realidade" (p. xvi). A contra-transferência seria a relação inversa e simultânea que ocorreria no terapeuta relativo ao(s) paciente(s).

¹⁵ É o momento do ponto de partida grupal em que há uma aproximação entre os membros do grupo, com as primeiras trocas afetivas e comunicativas.

¹⁶ É quando se inicia a integração grupal, em que os participantes começam a se referenciar uns nos outros constituindo uma identidade grupal, indicando compromisso afetivo com a tarefa proposta e se pode reconhecer, inclusive, planificações para sua consecução.

¹⁷ É o exercício de complementaridade no grupo para realização da tarefa, onde se desenvolvem papéis diferenciados e se cristalizam diferenças, aparecendo inclusive situações de competitividade.

¹⁸ É o momento em que se concentra na realização da tarefa, caracterizando-se pela sensação de criação conjunta e produtividade, à medida que vão sendo assinalados os conteúdos implícitos. Caso isto não seja frutífero, as resistências podem inviabilizar a tarefa.

¹⁹ Fenômeno central na análise que ocorre durante todo o processo, podendo ser verbal ou não, identifica-se, além dos conteúdos, seu fluxo de desenvolvimento (possíveis contradições entre discurso manifesto, latente e os mal-entendidos/ruídos), quem a utiliza (os papéis e as características comunicacionais de quem, como e para quem se fala) e os vínculos internalizados projetados na interação presente (podem ser auxiliares para auto e hetero-análises ou podem expressar distorções/mal-entendidos).

²⁰ É a somatória final do processo de realização da tarefa, indicador do seu sucesso ou fracasso, associada à comunicação e à pertinência. Pode se configurar em mais informações e em mudanças qualitativas (resolução de ansiedades, adaptação ativa à realidade, criatividade, produção de projetos, etc.).

posteriormente propicia ao grupo um "apropriar-se de sua trajetória, (revendo e dando-se conta) da leitura do (...) coordenador e (das) anotações do observador", momento em que "geralmente ocorrem importantes 'insights'", mediante maior visão de conjunto e elaboração do processo dentro de cada um.(NEVES, 1999, p. 21, 39).

Convergindo os elementos político-sociais e subjetivos do processo educativo, sua proposta de trabalho grupal objetivou mudanças na forma de trabalhar as interações, como também pretendeu transformar as pessoas que participavam do processo, baseando-se na redefinição das necessidades individuais em necessidades comuns ao grupo, a partir do reconhecimento do caráter social dessas necessidades, bem como do desvelamento dos objetivos implícitos ou latentes que podem dificultar as transformações grupais. Desta forma, compreendeu que estas transformações são terapêuticas e pedagógicas ao mesmo tempo, transpondo dicotomizações correntes em abordagens que estudam e intervêm sobre as dinâmicas grupais. Confirmando esta perspectiva, ZIMERMAN (1993) afirma que

"é muito difícil fazer uma delimitação precisa (dos aspectos terapêutico e pedagógico) pela razão de que eles se tangenciam e, muitas vezes, se imbricam. Assim, todas as modalidades de grupos terapêuticos funcionam de acordo com os princípios gerais dos grupos (que não têm uma finalidade especificamente terapêutica), enquanto estes, reciprocamente, exercem, indiretamente, uma inequívoca ação terapêutica" (p. 168).

Outra contribuição desta perspectiva para a abordagem em estudo, que reforçaria a perspectiva acima apontada de não dicotomização entre dimensão pedagógica e terapêutica da aprendizagem, diz respeito ao papel do coordenador. Segundo a perspectiva adotada por NEVES (1999), sua atuação se caracterizaria pela inserção no processo terapêutico, estabelecendo uma relação afetiva de confiança (não defensiva) que é considerada fundamental na abordagem grupal. Quiroga, participante do Seminário promovido pelo Instituto Pichon-Rivière de São Paulo (INSTITUTO PICHON, 1991), reafirma esta posição, considerando que o estabelecimento de uma grupalidade voltada para a aprendizagem coletiva, fundada na tarefa e nos vínculos afetivos, é uma proposta entre sujeitos, "cujo sentido é empreender ações destinadas a satisfazer as necessidades de (todos) seus integrantes" (p. 24), inclusive do coordenador.

Uma questão, entretanto, que merece atenção por ser central na abordagem pichoniana e que vem sofrendo críticas de alguns autores é a concepção de vínculo realçada por NEVES (1999) neste texto. Nele, como já foi evidenciado, as experiências

²¹ Está presente durante todo o processo, evidenciando uma disposição positiva ou negativa para o

de vinculação são definidas como retificadas ou ampliadas durante a vida do sujeito, tendo sua origem "baseada no núcleo da relação mãe-bebê" (NEVES, 1999, p. 30, grifo da autora). Em que pese a compreensão de TARAGANO (1998), incluída na Introdução do livro Teoria do Vínculo de Pichon, que reafirma o salto de qualidade dado por esta proposta, voltada para o estudo das relações interpessoais, frente à concepção predominantemente intrapsíquica da Psicanálise, que considera o indivíduo determinado historicamente por suas pulsões originais (p. xi), identifiquei em algumas passagens como aquela exemplificada, amparada nas reflexões de PAGÈS (1982), uma certa tendência em conceber a afetividade coletiva menos como produto da situação de grupo no presente, do que como uma reedição do passado individual e coletivo, ainda muito presa às concepções psicanalíticas. Como este autor, estou assumindo que exista "em todo grupo, em qualquer momento, (...) um sentimento dominante, compartilhado por todos os membros do grupo, com sutilezas individuais (que) (...) em geral, (é) inconsciente, (e que) governa a vida do grupo em todos os seus níveis", reforçando, entretanto, que "a experiência passada pode ser concebida (...) como um repertório de respostas defensivas à relação presente (...) (ou) "uma linguagem de que o indivíduo dispõe para expressar a relação presente" (PAGÈS, 1982, p. 265, 306).

Ao ressaltar este aspecto, pretendeu-se fortalecer uma compreensão mais condicionadora do que determinística da ação do sujeito, que acredito estar presente nos textos e na práxis pichoniana, mas que pareceu-me ser necessário ressaltar, no sentido de que as práticas educativas que supõem os aspectos afetivos, busquem mais enfatizar a diminuição das defesas na interação presente do que o esclarecimento da experiência passada.

1.2.5.2. A correlação afetivo-cognitiva da socionomia moreniana, através do método educacional psicodramático e do teatro espontâneo

A escolha desta abordagem para subsidiar as reflexões desenvolvidas pela pesquisa em andamento está obviamente associada à sua utilização nos trabalhos realizados pelo Laboratório, bem como às necessidades colocadas em analisá-la, considerando estes dois pontos de vista assinalados no título acima, como enfoques que abordam a afetividade de forma integrada ao contexto educativo, o de ROMAÑA (1987, 1992, 1996) e o de AGUIAR (1990, 1998), respectivamente. Estes autores tomam como ponto de partida o corpo teórico-prático desenvolvido por Moreno, mais conhecido

trabalho, configurada nas transferências intragrupais.

como Psicodrama, considerando-o, seja enquanto método de construção coletiva de conhecimento, no caso da primeira, seja enquanto dispositivo de evidenciação dos movimentos grupais, que facilitam ou dificultam o processo de conhecimento, no caso do segundo.

Propondo equilibrar "os aspectos cognitivos e afetivos envolvidos em qualquer situação de aprendizagem" ROMAÑA (1992) desenvolveu o Método Educacional Psicodramático, a fim de adaptar a teoria e prática psicodramáticas ao contexto educativo.

Esta educadora e psicodramatista argentina, a partir de questionamentos originais que procuravam encontrar "a tradução simbólica de um conhecimento" e "um método didático que respondesse (...) (a) uma concepção fenomenológica de educação" (ROMAÑA, 1992, p. 23-25), iniciou suas investigações sobre o uso didático das dramatizações nos idos dos anos 60, culminando, na década de setenta, com uma sistematização inicial que foi apresentada no Brasil, pela primeira vez, no livro denominado Psicodrama Pedagógico em 1987. Sua investigação buscava reconhecer níveis mais convenientes de dramatização que pudessem ser encadeados no sentido de otimizar a construção de conhecimento. Reformulada e combinada a outros referenciais teóricos, mais recentemente, na Pedagogia do Drama ou da Urgência (1996), seu enfoque da ação dramática no contexto educativo está alicerçado, basicamente, numa seqüência e tipificação das dramatizações que se desenvolvem de forma articulada à construção do conhecimento, em seus momentos de análise, síntese e aplicação. Neste último trabalho, como referências teóricas do Psicodrama aplicado à Educação, propõe "uma articulação da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire com a visão sociohistórica do desenvolvimento segundo Vygotsky, tendo na Sociodinâmica moreniana seu arcabouço didático" (ROMAÑA, 1992, p. 85).

Em relação à nomenclatura designativa da práxis moreniana, seria necessário esclarecer, inicialmente, que esta foi ganhando diversas denominações, além do referido Psicodrama (como "Teatro Espontâneo", "Role Playing", "Sociodrama", dentre outros), diante do desconhecimento de uns, do descuido de outros, ou ainda da forma como o interlocutor se posiciona frente ao campo acima referido. Em geral não se distingue a Socionomia, como "o estudo das leis que regem o comportamento social e grupal" (GONÇALVES, *et al.*, 1988, p. 41), que representa genericamente toda a teoria moreniana e que comporta a Sociometria, a Sociatria e a Sociodinâmica.

Para ROMAÑA (1996), a Sociometria, definida como "ciência da medida do relacionamento humano", se propõe a "mensura(r) e a avalia(r) as relações inter-humanas em grupos e utiliza como principal ferramenta o Teste Sociométrico", a fim de "revelar mecanismos de atração,

rejeição, disposição e postura dos (...) componentes dos (...) grupos sociais". A Sociatria é a "ciência do tratamento dos sistemas sociais ou terapia das relações", (...) (que) "atende à saúde/doença dos grupos sociais e sua repercussão no sujeito", onde se desenvolvem o Psicodrama, prioritariamente, e o Sociodrama de maneira menos destacada. A Sociodinâmica se volta para trabalho junto aos grupos sociais, procurando "facilitar as mudanças nas estruturas sociais, (e) tem como principal procedimento a interpretação de papéis", mais conhecida como "Role Playing". A autora considera, então, que esta categoria é fundante, desdobrando daí a maioria das formas de trabalhar sob o enfoque moreniano como os Jogos Dramáticos, o Teatro Espontâneo, o Jornal Vivo, o Sociodrama, aos quais acrescentou o Método Educacional Psicodramático (p. 67). Há também outra concepção assumida por AGUIAR (1998), que toma o Teatro Espontâneo como categoria da qual derivariam todas as demais, utilizando como critério a precedência histórica desta forma sobre as outras. Recuperando a origem da práxis moreniana, as reflexões de GONÇALVES *et al.* (1988) esclarecem que inicialmente as pesquisas de Moreno procuravam testar sua visão sobre a Revolução Criadora pela Espontaneidade, através da aproximação da dinâmica teatral com a Sociologia e os estudos grupais. Estas investigações não obtiveram sucesso, uma vez que as dramatizações eram vistas como inviáveis, ou por não serem convincentes, ou por serem autênticas demais, supondo-as forjadas. Daí que Moreno teria se voltado para a pesquisa da espontaneidade junto a pacientes psiquiátricos, onde as imperfeições cênicas eram mais bem acolhidas. Com o desenvolvimento e aprofundamento destas pesquisas é que se foi constituindo o Teatro Terapêutico, característico do Psicodrama Clássico. E é a partir deste enfoque da teoria moreniana de cunho psicoterapêutico, que ROMAÑA (1988, 1992) propôs sua adaptação pedagógica.

Inserindo-se, portanto, no campo da Sociodinâmica moreniana, esta autora focaliza a utilização pedagógica a fim de "trabalhar relações à procura de estabelecer vínculos vitais e significativos (...) para facilitar a percepção de soluções criativas e honestas dos conflitos e dificuldades". Reconhece que a apropriação educativa do campo é bastante ampla, necessitando, por isso, promovê-la para além do enfoque psicoterápico, podendo variar dentro de quatro formas:

"como 'método' no processo de construção do conhecimento; 'role-playing' na estruturação de papéis que dizem respeito à instituição escolar; 'sociodramas' para considerar situações de conflito das classes ou na instituição como um todo; 'jornal vivo' para dar novos tratamentos às notícias veiculadas pelos meios de comunicação, especialmente jornais e revistas; 'teatro espontâneo' para a percepção de conteúdos subjacentes na compreensão da realidade" (ROMAÑA, 1992, p. 55-6, grifos da autora).

Optando pela primeira delas, a autora sistematizou sua proposta de trabalhar dramaticamente conteúdos ou temas, definidos de forma improvisada (em cena) ou programada, a fim de que se possa contribuir "para que o aluno coloque para fora o conhecimento que 'sabe' e o compreenda (...) como algo seu (...), que tem valor para si e para os outros, dentro de um mesmo contexto cultural". Além disso, esta metodologia permitiria "ao professor verificar numa situação 'viva', a validade do conhecimento que foi incorporado (...), retifica(ndo) erros ou distorções que se tenham produzido", de forma a comprometê-lo permanentemente com o processo educativo desencadeado. A autora faz questão de ressaltar que esta proposta não pode ser concebida como exclusiva, porque pode e deve ser articulada com outras formas de ensinar-aprender "'renovadas', que operam no sentido contrário (isto é) de fora para dentro"²², devendo ser utilizada de maneira parcimoniosa, voltada para abordagem de conhecimentos considerados essenciais que incluem uma idéia geradora de outras possibilidades de aplicação didática (ROMAÑA, 1996, p. 48, 50-1).

Afirmado, portanto, esta abordagem como produtora de aprendizes protagonistas de sua própria aprendizagem, reconhece a necessidade de se produzir "situações de interesse", onde professores e alunos seriam "cúmplices de uma participação mais ou menos pré-fabricada", que substituiria momentos autênticos e espontâneos raros em que o aluno se interessa por determinado objeto de conhecimento, em função de uma tensão ou ruptura do equilíbrio sobre sua visão do mundo, desencadeando a necessidade de conhecer. Considera que um método de ensino criaria dispositivos facilitadores da arte de problematizar a realidade, que, ao ser provisoriamente solucionada, produziria um relaxamento temporário sobre esta "tensão por conhecer" (ROMAÑA, 1992, p. 47).

Analisando as propostas contidas nas formulações desenvolvidas pela autora, poderiam ser reconhecidas algumas premissas balizadoras:

- O conhecimento significativo se constrói quando relacionado à experiência de vida dos educandos, de forma a aproximar do "aluno (...) o conhecimento no nível concreto" (...) "fazendo com que o objeto, idéia ou circunstância passe a fazer parte de uma atividade mais ampla, com sentido e significação"; (ROMAÑA, 1992, p. 32)
- Esta experiência vivida contém sentimentos ou afetos de aceitação ou de rejeição, influenciadores dos interesses e necessidades dos alunos (ROMAÑA, 1992, p. 32), que, em função do treino da capacidade de espontaneidade, precisa "dispor de uma medida de afeto em cada situação", compatibilizando-a aos graus necessários de

²² Cita entre estas os procedimentos de tipo audiovisual, técnicas grupais diversas, ensino programado, dentre outros.

racionalização, favorecendo, deste modo, seu reconhecimento e elaboração no sentido de lidar melhor com estes conteúdos da ação humana;

- Mediante a descoberta de conotações que conferem sentido ao conhecimento, o aluno é levado a abstrair e a generalizar a compreensão de sua realidade, identificando o que está sendo conhecido com quem conhece, experienciando aquilo que conhece;
- Como os métodos didáticos são formativos, para viabilizar uma apropriação significativamente relevante dos conteúdos, é necessário "utilizar as técnicas didáticas mais integradoras da condição humana", onde há maior garantia da "aquisição do conhecimento em nível intuitivo e (...) intelectual", uma vez que há "uma participação maior do aluno" e "utilização do seu corpo, permitindo ao professor, ao mesmo tempo, o manejo do grupo como unidade";
- A associação dos temas, dos objetivos e do método utilizado nos processos educativos precisa, então, evitar tanto "técnicas exclusivamente intuitivas", pelas quais se torna mais difícil ao aluno "chegar sozinho à abstração e à generalização" do conhecimento de um tema, quanto procedimentos excessivamente lógicos e intelectualistas, onde "sua sensibilidade não está exercitada para alimentar sua inteligência";
- O resgate da ação através da dramatização parte de uma ruptura com o aprendizado livresco, em que o conhecimento deixa de ser possuído pelo "livro ou (pelo) professor que o explica", valorizando a produção advinda do momento do encontro²³ e da resolução da lacuna entre a realidade e a fantasia, que não devem contradizer o conhecimento acumulado pela ciência, ao contrário, deve resgatá-lo para potencializar o primeiro;
- O educador focaliza sua ação na produção de conhecimento, fruto da comunicação e participação conjunta do grupo, não sendo este, portanto, associado estritamente à sua iniciativa, uma vez que as dificuldades de aprendizagem ali presentes devem ser levadas em conta para motivar os alunos entre si, no sentido de proporcionar a "tensão por conhecer";
- É necessária uma formação especial do professor para que seja possível a utilização do referencial analisado, mediada pela percepção afetiva a respeito da interação

²³ Segundo GONÇALVES *et al.* (1988), Moreno acreditava que haveria momentos da experiência humana em que se viveria a plena compreensão mútua numa interação. Ele propunha que o principal objetivo de sua Socionomia seria produzir interações em que se predominasse estas relações téticas, a partir da recuperação da espontaneidade e da criatividade.

consigo próprio e na relação com os alunos, respeitando as disponibilidades internas de cada um no processo;

- Apesar das dificuldades político-institucionais colocadas pela organização escolar no Brasil, a autora indica que a colaboração de auxiliares, também com formação na sociodinâmica moreniana, deveria ocorrer para que o trabalho dramático potencializasse ainda mais a aproximação do aluno com o conhecimento (ROMAÑA, 1996, p. 28-9, 48-50).

Uma primeira consideração que seria feita a respeito destas premissas apontaria uma grande semelhança, do ponto de vista das abordagens pedagógicas, com as concepções freireanas já delineadas, na medida em que afirma o conhecimento produzido significativamente a partir da experiência do aluno, mobilizando-o em sua sede de conhecimento. Entretanto, há que se problematizar a conduta do educador aqui preconizada por ROMAÑA (1996), que o coloca como um facilitador do contato entre alunos mediante técnicas dramáticas, que propiciariam a interação significativa através do encontro télico, para produzir conhecimento. Desta forma a integração da experiência vivida com a sistematização do conhecimento deveria ser perseguida, mais como um atributo da metodologia disponibilizada, a ser conduzida pelo educador, que necessitaria de uma formação especial e sensibilidade no seu manejo. Por outro lado, a afetividade presente no trabalho sociodinâmico através do teatro seria reconhecida e valorizada como influenciadora dos processos de conhecimento, mas sem que seja abordada a partir de um referencial teórico que procure explicá-la de forma mais detida, como foi desenvolvido pela Teoria do Vínculo pichoniana.

Tomando conceitos fundantes da práxis moreniana como "tele", "espontaneidade", "criatividade", o "aqui-agora", a "teoria de papéis" e técnicas psicodramáticas como "inversão de papéis", "solilóquio" e "interpolação de resistências", ROMAÑA formula sua proposta, incorporando também momentos de "aquecimento", "dramatização" e "comentários", que dão consistência ao formato geral já identificado (ROMAÑA, 1987, 1992, 1996).

Balizando-se nestas postulações, seria favorecido o trânsito entre fantasia e realidade, através de uma "trama básica sequenciada" de dramatizações²⁴ (ROMAÑA,

²⁴ Tradicionalmente entende-se dramatização como uma encenação por meio de personagens reais, simbólicos ou imaginários que interagem constituindo uma história ou enredo, em que há uma continuidade a fim de explicitação de conteúdos subjacentes ao co-inconsciente grupal. ROMAÑA (1992) procurou diferenciar teatralização de dramatização, reconhecendo que no primeiro caso, haveria uma corporificação mais descritiva dos conteúdos ou elementos em cena, enquanto que na dramatização se

1992, p. 57), que, conforme os objetivos e a consistência com que se pretende trabalhar um tema, encadeiam momentos de análise, síntese e generalização próprios ao processo de construção de conhecimento. A espontaneidade dos atores nas sucessivas dramatizações serviria como componente energizador das interações que liberam os indivíduos das formas rígidas e convencionais da cultura. O crescimento pessoal dos sujeitos ocorreria, na medida em que a improvisação e a interatividade da co-criação télica vivenciada no aqui-agora, contribuísse para desencadear ações de qualidade dramática adequadas à continuidade, mediante a originalidade de desempenhar papéis ou articular respostas conhecidas como se fossem realizadas pela primeira vez, ou também pela criatividade de desenvolver, com ineditismo, uma ação dentro do quadro referencial previsto pelos sujeitos. O processo co-criativo das cenas evidenciaria conflitos e convergências expressos por personagens, especialmente o protagonista e o antagonista, que sintetizam o conflito grupal, vivenciado por cada um em sua singularidade. Neste sentido, a tarefa a que se põe um grupo que dramatiza é a liberação da espontaneidade para produção de novos sentidos para os conflitos e convergências vividos em cena, possibilitando uma aprendizagem coletiva e o fluxo co-criativo do espetáculo (ROMAÑA, 1992; AGUIAR, 1998).

Do ponto de vista das técnicas assinaladas pela autora, a inversão ou troca de papéis é aquela em que um personagem, o protagonista, toma o papel do outro, que faz o mesmo, de maneira que cada um reconheça, a partir do ponto de vista de seu antagonista, os aspectos próprios que atribui ao outro, para ampliar seu campo perceptual e sua capacidade co-criativa. Esta técnica é indicada por GONÇALVES *et al.* (1988) como aquela que facilita a abordagem da "resistência interpessoal", descrita como atitude transferencial e avessa ao encontro télico, favorecedora da "superação de conflitos co-inconscientes" (p. 56). A interpolação de resistências, por sua vez, é uma desestruturação brusca que se produz, pretendendo lidar com uma relação estereotipada, a fim de desenvolver uma atuação espontânea. O solilóquio ocorre quando o protagonista é instado a explicitar seus sentimentos, pensamentos e impressões, uma vez que o diretor percebe que há alguma desconexão entre gesto e palavra.

adicionaria à representação a subjetividade e a criatividade dos atores. Em nossa abordagem de oficina, temos trabalhado o momento do drama, como etapa central de focalização do tema, não necessariamente desenvolvido mediante encenação dramática, mas por meio também de processos de simbolização e/ou construção dialogada que podem ser também tão intensos quanto um processo tradicionalmente conhecido como dramatização.

O encadeamento das ações no contexto dramático se desenvolve convencionalmente a partir dos momentos de aquecimento, dramatização e do compartilhamento e comentários²⁵. O primeiro momento é aquele em que se prepara para uma dramatização e para a co-criação, através de ações que promovam um clima afetivo-emocional adequado ao momento subsequente. Nos momentos de compartilhamento e comentários os participantes da cena e a platéia dão "um testemunho (enquanto) participantes do grupo, a respeito das emoções vivenciadas durante a dramatização e das correlações possíveis entre a cena do protagonista e a vida pessoal de cada um" (AGUIAR & TASSINARI, 1997, p. 494), colocando seus conteúdos pessoais como o fez o protagonista.

O método educacional psicodramático proposto pela autora foi basicamente desenvolvido a partir da etapa da dramatização, constituindo-se num caminho metodológico, onde cada plano dramático agregaria algumas vantagens em relação aos outros, tendo em vista os processos de ensino-aprendizagem. Num primeiro momento haveria uma aproximação intuitiva e afetiva, onde surgem cenas, a partir dos fatos e situações do cotidiano, trabalhadas preferencialmente com trocas de papéis e solilóquios, num esboço inicial mais imediato da imagem que se tem destas, que paulatinamente vai se enriquecendo, pelo desejo dos participantes em integrar-se, em função da construção coletiva de um enredo, como também pela ampliação do campo perceptual da experiência e dos afetos contemplados na situação grupal. Neste sentido, o processo de conhecimento que se instala é eminentemente analítico. A análise culmina num momento pós-dramatização, no contexto grupal, em que são levantadas as características comuns a cenas ali produzidas. Subseqüentemente, busca-se uma aproximação mais racional ou conceitual, onde se desenvolve uma dramatização de cunho simbólico, com os elementos ou características identificadas sendo transformados em personagens. Estes resultariam de uma abstração conceitual do aluno, a partir do momento anterior, constituindo aí uma situação de maior esforço intelectual do grupo, que vai revelando sua concepção a respeito do tema, procurando articulá-la em sua

²⁵ Em situações em que a própria práxis sicionômica de Moreno é fonte de aprendizado, considera-se também uma etapa posterior ao compartilhamento e comentários, chamada "*processamento*", descrita por AGUIAR & TASSINARI (1997), como tendo "um caráter didático", em que "a reflexão proporciona aos profissionais que atuam como psicodramatistas uma oportunidade de crescimento", a partir da exploração racional e teórico-conceitual a respeito do que aconteceu em cena (p. 495). Estes autores identificam algumas formas de realizar o processamento ligadas à experiência da Sicionomia, onde se utiliza a atuação do diretor, ou do protagonista, ou o tema, ou ainda a sociodinâmica grupal como focos da reflexão. Estas formas de fazer o processamento estão ligadas aos objetivos didáticos da formação desenvolvida, como também ao contexto a que se refere esta formação.

riqueza télica, com reformulações e negociações de sentido. O esforço de que se fala é o de sintetizar o conhecimento a respeito do tema. O terceiro momento se inicia quando há uma mudança na construção simbólica, colocando à prova o conhecimento até ali construído, mediante a utilização de uma interpolação de resistências e a mudança para alguma cena inesperada. Produz-se, então, uma aproximação funcional, em nível da fantasia ou de hipóteses elucidadoras do real, quando, através da co-criação coletiva, novas associações para o conhecimento são construídas, podendo desdobrar-se em momentos subseqüentes onde seria reiniciado o processo. Neste momento considera-se que estaria ocorrendo uma generalização do conhecimento a respeito daquele tema, supondo que teria havido sua elaboração ou apropriação (ROMAÑA, 1987, 1992, 1996).

Depreende-se desta descrição sucinta da proposta da autora, que o principal desafio colocado é o de desencadear uma compreensão mais elaborada de um tema ou conteúdo, a partir do que se expressa no senso comum dos alunos nas sucessivas dramatizações, supondo que cada forma de dramatizar traz em si um processo de integrar/elaborar o conteúdo abordado. Neste sentido, a integração entre vivência e apropriação teórico-conceitual seria proporcionada, basicamente, por esta maneira de equacionar os momentos de dramatização, conduzida pelo educador. Nos diversos exemplos colocados pela autora na literatura consultada, a referida integração é evidenciada, constituindo-se como um potente indício de que a técnica potencializaria este resultado. Entretanto, uma questão que se coloca, é saber se esta pressuposição se evidencia na realidade dos vários contextos sociais onde poderia ser aplicada, sob a condução de outros educadores concretos.

A autora denuncia, por outro lado, como sua preocupação uma recorrente conduta dos educadores, principalmente daqueles que desenvolvem suas atividades no campo da formação de profissionais, configurada numa "hipervalorização das 'técnicas' e 'estratégias' para, a qualquer custo, conseguir desde o relaxamento dos participantes até o aumento da capacidade de memorização e outras 'habilidades', por sinal, muitas vezes condicionadas" (ROMAÑA, 1996). Ressaltando o conteúdo manipulatório desta perspectiva, a autora reafirma a necessidade de propiciar "uma verdadeira criatividade e reflexão", vinculada com uma referenciação teórica balizada pela crítica e pelo engajamento social, o que, segundo ela, reduziria a possibilidade de reificação das técnicas apontadas.

Em que pese a surpresa e as resistências iniciais ou duradouras dos alunos no sentir-se à vontade com a entrada em cena relatado nas experiências da autora²⁶, ela reconheceu que o trabalho "em campo relaxado" proporcionado pela dramatização, utilizada da forma proposta, tem produzido, do ponto de vista da construção de conhecimento:

- "uma verdadeira economia, uma vez que o conhecimento assim adquirido dificilmente cai no esquecimento e os frutos desse tipo de trabalho podem em geral ser percebidos mais adiante, quando sobre ele apóiam-se novos conhecimentos".
- "o conhecimento é utilizado como algo próprio e presente";
- uma associação entre imaginação e reflexão, que favorece a construção de imagens da realidade que integram e se relacionam mais organicamente com os pensamentos que se realizam a partir delas;
- uma apropriação das referências de tempo e de espaço realizada através da ação vivenciada que diversifica a experiência e o conhecimento do aluno a respeito destas dimensões;

e, do ponto de vista da sociodinâmica grupal, vem acrescentando:

- "maior seriedade e justeza no desempenho de papéis (...), mais vivacidade na percepção de sentimentos, (...) na intuição (de uma) idéia, (...) maior soltura do corpo e na ação espontânea";
- "maior interação entre os alunos, as opiniões são mais sinceras, os comentários e as críticas (...) mais bem aceitos";
- "os papéis (antes) fixos e estáticos dentro do grupo começam a diluir-se", de maneira que se vai tomando consciência da situação de cada um nele.

Assim, "à medida que os alunos evoluem, percebe-se que as técnicas dramáticas, ao mesmo tempo em que facilitam a compreensão do conhecimento, (promovem também) a integração de aspectos socializantes e de estilos de conduta, que abrem novas perspectivas para sua maneira de agir e de relacionar-se com seu ambiente" (ROMAÑA, 1996, p. 30, 49, 65).

Estas contribuições indicadas pela autora, consubstanciam a perspectiva adotada em integrar aspectos afetivos e cognitivos no processo de construção de conhecimento, apoiando as reflexões anteriormente colocadas em conceber como simultâneas as

²⁶ Em relação a estas situações relatadas como muito freqüentes, principalmente no início do trabalho, a autora afirma como necessário tratá-las dentro da perspectiva da abordagem da sociodinâmica grupal, considerando que "acabam se tornando positivas" e, que, neste sentido, "ganha muita importância a aula em que se introduz essa metodologia pela primeira vez. Nela é bom que o professor aja com segurança e afeto, para dar tempo à entrada do maior número possível de alunos dentro da situação total" (ROMAÑA, 1996, p. 29-30).

transformações pedagógicas e terapêuticas produzidas. Mesmo que a autora reconheça a potencialidade desta adaptação pedagógica da Sociodinâmica moreniana restrita à sua utilização enquanto método de aprendizagem, as repercussões acima identificadas, evidenciam a transcendência do processo de conhecimento em si, enquanto cognição, porque a sociodinâmica grupal é também atingida, em função do trabalho que inevitavelmente se desenvolve sobre papéis dramáticos, grupais e sociais²⁷ e vínculos afetivos ali inseridos.

Desta forma, seria interessante para uma prática educativa que adota o referencial moreniano, assumi-la enquanto dispositivo de compreensão dos movimentos grupais, ultrapassando, assim, a proposta que o limita como método de ação com finalidades cognitivas apenas. Entendendo que esta perspectiva seria complementar à anterior, referencio-me na concepção de AGUIAR (1990, 1998), que considera a abordagem moreniana original como fundamentalmente teatral, procurando explorá-la tanto como "teatro do momento (que alia) a improvisação e a interatividade, (para ser) capaz de tomar o pulso dos movimentos sociais e ao mesmo tempo promover as transformações possíveis, concretizando (...) o velho sonho dos psicodramatistas de levar o psicodrama para além dos consultórios psicoterápicos e das instituições de saúde mental" quanto produtora das condições para relações intragrupais "mais saudáveis", conferindo um caráter simultaneamente terapêutico e pedagógico à suas intervenções, uma vez que, mesmo sendo focalizado o conhecimento sobre algo, inevitavelmente se efetivaria o crescimento pessoal dos sujeitos, na medida em que foi possível desenvolver a espontaneidade, sendo também ampliada a experiência de transitar entre fantasia e realidade propiciada pelo teatro (AGUIAR, 1998, p. 12, 43-4).

Desenvolvendo melhor a proposta de compreender os processos intersubjetivos grupais no contexto educativo a partir de Moreno, AGUIAR (1998) destacou o projeto dramático grupal como eixo que subsidia o processo co-criativo, a partir da explicitação, em cena, dos conflitos, interações e movimentos grupais. Considerando as tensões entre individual e coletivo presentes na conformação destas metas e a sociodinâmica grupal, há uma tendência atual em utilizar o protagonista "como eixo da produção dramática, comprometendo ao mesmo tempo todo o grupo nessa tarefa" (p. 38). Ao evidenciar essa tensão,

²⁷ Segundo GONÇALVES *et al.* (1988), Moreno pressupunha que "o mundo é um imenso teatro", e indicava papel, enquanto representação teatral, inserido nas interações grupais e no campo social, como "a menor unidade observável de conduta". Estes autores definem papel como "unidade de condutas interrelacionais observáveis, resultante de elementos constitutivos da singularidade do agente e de sua inserção na vida social". A teoria moreniana, para o entendimento da constituição dos papéis, postula uma matriz de identidade reconhecida desde fases pré-verbais da existência dos indivíduos, que vai da completa indiferenciação à mais diversificada composição, para cujo processo desenvolveu o treino da espontaneidade, síntese da práxis moreniana.

está-se valorizando os aspectos positivos da contradição na tentativa de buscar soluções no aqui-agora para os problemas comuns. A liberação da espontaneidade e a produção de novos sentidos para os conflitos em cena é uma experiência de aprendizagem coletiva, cujo critério de qualidade é o maior fluxo criativo, que mobilizaria mais emoções e, por sua vez, tornaria mais belo o espetáculo.

Concordando com AGUIAR (1998), está-se entendendo que a experiência co-criativa que expressa o movimento grupal através da encenação supõe a formulação coletiva de um enredo, suportada por um roteiro que estará sendo explicitado e reformulado, como também depende de uma clara articulação entre palco e platéia. Caberá ao diretor desenvolver de forma assertiva a coordenação/facilitação destas tarefas. De um lado, oferece "ao protagonista a segurança de uma mão firme que o ajuda em sua caminhada por terreno perigoso", porque investiga "os conteúdos emocionais que atravessam a história embrionária e seus desdobramentos, (rastreamento e estimulando) fantasias, facilitando e valorizando ao mesmo tempo movimentos criativos". Por outro, facilita a tradução cênica das manifestações expressas e latentes de todo o grupo, a partir da pesquisa do ponto ótimo de tensão para a criatividade e a solidariedade coletiva na realização da tarefa. Esta pesquisa ou aquecimento para o drama se desenvolve com a ajuda de atores auxiliares, profissionais ou leigos que compõem a platéia. Estes atores desenvolverão contra-papéis, fazendo suas "complementações a partir de sua própria experiência pessoal, tanto a histórica como a do momento (...), (visando, assim,) "uma reconstituição analógica do conflito social subjacente" (p. 57, 60, 82-3). Esta liberdade de atuação dos papéis complementares procura evitar uma psicologização do contra-papel, isto é, a recriação pessoal deve comportar o que efetivamente estiver acontecendo em cena e não as interpretações daquele ator. Assim, estaria favorecendo a espontaneidade – entendida aqui não como fazer o que se bem entende, mas a ação mais adequada ao momento – e a expressão do co-inconsciente.

Em relação a esta questão da psicologização dos papéis em cena e do papel do coordenador que combina diretividade e facilitação assinalado acima, AGUIAR (1998), psicodramatista e diretor de Teatro Espontâneo que se baseia no ponto de vista fenomenológico e acredita na expressão artística como fundadora da práxis moreniana, critica a postura do coordenador/educador/diretor de cena que analisa e interpreta para o grupo o que entende estar se dando na dinâmica que se estabelece no decorrer do processo, afirmando como desnecessárias as "mostrações, as devoluções, as pontuações, os apontamentos" (p. 196), argumentando que não haveria padrões de normalidade e de maturidade da "personalidade" dos pacientes, de grupos e de comunidades a serem

alcançados, para que estes expedientes fossem usados. Esta conduta se colocaria, então, de modo diverso de posturas comuns à abordagem “psi”, de que em momentos oportunos e balizando-se na auto-análise permanente sobre os processos contra-transferenciais presentes, seria importante e adequado que o coordenador compartilhasse seus pontos de vista sobre o que está ocorrendo com o grupo. Levando em conta que os processos de apropriação coletiva sobre as idiosincrasias singulares e grupais a respeito daquilo que se desenvolveu em cena ou durante a realização da tarefa grupal transcenderiam os espaços criados no grupo, seja porque simplesmente podem não ocorrer, seja porque seguem incomodando e produzindo sínteses durante a vida dos sujeitos, a crítica às interpretações do diretor sobre a dinâmica grupal, entretanto, precisa considerar também as necessidades de todos os integrantes daquele processo, aí incluídos o diretor ou o coordenador, em se utilizar espaços continentais a este fim, para que se possa combinar a troca de impressões a respeito do ocorrido. E esta reflexão coletiva certamente estará perpassada pela diferença de atribuições entre os integrantes do grupo, onde a impressão ou opinião do coordenador é valorizada de forma diferente pelos demais membros do grupo. Mas também estará imersa em muitos outros conteúdos afetivos que estão incluídos neste contexto. Neste sentido, não há como negar as diferenças de poder, mas acredito ser possível trabalhar a partir delas, sem perder o limite de que o espaço de continência para as trocas e eventuais elaborações a respeito do processo não pode ser negado aos integrantes do grupo.

Especificando ainda mais a perspectiva da Socionomia Moreniana a respeito das funções implícitas do papel de coordenador de grupos, ANDALÓ (2000) assinalou as dificuldades envolvidas numa proposta que supõe o educador transitando no limiar da participação conjunta no grupo e no manter-se fora, sugerindo e investigando a experiência, articulando diretividade e simetria entre coordenador e participantes. Suas propostas, indicadas a partir das reflexões de Moreno, caminham no sentido da valorização do saber dos participantes, atribuindo "a cada membro do grupo a condição de investigador", como sujeito construtor de história, bem como do treino com o grupo deste papel que combina a dupla dimensão apontada, mediante o "contato permanente com os seus próprios sentimentos" e a atenção "ao sentido latente das verbalizações, aos comentários verbais e não-verbais, às posturas corporais dos participantes, à sua distribuição espacial na sala, aos seus movimentos, etc.". Além destas iniciativas, a composição de uma unidade funcional, conforme mencionado anteriormente, permite a um ou mais membros da equipe de coordenação desenvolver a capacidade de ser um coordenador-em-ação, atuando no grupo a fim de

colher no aqui-agora a experiência e os movimentos grupais, facilitando a investigação de que o diretor/coordenador está imbuído. Esta autora entendeu, então, que este papel de coordenador de grupos é o de mediador, que aproxima a vivência do grupo de sua desnaturalização, do desvelamento de contradições daquilo que aparece, por um lado, eterno e imutável, e por outro, como um fenômeno dissociado da realidade social, circunscrito a "mecanismos psicológicos abstratos", procurando elaborar teoricamente, em conjunto com o grupo, uma compreensão possível do ocorrido. Neste sentido, a autora salientou a importância que vem se atribuindo à fase do processamento no trabalho sociodinâmico que, conforme anteriormente caracterizada nesta pesquisa, de uma utilização didática entre psicodramatistas em formação, vem sendo recriada "passando a ser um importante momento de reflexão, pois através dela é criada a possibilidade dos grupos se darem conta de seu próprio funcionamento e das relações estabelecidas entre os participantes naquele momento e em outros contextos de sua vida" (ANDALÓ, 2000, p. 5, 7), possibilitando também sínteses a respeito de temas abordados durante as vivências.

Além das reflexões que envolvem o papel do coordenador do grupo, a Sociodinâmica moreniana traz importantes contribuições, colocadas por AGUIAR (1990), para a compreensão a respeito da questão dos vínculos afetivos nas interações humanas. Este autor constatou que é muito imprecisa e diversa a maneira como se vem concebendo e intervindo acerca desta questão. Reconheceu algumas destas formas que o conceituam como sinônimo de relação ou ligação entre pessoas ou entre pessoas e objetos, enquanto organizador do campo perceptual das pessoas em suas interações, ou como memória desejante referidas a relações parentais anteriores como a Psicanálise, ou ainda para "designar relações marcadas por afeto e confiança mútuos" construídas pela "gradativa quebra de barreiras para estabelecimento de um fluxo comunicacional compatível com o projeto terapêutico-pedagógico" (p. 48). Assumindo a necessidade de aprofundar estas reflexões, referenciando-as no sistema conceitual sociométrico, buscou identificar e categorizar os vínculos existentes, a partir dos conhecimentos desenvolvidos pela Sociometria, concretizados nas escolhas objetivas do Teste Sociométrico, associando-os aos conceitos de projeto dramático, papel, tele e transferência.

Retomando as noções sociométricas sobre a configuração de escolhas positivas/negativas/neutras e a análise das reciprocidades e incongruências nos vínculos estabelecidos, conforme critérios concretizados nos objetivos da interação em foco, o autor reconheceu a existência de três tipos de vínculo nas interações humanas: os atuais que se verificam nas relações concretas, os residuais que existem em função interações

vividas no passado do sujeito e os virtuais que se realizam mediante uma interação imaginária ou distante de sua realidade, que o sujeito mantém com objetos ou personagens.

Os vínculos atuais são evidenciados pelo jogo de papéis no teste sociométrico, no contexto grupal, dramático e social, onde os parceiros (pessoas ou pessoas e animais ou pessoas e objetos) interagem dinamicamente, convencionando explícita ou implicitamente um objetivo ou critério para esta relação. Neste processo de convencionar o projeto, pode haver consonância, dissonância ou indiferença, tendo em vista os critérios definidos para concretizá-lo, uma vez que cada indivíduo interioriza seu parceiro atualizando a experiência vivida na situação singular. Neste sentido, a proposta sacionômica permitiria a compreensão da configuração das relações grupais, através da promoção da co-criação e da espontaneidade para que os parceiros consigam reconhecer e/ou reformular sua compreensão sobre o projeto, que pode ser comum ou não. No entrosamento télico haveria complementaridade na criação entre parceiros, que pode se concretizar, inclusive, numa escolha duplamente negativa, encontrando-se um acordo quanto às definições frente ao projeto. Ao contrário, há situações transferenciais em que fica evidente que a atuação dos parceiros toma um rumo diferente das exigências presentes na interação, interrompendo o fluxo da espontaneidade, quando não coincidem os respectivos projetos. Tanto no contexto grupal quanto no dramático, a configuração de escolhas é extremamente dinâmica e mutável passando rapidamente de uma fase a outra, o que faz com que o diretor de cena ou o coordenador de grupos se volte sempre a reconhecer mentalmente a sociometria da situação, identificando escolhas e critérios, para manejá-las adequadamente no sentido da explicitação do inconsciente.

Os vínculos residuais são a memória de interações passadas, relativamente mais estáveis que os vínculos atuais, variando sua intensidade e natureza conforme o momento vivido pelo sujeito. Dentre os residuais constituem-se aqueles que ocorrem por ocasião de sua lembrança porque foram superados, cedendo espaço a outras experiências emocionais, como também há outros que se perpetuam por se caracterizarem como modelos de relacionamento para o sujeito, que aprendeu determinados papéis e os extrapola para situações atuais de sua vida, constituindo-se como matrizes de identidade, que mantém sua força durante a existência do sujeito. Esta tipologia de vínculo residual é a categoria, segundo o autor, que se aproximaria do conceito de vínculo desenvolvido na abordagem pichoniana, amparado na proposta

psicanalítica. Assim, adverte que o direcionamento estrito da prática socionômica para a pesquisa dos condicionantes dos vínculos residuais, através da pesquisa da matriz de identidade, empobreceria a abordagem, porque deixaria de lado toda uma gama de outras interações que deveriam ser focalizadas. Considera importante, entretanto, identificar sua interferência nos vínculos atuais, transformando sua transferencialidade num vínculo residual superado, mediante uma correção télica no contexto dramático.

Não sendo confrontados com a realidade nem presente, nem passada, os vínculos virtuais são mais estáveis que os anteriores. Correspondem a um desejo ou necessidade na imaginação do sujeito, que se constitui em seu projeto, cujos meios necessários à sua satisfação seriam os parceiros e as escolhas, definidas por critérios, que se refeririam às facilidades e dificuldades em concretizá-lo. A relevância da intervenção sobre estes vínculos estaria associada à importância com que se vê as motivações que impulsionam as pessoas no sentido da satisfação de suas necessidades, quando estas motivações influenciam os vínculos atuais, havendo divergência de critérios dos parceiros dos vínculos reais com o projeto virtual, prejudicando a interação télica. Assim, a intervenção poderia enfatizar a identificação do projeto do vínculo virtual, mediante a evidenciação da lacuna existente entre realidade e fantasia, procurando contribuir para o usufruto das satisfações no âmbito da realidade.

Considerando as reflexões postas pelas perspectivas pichoniana e moreniana de vínculo nas interações entre sujeitos, caberia, então, salientar que a leitura realizada por AGUIAR (1990) relativiza mais o papel das interações originais dos sujeitos como fundantes dos processos das dinâmicas grupais e sociais entre sujeitos, sem, ao mesmo tempo, deixar de considerar este aspecto. Esta proposta poderia propiciar, acredito, análises mais esclarecedoras para uma intervenção dos aspectos afetivos no contexto educativo, que contemple sua globalidade e não fiquem centradas na personalidade de seus participantes ou na história de suas relações, porque, assim, se perderia a riqueza e a complexidade daquilo que está ali presente, numa proposta de abordagem emancipadora e co-criativa de aprendizagem.

Da mesma forma, acrescento a estas considerações, que há necessidade de recortar menos ou de compreender/abordar o objeto de conhecimento em sua complexidade dinâmica e contraditória, quando se tomam as colocações já feitas a respeito da proposta de ROMANA (1988, 1992), acerca do Método Educacional Psicodramático, que, mesmo julgando necessária a demarcação pedagógica no uso do

referencial moreniano, tornaram-se também evidentes as repercussões no campo da afetividade porque inerentes ao contexto educacional.

1.2.5.3. A correlação afetivo-cognitiva da dinâmica de grupo em oficina baseada em Lewin

O recurso à análise lewiniana, a partir de AFONSO (1997a), está sendo apresentado, porque sua autora descreve uma experiência que muito se assemelha ao trabalho desenvolvido pelo Laboratório e que está sendo analisado nesta pesquisa, tanto do ponto de vista da compreensão que tem na questão da afetividade inerente ao contexto educativo, quanto da realização da atividade educativa propriamente dita, a qual também chama de Oficina. Neste sentido, esta reflexão comportará, além das reflexões teóricas a respeito da questão que tem nos orientado em relação aos demais enfoques, uma descrição mais detalhada do desenvolvimento da atividade, porque ela subsidiará a detalhamento dos procedimentos da Oficina do CAISM analisada nesta pesquisa.

Semelhantemente a ROMAÑA (1996) e a L'ABBATE (1997), esta autora procurou adotar a complementaridade dos referenciais teórico-metodológicos sobre o trabalho com grupos para alicerçar suas reflexões. Articulando a Socionomia moreniana, o Grupo Operativo de Pichon-Rivière, os círculos de cultura de Paulo Freire e uma "análise de contexto institucional quando (o profissional está) desenvolvendo uma oficina dentro de uma instituição", a autora se ampara na tradição da Psicologia Social, constituída na Pesquisa-Ação e na análise da dinâmica de grupos de LEWIN* para efetuar suas análises. Realçando a relevância atual do trabalho com grupos, procura contribuir no desenvolvimento de bases teóricas de um tipo de intervenção que tenta combinar aspectos afetivos e cognitivos através do trabalho com pequenos grupos, como também sistematiza um procedimento geral de produção de uma oficina, incluindo aí os limites e possibilidades envolvidos na tarefa, partindo do exemplo de uma intervenção concreta que foi realizada junto a pais de adolescentes de uma escola pública (AFONSO, 1997a, p. 5).

Esta experiência se constituiu a partir da iniciativa da autora, que é professora universitária, com seus alunos de Psicologia, que convidaram a participar, num contato

* LEWIN, K. *apud* AFONSO, M.L. **Oficinas em Dinâmicas de Grupo: um método de trabalho estruturado com pequenos grupos**. Belo Horizonte, UFMG, 1997a, 40p. (mimeo).

específico, os pais de adolescentes da escola "que desejassem pensar sobre sua relação com seus filhos adolescentes", formando três grupos de pais (cada um tinha uma dupla de alunos como seus coordenadores). Como havia um interesse institucional se adiantando aos da clientela potencial da Oficina (pois não foram eles que a solicitaram), AFONSO (1997a) destacou como importante nesta fase inicial o reconhecimento entre si dos integrantes do grupo, a definição de um objetivo comum que fosse constituindo um traço de identidade ao grupo e uma atenção especial com a análise da demanda²⁸, configurando um contrato inicial que estabeleça os parâmetros da intervenção, como os objetivos que justificam o trabalho, reconhecendo eventuais diferenças de proposta que possam influenciar noutros desdobramentos durante ou depois da oficina.

AFONSO (1997a) define oficina "como um trabalho estruturado com grupos, independente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, dentro ou fora de um contexto institucional²⁹", (cuja) elaboração (...) não se restringe a uma reflexão racional mas envolve os sujeitos de maneira integral, seus sentimentos, formas de pensar e de agir". Esclarece o caráter pedagógico, no qual se "usa informação e reflexão," mas não se limita a ele, "porque trabalha também com os significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido", diferenciando-o, da mesma forma, de um grupo de terapia, "uma vez que se limita à questão proposta (...), não pretende(ndo uma) análise sistemática e profunda de seus participantes". Este ponto de vista está associado a uma suposição de que o processo de comunicação que ocorre no grupo, dá-se em níveis consciente e inconsciente, estando também vinculado à realização de uma tarefa que, neste caso, é a elaboração da questão central escolhida pelo grupo. Durante este processo de elaboração ocorreria uma "destrução e reconstrução de representações e de identidades dos participantes, isto é, de sua subjetividade, em virtude das transformações que vão se produzindo no processo grupal, isto é, na rede de relações intersubjetivas" (AFONSO, 1997a, p. 4, 19). Destaca, entretanto, que as dinâmicas grupais concretas nunca serão idênticas entre si, sendo necessário se aproximar delas levando em conta que a extensão e a intensidade com que ocorrem estes fenômenos são

²⁸ A autora define análise de demanda como "o processo pelo qual os grupos e indivíduos fazem uma primeira 'encomenda' ao profissional para, em seguida, ir definindo, com maior ou menor dificuldade, outras demandas implícitas ou inconscientes" (AFONSO, 1997a, p. 9). BAREMBLITT (1996) vai mais longe, considerando que, nas análises e intervenções institucionais, deverá ser levado em conta quem é o setor da organização que fez a solicitação do trabalho, mais especificamente, os "os motivos (...), os interesses em jogo, os desejos em pauta e, sobretudo, o grau de consenso, de unanimidade que motiva os protagonistas dessa solicitação", bem como será importante discriminar a "solicitação formal, consciente, deliberada" do encargo que não estaria imediatamente evidente por "má-fé, desconhecimento ou recalque" dos solicitantes (p. 110-111).

²⁹ Se se considera como BAREMBLITT (1996) que as instituições "são entidades abstratas" que regulam "a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra" e a relação entre os seres humanos e que seus "dispositivos concretos são as organizações" (p. 29), é possível que AFONSO (1997a) estivesse se referindo aqui às organizações e não às instituições.

fruto da duração do grupo, do seu tamanho, de suas características, do contexto institucional, dentre outros fatores.

Segundo esta autora, o trabalho em oficina pressupõe um planejamento flexível, que adota uma estratégia básica em que, num primeiro momento, se constrói uma proposta global de trabalho que pode ser adaptada no decorrer do processo, ou pode também ser desenvolvido passo-a-passo junto com o grupo, dependendo do caso. No caso do exemplo citado, a proposta global foi desenvolvida a partir de um projeto mínimo de trabalho, de uma análise psicossocial do tema a ser abordado e de uma definição das linhas gerais da intervenção. O projeto contém o tema central a ser abordado, o número e tipo de participantes, o contexto institucional em que ocorre a atividade, o local e o número dos encontros, os recursos disponíveis. A análise psicossocial comporta uma preparação e estudo da questão central, com definição de subtemas e focos de discussão, que eventualmente podem ser modificados no decorrer das atividades. O roteiro inicial da oficina abarca a temática, o número de encontros, as questões a serem discutidas em cada um deles e as técnicas facilitadoras.

Os aspectos relevantes identificados por AFONSO (1997a) que devem ser levantados para compor este planejamento se referem às dimensões socioculturais (as reflexões acerca do tema central e a experiência da clientela com este tema), socioinstitucionais (demanda, contexto institucional como objetivos da clientela, suas características e papéis desempenhados, aspectos pragmáticos da intervenção como tempo, local, tamanho do grupo e tipo de intervenção), da dinâmica do grupo (experiência anterior dos integrantes entre si, fases e processos grupais, vínculo e comunicação, relação com equipe de coordenação, participações individuais dos integrantes, subgrupos, semelhanças/disparidades internas, papel das técnicas no processo grupal) e da coordenação (comparação entre seus objetivos, com os da instituição, da clientela e dos integrantes individuais, estilos de condução, ética). Além destes aspectos, a autora também identifica algumas questões que deverão ser analisadas no decorrer do processo como subsídio para sua avaliação. Elas dizem respeito à demanda, ao contexto institucional e às relações que o grupo percebe diante de eventuais pressões deste contexto durante o trabalho, à concretização da tarefa e à interação grupal correspondente, à comunicação interna, às eventuais repercussões no cotidiano dos integrantes, ao alcance dos objetivos, à elaboração do final dos trabalhos e à eventuais formas de continuidade. A descrição detalhada proposta pela autora está contida no Anexo 6. Evidentemente que o reconhecimento destas características vai

ocorrer durante e até depois da realização da atividade. Para efeito da análise realizada nesta pesquisa, as questões aqui identificadas contribuem sobremaneira para a sistematização do trabalho desenvolvido, principalmente na identificação de lacunas para próximas atividades.

No momento propriamente dito da intervenção, costuma-se alterar o roteiro proposto, tendo em vista a dinâmica grupal, as sugestões colocadas pelos participantes e as reuniões de avaliação e planejamento que ocorrem entre um encontro e outro. No exemplo colocado pela autora, as duplas de alunos que realizava as oficinas se reuniam com a professora, para supervisão do processo, avaliando o encontro anterior e planejando o subsequente. Nestas reuniões, as mudanças realizadas eram foco de discussão e aprendizado. No primeiro encontro da oficina os coordenadores levantaram com os pais os temas de seu interesse. Constatou-se grande semelhança entre os temas anteriormente planejados e os de interesse da clientela, indicando uma adequada análise inicial do tema.

No trabalho da autora, a oficina se organizava em três momentos: um primeiro, com duração estimada de 15 minutos, que servia de aquecimento, preparava o grupo para o trabalho do dia. Nele se desenvolviam técnicas de relaxamento, brincadeiras, ou conversa que procurava predispor o grupo para o tema. Num segundo momento, buscava-se proporcionar atividades de reflexão e elaboração do tema abordado, mediante técnicas lúdicas, de sensibilização, de motivação para reflexão, de favorecimento da comunicação, seguidas de comentários a respeito da participação na experimentação das técnicas. Num terceiro momento, que buscava a sistematização e avaliação do trabalho do dia como um todo, poderia ser adotada uma proposta em que eram contempladas informações ou conhecimentos auxiliares externos ao grupo ou se restringiria a sistematização àquilo que foi produzido pelos participantes, para que fosse evidenciada sua produção, como também poderia ocorrer alguma tomada de decisão a respeito dos encaminhamentos subsequentes. Em relação aos comentários que completam o segundo momento, a autora destaca sua relevância no processo grupal, marcando a necessidade de dedicar tempo suficiente a ele. Em relação ao terceiro momento, reforça a necessidade de combinar o uso de técnicas, que permitem a experimentação de outras linguagens, principalmente a simbólica, com o processo reflexivo pautado na expressão verbal e concatenação de idéias e narrativas. Assim, estaria se tornando mais possível a reorganização e construção de significados pelos participantes.

Retomando a teorização proposta pela autora e avançando mais na compreensão da dinâmica que se estabelece nos grupos de Oficina, faz-se necessário identificar seu entendimento de grupo, a partir de uma caracterização das fases do processo grupal, dos processos comunicacionais e intersubjetivos que ali ocorrem, da articulação entre a dimensão afetiva e cognitiva da aprendizagem durante a oficina, dos eixos ou focos de intervenção do coordenador e do papel das técnicas neste processo.

AFONSO (1997a) compreende grupo como uma "rede de relações", onde os sujeitos em interação face a face

"se apreendem mutuamente em um vivido partilhado, envolvidos em um processo de comunicação intersubjetivo, com linguagem verbal e não verbal, (...) est(ando) inseridos em um esquema de ação em dado contexto sociohistórico, o que implica (...) (em) conflitos (e na partilha) de valores, linguagem e práticas sociais. (Seu) participante (...) é pensado (...) como um sujeito social cujas formas de compreender o mundo e de se compreender no mundo são construídas em interação e comunicação social".

Para a concretização do trabalho grupal, e especificamente do trabalho em oficina, esta rede de relações se comporia, em sua dimensão interna, "de vínculos entre cada componente e o grupo como um todo e (...) vínculos interpessoais entre os participantes", que se reúnem para realizar uma tarefa (dimensão consciente), a partir da qual se definem papéis, regras, liderança, estratégias e atividades, como também envolvem um aspecto afetivo (nível inconsciente), constituído nas angústias, defesas, possibilidades de produção, que, em interação com a tarefa, são capazes de facilitá-la ou dificultá-la. Os afetos e a tarefa grupais são, por sua vez, influenciados pelos fatores acima identificados como duração, tamanho, objetivos, contexto do grupo, dentre outros. Esta dimensão interna interage com uma dinâmica externa composta pelas forças externas do contexto como as institucionais, as econômicas, as políticas, etc., e pela forma como o grupo reage a elas, produzindo receptividade, resistência, passividade, etc.. Identifica que o trabalho em pequenos grupos teria as seguintes finalidades:

"(a) a análise e compreensão pelos participantes do grupo da sua dinâmica interna e externa, referida ao contexto sociohistórico, (b) a experiência e análise de seus vínculos sociais e afetivos, das relações interpessoais, construídas e vividas através da comunicação e da linguagem, (c) a compreensão e facilitação dos processos decisórios do grupo como um todo e de cada participante na dinâmica grupal" (AFONSO, 1997a, p. 6-8).

Vem-se trabalhando a questão grupal neste texto a partir da questão dos vínculos afetivos que se desenvolvem nestas interações. Até agora se tem desenvolvido uma reflexão de que seria mais relevante à uma intervenção educativa que trata o afeto como inerente ao contexto de produção de conhecimento, não reduzir o grupo à personalidade ou à história pessoal de cada participante, mas entendê-lo e abordá-lo na complexidade

das interações presentes que incluem os resíduos ou influências do passado individual. Esta afirmação tem como pressuposto que o fenômeno fundante da dinâmica dos grupos é social, isto é, que os grupos parciais sobre os quais pretende-se intervir guardam em si a dinâmica mais geral do contexto sociohistórico e institucional no qual se inserem, uma vez que a subjetividade constituída nestes seria derivada e, ao mesmo tempo, antecipadora da subjetividade do contexto. Assim, LOURAU (1996) nos informa que "o nosso inconsciente é instituído" e que "a análise de grupo só pode ser uma análise institucional", "pois é impossível abordar o problema dos grupos sem falar das organizações e das instituições" (p. 255). PAGES (1982) considera que "as emoções coletivas inconscientes do grupo grande podem ser mobilizadas (e) o significado do grupo pequeno para o grupo plenário torna-se às vezes explícito, (...) permit(endo) verificar ao vivo as hipóteses que se faziam a esse respeito" (p. 311). Neste sentido, o conceito de grupo que se vem adotando focalizaria uma tensão entre singularidade e totalidade, entre grupo e contexto, mas também entre indivíduo e grupo, que ficam evidentes nas formulações de AFONSO (1997a), principalmente nos objetivos para os quais o trabalho é realizado.

Para entender melhor de que tensão se está falando e considerando que um grupo concreto contempla outros movimentos de avanço e regressão, continuo a apresentar a proposta da autora que descreve e analisa sucintamente as três fases do processo grupal: a de formação da identidade, a de aparecimento das diferenças e condições de produtividade e a de finalização ou de elaboração.

Na primeira, o conjunto de pessoas tem uma necessidade de afirmar-se numa rede de identificações, firmando objetivos comuns, procurando anular as diferenças, defendendo-se contra a dispersão, construindo a coesão. É um momento onde o grupo pode querer anular o diferente, criando fenômenos como o bode expiatório, onde os laços de intimidade são mais precários, a confiança menor, as conversas mais superficiais. Neste momento podem estar mais ou menos evidentes idéias conflitantes de que "todos seriam iguais" ou a angústia pelo medo do desmembramento grupal. O coordenador é depositário de muitas expectativas, porque se aguarda sua orientação a respeito dos encaminhamentos dos trabalhos. Sua intervenção deve procurar suscitar um sentimento de identificação dos integrantes entre si, viabilizando a comunicação, evitando personalizar intervenções, trazendo as questões para uma resolução coletiva. Na oficina, o coordenador participaria ativamente trazendo informações sobre o tema trabalhado, propondo técnicas lúdicas e jogos de integração. Neste momento já haveria maiores indícios de diferenciação de tarefas, papéis e afetos no grupo.

Na segunda fase, a tensão principal que orienta a participação no grupo está mais evidente: de um lado a afirmação do sujeito enquanto membro do grupo, “o desejo de reconhecimento” e, por outro, sua recusa do grupo reforçando sua singularidade pelo “reconhecimento do (próprio) desejo”. Estas diferenças vão aparecendo cada vez mais, propiciando a produção da tarefa, pois a homogeneidade é imobilizante. A evidenciação de opiniões diferentes servem a outros componentes do grupo, os limites são colocados entre si, o que desvela angústias e defesas. O coordenador propõe jogos e técnicas que ajudam na reflexão coletiva em torno da tarefa (a questão principal definida no início como tema central da oficina), procurando sistematizar as opiniões presentes, trazendo novas informações, mediando conflitos, ajudando o grupo em seu processo de produção, também através de intervenções, que precisam ocorrer em momentos adequados, em que possam ser ouvidas e elaboradas. Outros membros do grupo também fazem suas interpretações sobre o que acontece na dinâmica grupal, tornando-se mais autônomos, e o coordenador, por outro lado, escuta e aceita sugestões do grupo sobre atividades a desenvolver e reconhece com ele momentos de indecisão, ambivalência, dispersão, regressão, de forma que o próprio grupo possa tomar pulso do seu processo de constituição.

Na terceira fase, com o reconhecimento da produtividade grupal, vai se conformando o sentimento de ansiedade frente a aproximação do término do processo e suas dificuldades em reconhecer formas de continuidade após o final da intervenção. Como ocorreu nos outros momentos, é necessário elaboração do vivido, evidenciando o crescimento e os limites da atividade, bem como as possibilidades de desdobramento que abre.

No caso da oficina realizada, a autora indicou que há uma aceleração no sentido da produção grupal, uma vez que a coordenação desenvolve estratégias específicas para favorecer este objetivo, como também os participantes tendem a responder positivamente a esta sugestão, mesmo que inconscientemente. Outro apontamento que coloca diante das situações concretas é a sugestão de que se tome um encadeamento de temas, dos que apresentam maior para os de menor facilidade de abordagem para que se possa ir reduzindo resistências e aprofundando o entrosamento e confiança, enquanto se aprofundam as reflexões.

O trabalho no formato de oficina teria como objetivo, então, segundo a proposta da autora, construir uma dinâmica de interação grupal que possibilite a abordagem das questões propostas inicialmente. O referencial lewiniano utilizado por ela, coloca como

fundantes para o entendimento desta dinâmica grupal a questão da comunicação consciente e inconsciente que se estabelece, as regras e os papéis que interagem e a construção da intersubjetividade no grupo.

Em relação aos processos de comunicação com o outro e consigo próprio, esta perspectiva priorizou reconhecer aquilo que dificultava a participação e a decisão democrática, a liberdade, a confiança e a satisfação de estar no grupo. Assim, procurou identificar os "bloqueios"³⁰, as "filtragens"³¹, as "zonas de silêncio"³², bem como os fatores que explicariam a ocorrência destes. Identificou-os na "censura intrapsíquica", que se constituiria numa inibição inconsciente ou pré-consciente, numa "proibição social" que criaria constrangimentos relacionados ao tema que está sendo abordado, podendo ser consciente ou não e nos "mal entendidos", que ocorreriam em função de suas diferenças culturais e de linguagem, advindas da distância sociocultural entre seus integrantes. As censuras de que se fala seriam, então, de caráter psicológico, psicossocial e social, envolvendo conteúdos e falas conscientes e inconscientes dos sujeitos, o que envolve uma situação terapêutica. Como reitera a autora, no que tem minha concordância, a oficina não pretende ser um grupo de terapia, mesmo supondo que todos estes processos estão presentes de maneira integral e complexa, a proposta se mantém procurando especificá-los, trazendo-os para o enfoque do trabalho sobre a questão inicialmente proposta, utilizando-se também de recursos terapêuticos como a livre associação de idéias, a redução da censura no grupo, a participação ativa e as estratégias de interpretação, propiciadoras de espelhamentos, identificações e transferências³³ que esclarecem significados na experiência dos sujeitos. Todas estas técnicas e pressupostos vislumbram trabalhar "a origem das distorções de comunicação, sem

³⁰ "São caracterizados pela interrupção da comunicação" (AFONSO, 1997a, p. 20).

³¹ Ocorre quando "os interlocutores selecionam aquilo que irão dizer, a quem e com que linguagem", sendo um processo consciente e inconsciente (AFONSO, 1997a, p. 20).

³² Caso os bloqueios e as filtragens se repitam com frequência, estas zonas surgirão para recobrir tensões e conflitos no grupo. Comumente são inconscientes, necessitando ser reveladas ao grupo para sua elaboração pelo grupo e retorno da intercomunicação (AFONSO, 1997a, p. 20).

³³ As transferências aqui identificadas por AFONSO (1997) são tomadas semelhantemente como fez NEVES (1999) e se diferenciam da utilização que faz a teoria moreniana. Conforme AGUIAR (1998), este fenômeno ocorreria como uma forma de acesso ao fenômeno não télico. Para estas autoras, o fenômeno transferencial é entendido a partir dos referenciais psicanalíticos, sugindo em sua complementaridade com o fenômeno contratransferencial. Segundo ZIMERMAN (1993), estes fenômenos são complementares, múltiplos, simultâneos, inevitáveis a qualquer grupo e dizem respeito à retificação de necessidades não satisfeitas na figura do outro. Como já foi referido, as transferências são as identificações projetadas no outro e as contratransferências são, por sua vez, aquilo que foi despertado no outro pelo primeiro. Como fenômenos grupais, ambas poderiam ocorrer, de forma biunívoca, em quatro níveis: na relação indivíduo-terapeuta, na relação grupo-terapeuta, na relação indivíduo-outros indivíduos do grupo e na relação de cada indivíduo com o grupo como um todo. Numa proposta de

pretender, entretanto, que a comunicação se veja totalmente livre de censuras, uma vez que a vida afetiva do grupo não para nunca de se produzir e assim de interferir com aquilo que já foi designado como o 'nível da tarefa' no grupo" (AFONSO, 1997a, p. 20, 22).

Caberia aqui evidenciar que os processos comunicativos intragrupais tomados por AFONSO (1997a), a partir de LEWIN, trazem uma contribuição importante para as reflexões que se fazem nos campos da Educação em Saúde e da Comunicação em Saúde. Como foi explicitado pela autora, os fenômenos comunicativos no grupo são indícios sobre a forma como se dá a interação humana ali presente, melhor dizendo, se vinculam afetivamente seus componentes. Na tradição mais corriqueira da práxis educativa em saúde costuma-se tomar os fenômenos comunicacionais em sua externalidade, isto é, enquanto meios concretos que propiciariam ou não os processos educativos, reconhecendo-os nos usos que se faz de um folheto, ou de um vídeo, ou da mídia impressa, dentre outros. A partir da compreensão aqui desenvolvida pela autora, os processos comunicativos são componentes inerentes do fenômeno educativo, tanto quanto sua dimensão afetiva, e todas as demais, porque se constituem nas formas que explicitam a intersubjetividade grupal. Assim, se recolocaria o papel da comunicação nas reflexões sobre o fenômeno educativo, balizadas pela compreensão da afetividade grupal.

Continuando as análises de AFONSO (1997a), o trabalho sobre as censuras se torna mais possível também porque sua condução procura desenvolver um processo de comunicação onde se radicaliza a participação do sujeito na reconstrução de sua trajetória psicológica, sociocultural e histórica, onde cada participante é visto como um sujeito social, "não mais sustentando a idéia de um indivíduo inteiramente autônomo e coerente, mas para compreender a formação da subjetividade no ser humano individual, como sujeito cindido por níveis consciente e inconsciente, relações de poder, representações e ideologias, pertencimento a diferentes identidades sociais, entre outros fatores" (grifos da autora, p. 23). Este processo de construção da própria autonomia se desenvolveria, reconhecendo-se enquanto objeto de sua consciência, isto é, na sua relação consigo mesmo, mas também na relação de alteridade apropriada na interação interpessoal, sociohistórica e cultural do contexto em que se insere. Desta forma, a compreensão da afetividade envolvida nas interações cotidianas se daria a partir da abordagem de mecanismos e conteúdos inconscientes, mediante a intervenção que focaliza a intersubjetividade presente, constituídas nos papéis sociais,

desvelamento da dinâmica grupal, o interessante seria desenvolver a capacidade de reconhecimento do próprios afetos, naquilo que os outros despertam no sujeito, assim como no que ele desperta nos outros.

que são interiorização do social e, ao mesmo tempo, atribuição de subjetividade à sociedade, abrindo, assim, possibilidades de elaboração da experiência.

Dentro desta perspectiva, a abordagem da afetividade grupal reconhece como inevitável a análise e a transformação de conteúdos inconscientes dos participantes, mas o faz identificando que esta descoberta "precisa ser analisada na própria interação" presente, como também a compreende inserida no contexto social. O vínculo social é concebido como "estruturante do psiquismo e (de) suas realizações", assumindo que "todas as vezes que alguém entra em interação com alguém isto só pode acontecer através da existência de uma linguagem, regras, expectativas sociais. Nossas relações humanas são sempre, ao mesmo tempo, relações sociais, relações entre papéis e instituições" (AGUIAR, 1990, p. 25-26). Neste sentido, sua perspectiva se aproxima de AGUIAR (1990) na abordagem dos vínculos afetivos, porque mesmo afirmando o trabalho sobre a dimensão da singularidade intrapsíquica no grupo (aquele autor também o reconhece quando nos fala dos vínculos residuais), o faz porque estão presentes neste contexto, mas identifica a necessidade de sua atualização frente à tarefa que o grupo se propõe, evidenciando, além do mais que a intersubjetividade e as identidades dos sujeitos presentes se fundam nas relações sociohistóricas que estabelecem no mundo.

Desta forma, a autora identifica que o processo de radicalização da comunicação precisaria ser conduzido, então, no sentido de construir uma "auto-gestão democrática" do grupo*, que combina "atenção flutuante", "uma atenção difusa aos processos e falas que ocorrem no grupo e que podem conter elementos importantes para a sua análise" e o incentivo que traz informação, sistematiza conteúdos e processos emergentes, sugere significados e faz interpretações, sobretudo "em momentos de vivência grupal profunda", nunca pressionando o grupo além de sua disposição, disponibilizando suas colocações quando puderem ser ouvidas e elaboradas (p. 22, 23, 30).

Procurando associar momentos de facilitação e diretividade, o componente pedagógico e o terapêutico, processos de aprendizagem e recriação afetiva de conteúdos, a autora identifica que o coordenador de oficina deve utilizar técnicas, seja como metáforas de situações que necessitam ser trabalhadas, seja como mudança ou ampliação do campo perceptual mediante a diversificação do uso de linguagens. Elas serviriam, desta forma, "para expandir o conhecimento no grupo e abrir possibilidades de interação", comportando uma ética onde não busquem "aliviar a ansiedade" ou um "falso clima de

* FREIRE, P. *apud* GADOTTI, M. **Convite à Leitura de Paulo Freire.** (Pensamento e Ação no Magistério). São Paulo, Scipione, 1989.

harmonia e encontro", de forma a considerar as fases da dinâmica grupal e, principalmente, enquanto uma "proposição e não (...) imposição", possível de ser abandonada, se não encontra ressonância no grupo. Neste sentido, vários recursos se colocam como "a reformulação de frases ditas pelos participantes, a síntese da discussão do grupo, a devolução 'em espelho' de perguntas feitas pelos participantes, comentários reflexivos e interpretações sobre o processo do grupo", "técnicas lúdicas" e outras técnicas de sensibilização e reflexão grupal (AFONSO, 1997a, p. 31-2).

Por isto, reafirmando a necessidade de articulação entre a dimensão afetiva e pedagógica, entre a vivência de sentimentos e a reflexão teórico-conceitual, na tensão entre a narrativa do educando e a conceitualização do educador como analisou GÓES (1997), vem se considerando muito útil trabalhar através do campo relaxado, como já ressaltou ROMAÑA (1996). Entretanto, a autora adverte como fundamental também "recuperar o processo de reflexão pela palavra, a sistematização, a avaliação da produção do grupo", porque o trabalho no grupo de oficinas busca esclarecer e organizar "significados já existentes, organizar aqueles (...) ainda dispersos, e também construir novos", sendo necessário combinar o uso de diferentes linguagens com a linguagem reflexivo-verbal. (p. 33-4). Neste sentido, resgatando suas preocupações éticas com a pertinência social deste trabalho, da mesma forma que ROMAÑA (1996), a autora reafirma a oficina como um "método crítico de análise psicossocial" e não "um método sub-reptício de manipulação", em que as técnicas não seriam utilizadas sem uma clareza de suas finalidades, fora do contexto da dinâmica grupal, ou de uma maneira que não levasse em conta a liberdade de escolha dos membros do grupo em participar delas (AFONSO, 1997a, p. 65).

Por fim, a autora indicou que a intervenção em oficina deve comportar alguns eixos de abordagem do grupo tais como: o da sensibilização dos participantes frente a própria experiência e a dos outros no sentido de perceber e identificar-se perante as relações e afetos; o do esclarecimento, sistematização e elaboração de experiências pela reconstrução de narrativas, de identificação de papéis dentro e fora do grupo e de recriação das relações interpessoais, abrindo possibilidades de exploração do universo institucional; o da desconstrução e reconstrução de representações e identidades sociais, que influenciam novos olhares e escutas, favorecendo a mediação de processos de decisão nas interações no grupo, na instituição e na sociedade, que abririam possibilidades de construção de consensos, ainda que provisórios e contextuais. Assim, podem estar se criando elementos que viabilizem uma abordagem de novos conflitos, a partir da definição de novos contratos, em função de mudanças na rede de relações grupais.

Como se pode perceber, as contribuições que AFONSO (1997a) trouxe ao trabalho de oficinas e particularmente às análises que estão sendo realizadas nesta pesquisa são inúmeras. Dentre as que consigo identificar, evidencio a multirreferencialidade teórico-metodológica, sua compreensão sobre o papel da afetividade nos processos de construção de conhecimento, vendo-a como componente da intersubjetividade e da comunicação grupal, como também do lugar das técnicas viabilizadoras destes processos, destacando a dimensão ética envolvida nestes expedientes. Além disto, há que se destacar também as reflexões que desenvolve sobre o papel da coordenação na abordagem de oficina, destacando os aspectos terapêuticos, educativos e éticos de sua intervenção. Por último, como já foi colocado anteriormente, suas colocações serão úteis também na reflexão que se realizará sobre a oficina propriamente dita, quando for caracterizada a atividade.

2. Objetivos

A diversidade de posicionamentos até aqui colocados a partir das reflexões acerca da dimensão afetiva nos processos educativos, dos vínculos afetivos nas interações humanas e da postura do educador na condução dos grupos, fundamentada nos pressupostos acerca da constituição da subjetividade humana nas dimensões intrapsíquica, interrelacional ou social, indicaria importantes nuances, que não considero intransponíveis na complementaridade das práticas educativas concretas. A busca teórico-política de recriar a práxis em saúde diz respeito à necessidade de compreender um referencial adotado nas ações de formação profissional em saúde, que tem na dimensão educativa do trabalho em saúde o foco e numa proposta vivencial-reflexiva sua aposta.

Como ROMAÑA (1996), L'ABBATE (1997) e AFONSO (1997a), considero necessária e possível uma articulação destas formas de compreensão do fenômeno intersubjetivo no trabalho educativo. Reafirmo esta premissa, senão porque nossa prática educativa no Laboratório tem demonstrado ser possível realizá-la, mas também porque acredito que, como vem nos indicando a multirreferencialidade de ARDOINO (1998) e a análise dialética faz supor, os recortes que se estabelecem não conseguem apreender a complexidade e a contradição dos fenômenos sociais em sua totalidade. Por isto, aquilo que na teoria tem parecido contraditório ou até incompatível, a prática cotidiana dos sujeitos vê como um acontecimento em curso, que desafia a apreensão.

Considerando também que as questões que mobilizaram esta pesquisa envolvem a análise de uma situação de conhecimento, em que se procura reconhecer se tal atividade educativa realmente efetivou as orientações propostas, quais seriam estas, de que forma as teriam desenvolvido, que repercussões teriam trazido, indicando propostas de continuidade ou redirecionamento, questionando, inclusive, a possibilidade de realizar este tipo de análise com as próprias oficinas que realizamos, é que estão colocados alguns objetivos a serem alcançados por esta investigação:

2.1. Geral

Conhecer e analisar o processo de desenvolvimento das Oficinas de Comunicação e Educação em Saúde do LACES, a partir do caso da Oficina realizada no CAISM, com vistas a permitir aproximações a respeito dos limites e possibilidades colocados por esta abordagem educativa.

2.2. Específicos

- Caracterizar a Oficina segundo seus antecedentes, o desenvolvimento dos trabalhos e os produtos gerados, analisando-a à luz dos referenciais teóricos adotados.
- Identificar as conseqüências da participação na Oficina para sua clientela.
- Identificar as conseqüências da participação na Oficina para a equipe de coordenação.
- Identificar as conseqüências da Oficina para o setor do CAISM que a solicitou ao LACES.
- Correlacionar as conseqüências identificadas pelos diversos sujeitos pesquisados, a fim de verificar coincidências, disparidades e complementaridades.
- Apontar conseqüências identificadas por estes sujeitos, que dizem respeito aos limites da atividade.

aos estudos baseados nas RS, a partir desse enfoque. CAMPOS & CAMPOS (2000) argumentam que estes estudos têm obscurecido o caráter transitório dos discursos analisados, não priorizando os processos de produção desse discurso, vale dizer, as contingências e contextos em que se inserem tais cristalizações. MINAYO (1996) vai também nesse sentido, questionando uma tendência em reduzir a realidade analisada às concepções que os atores sociais fazem dela.

Cabe esclarecer, nessa medida, que esta pesquisa toma a análise das RS como os conhecimentos e as experiências dos sujeitos dentro de um contexto institucional, buscando cotizá-las à luz de suas circunstâncias. Da mesma forma, além dos limites mencionados a respeito do objeto de estudo em questão e da posição da pesquisadora frente a ele, há que se frisar a impossibilidade humana em compreendê-lo em sua totalidade, vale dizer, mesmo buscando a necessária integração de seus fragmentos, da forma mais coerente possível, este processo se dá num determinado momento da história, que é cotidianamente reelaborada pelos sujeitos da pesquisa, no momento mesmo da entrevista inclusive.

Nesse sentido, a concepção gramsciana de RS*, designadas por ele como "senso comum", se destaca, retomando a necessária análise crítica dos núcleos de nitidez e obscuridade frente à realidade, sendo consideradas como "sistemas de representações sociais empíricos e observáveis, capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão inseridos."

Dessa forma, um desafio colocado para a análise a ser desenvolvida é reconhecer naquilo que os discursos têm de habitual e consensual, os elementos de conformismo e de resistência presentes na mistura de idéias das elites dominantes, da população em geral, das correntes filosóficas e científicas das RS, objeto dessa pesquisa.

** SCHUTZ, A. *apud* MELLIN, A.S. **As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração**. Campinas, 1998 [Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo (USP)].

* GRAMSCI, A. *apud* MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996, p. 173-4.

3.1. Procedimentos metodológicos

Inicialmente, a proposta de análise abarcava seis Oficinas³⁷, selecionadas a partir da existência de relatórios escritos, que nos permitiam acesso a dados de cunho descritivo sobre sua realização. Após o exame de qualificação, em que foi sugerido que trabalhássemos a partir de uma Oficina somente, devido à necessidade de recortar mais o objeto de estudo para que se fizesse uma análise mais rigorosa e específica, dentro das propostas de uma dissertação de mestrado, iniciou-se a identificação dos aspectos que orientassem essa redefinição no sentido apontado.

Procurando dar conta dos objetivos da investigação e da concepção metodológica qualitativa já apresentada, foi definido que a Oficina realizada no CAISM, reunia algumas condições interessantes para ser o foco deste Estudo de Caso. Esta Oficina foi escolhida por motivos de ordem operacional, mas também de ordem metodológica e conceitual, que a colocam numa situação exemplar para a investigação em curso, senão vejamos:

- Pela facilidade de coleta de dados com participantes e demandante institucional, em função da proximidade geográfica e institucional, uma vez que esta maternidade faz parte do Hospital das Clínicas, o hospital-escola da UNICAMP.
- Por ser realizada com profissionais de uma instituição somente, facilitando a análise de contexto³⁸.
- Pela equipe realizadora da Oficina se constituir de outros membros do Laces, permitindo que a própria pesquisadora realizasse a entrevista com as coordenadoras.
- Pela temática da Educação em Saúde estar sendo abordada de forma mais direta, ou seja, sem variantes AIDS, AIDS x Adolescência, AIDS x Presídio, como acontece nas outras Oficinas, contribuindo para maior focalização do trabalho de análise conceitual³⁹.

³⁷ As seis oficinas eram: de Abordagem de Comunicação e Educação em DST/AIDS (CARVALHAL, VIEIRA, SANTOS, OLIVEIRA, 1996a), duas oficinas de Abordagem das DST/AIDS com Adolescentes (CARVALHAL, OLIVEIRA, ALENCAR, 1996b) e (CARVALHAL, VIEIRA, SANTOS, 1997), de Capacitação de Aplicadores de Programa Educativo em DST/AIDS em presídios (CARVALHAL, VIEIRA, SANTOS, NUÑEZ, OLIVEIRA, 1998), de Comunicação e Educação em DST/AIDS – Presídio II de Hortolândia (CARVALHAL & NUÑEZ, 1998) e de Comunicação e Educação em Saúde do CAISM (CARVALHAL & L'ABBATE, 1998), envolvendo 177 profissionais.

³⁸ Das seis oficinas, somente duas eram dirigidas a profissionais de uma mesma instituição: a com agentes penitenciários do Presídio de Hortolândia e a do CAISM.

³⁹ É necessário esclarecer que, apesar de estar programado que a oficina seria aplicada ao tema específico da saúde da mulher (Anexo 1 – item 11.1.1.), isto não se realizou, em função da priorização do tema

- Por já contar com iniciativas de análise da própria coordenação, realizadas no sentido de identificar suas conseqüências para as participantes, evidenciadas numa maneira francamente favorável e receptiva com que essas participantes se posicionavam frente à Oficina nessas primeiras coletas de dados.

Nesse sentido, além das facilidades operacionais que criava, sua escolha trazia melhores condições para o aprofundamento das categorias que elucidassem a análise da abordagem em foco, tanto do ponto de vista da menor variedade dos temas trabalhados, quanto do aproveitamento de material já coletado, que pedia uma sistematização rigorosa, tendo em vista o posicionamento favorável da maioria das participantes em fazer parte do estudo.

A opção por essa Oficina, trazia uma perspectiva de compreender as RS dos sujeitos pesquisados, a fim de investigar eventuais possibilidades que criava para o trabalho cotidiano desses profissionais, mas também considerar, da forma mais rigorosa possível, os limites da abordagem, tendo em vista as circunstâncias presentes.

O trabalho compreensivo levou-nos a realizar entrevistas não-estruturadas⁴⁰. Apoiado em MINAYO (1996), foram consideradas advertências que um trabalho como o nosso poderia levantar: a credibilidade das informações prestadas (ocultamento, distorção, espontaneidade nas respostas), a interação com o pesquisador (nesse caso, fortemente associado à equipe que realizou a Oficina), a singularidade de cada entrevista e a relevância dos temas conferida pelos entrevistados e não pelo roteiro de questões proposto a priori.

O roteiro em questão buscava resgatar as impressões, sentimentos, reflexões, conteúdos simbólicos expressos ou não, em relação ao momento propriamente dito de realização do encontro, como também seus eventuais desdobramentos (Anexo 2). Este roteiro, inicialmente, adotava, como aquecimento para que as entrevistadas relembassem os momentos da atividade educativa, o levantamento de percepções a respeito do assunto através do desdobramento de seis aspectos do pensamento: a emoção, o pensamento racional-descritivo, a crítica negativa, a crítica positiva, a criatividade das propostas de mudança e a síntese, numa atuação inspirada em DE BONO (1989), quando esse autor discutiu a Técnica dos 6 Chapéus.

central, ou seja, a Educação em Saúde e do tempo disponível, utilizando a vivência cotidiana das oficinas, como ponto de partida, como prevê a metodologia utilizada.

⁴⁰ São aquelas em que se segue um roteiro como orientação para balizar os objetivos do pesquisador, de forma a não cercar a fala dos entrevistados (MINAYO, 1996). Segundo a autora, esse tipo de entrevista visa abrir a explanação ao entrevistado, aprofundando o nível de informações/opiniões obtidas.

3. Método

Levando em conta os objetivos delineados, as referências teóricas que embasam este estudo e a inserção da pesquisadora em relação ao objeto de estudo, está sendo considerado que esta é uma pesquisa qualitativa, desenvolvida como um Estudo de Caso, inserido nos marcos da Pesquisa-Ação e fundamentado mediante a compreensão dos pontos de vista dos sujeitos pesquisados.

Concordando com MINAYO (1996), quando se definiu que essa pesquisa adotaria a abordagem de uma metodologia qualitativa, não se pretendeu colocá-la como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas. Esta opção foi necessária, em função do recorte que nosso objeto de estudo impõe, sua complexidade que acarreta constantes negociações e mudanças no percurso proposto, bem como pela implicação da pesquisadora com esse objeto, visto que ao analisá-lo, pretende estar também provocando sua transformação. Sabe-se, entretanto, como qualquer recorte que se faça numa investigação, que é parcial a opção por uma análise circunscrita à subjetividade dos sujeitos envolvidos numa atividade, mesmo levando em conta o contexto institucional em que está inserida. Está-se, dessa forma, assumindo que tal redução remeteria nossa tarefa a outras investigações posteriores que complementem as análises aqui desenvolvidas.

A necessidade de circunscrição do objeto levou a metodologia desta pesquisa a configurar-se num Estudo de Caso. Nesta modalidade de pesquisa se delineiam eventos ou fenômenos exemplares de outros, mais amplos, que se deseja estudar (MINAYO, 1996). No nosso caso, uma das Oficinas do LACES foi tomada como exemplo de um tipo de abordagem educativa utilizada pelo laboratório, que apresenta, de uma forma peculiar, seu enfoque teórico-metodológico. A peculiaridade desse formato está na curta duração de sua intervenção.

Considera-se também que essa análise se insere nos marcos da Pesquisa-Ação. Segundo HARTZ (1997, a partir de THIOLENT, 1986), pode-se defini-la por aquela pesquisa "onde há explicitamente uma situação problemática a ser investigada e na qual as pessoas implicadas (pesquisadores) assumem que têm um papel ativo na realidade observada (atores), o que não é comum na pesquisa convencional" (p. 23). No nosso caso, o que nos desafia é um problema muito comum na Educação em Saúde, como destaca AGGLETON (1995), que envolve a preocupação com a análise das atividades educativas realizadas, a fim de identificar mais claramente quais são suas conseqüências e melhor qualificar a prática.

Relativamente à implicação do pesquisador, concordando com HOLLANDA (1993), nosso ponto de partida é a aproximação entre sujeito pesquisador e sujeitos de pesquisa. Nosso pressuposto é que essa relação transcende o campo da pesquisa social, porque reflete um posicionamento ético-político do pesquisador que pretende contribuir com uma nova ordem social, mais democrática, caracterizada por relações entre sujeitos. Defendemos que essa proposta se mostra mais adequada devido a alguns argumentos:

- a perspectiva de que a objetividade do conhecimento desvelada em qualquer análise, científica ou não, está condicionada pelos conteúdos psico-afetivos, histórico-existenciais e estrutural-profissionais mobilizados no investigador, como nos lembra BARBIER (1985);
- uma interpretação explicitamente interessada "é na verdade mais rica em capacidade objetiva do que as interpretações aparentemente desinteressadas, já que essas últimas, quando pretendem ser científica e universalmente válidas, não são na realidade conscientes do próprio caráter ideológico" (GRUPPI, 1978, p. 136).
- esta pesquisa é um momento no processo de capacitação da pesquisadora, que também poderá servir como subsídio para a capacitação do grupo do qual faz parte, procurando ser coerente com o objeto de estudo, tendo como base as reflexões mais recentes do campo da formação de educadores.

A atualidade das reflexões a respeito da formação de educadores tem proposto a Pesquisa-Ação como uma das mais proficuas e eficazes formas de efetivá-la. Entretanto, há que se ressaltar que, de acordo com a proposta por CARR e KEMMIS (FIORENTINI *et al.*, 1998; CRISÓSTIMO, 1999) e com as críticas de ZEICHNER e LISTON à perspectiva de SCHÖN (CAMPOS & PESSOA, 1998) sobre a Ação-reflexão na formação de educadores, nossa pesquisa não se configuraria numa Pesquisa-Ação no sentido estrito. A análise em questão, como é sabido, não está sendo realizada por todas as educadoras do laboratório em todas as suas etapas. Mas, está sendo assim considerada, levando em conta as ponderações de FIORENTINI *et al.* (1998), que destaca dificuldades muito freqüentes em concretizar o formato definido por CARR e KEMMIS³⁴, como também os argumentos de VOSSWINKWEL*, que afirma que,

³⁴ Não estava sendo possível até o momento em que se iniciou a pesquisa, constituir um grupo de pesquisadores/educadores do Laboratório. É interessante notar que, no entanto, de algum tempo para cá, algumas iniciativas nesse sentido estão em curso, simultaneamente ao trabalho ora apresentado.

* VOSSWINKWEL, N. D. *apud* HOLLANDA, E. Práticas alternativas de pesquisa: alguns questionamentos sobre as potencialidades e limites da pesquisa-ação e pesquisa participante. IN:

estando o papel social do pesquisador assumido em sua interioridade no projeto do grupo, seria resguardado seu caráter Pesquisa-Ação.

Nesse sentido, os referenciais metodológicos acima apresentados estariam se configurando também enquanto mais um recurso dos educadores do Laboratório na aproximação/reflexão a respeito das intervenções educativas realizadas, no sentido de aperfeiçoá-las.

As análises estão fundamentadas nas representações de sujeitos assumidas como relevantes para esse Estudo de Caso. Considera-se que as representações sociais (RS) das oficinas³⁵, das realizadoras da Oficina e da solicitante institucional são o material básico, a partir do qual nosso trabalho compreensivo pretende se realizar, através da mediação da linguagem verbal e não verbal concretizada nas entrevistas. Para permitir maior aproximação com este objeto de estudo, deve-se reconhecer algumas conceituações básicas, a partir das quais está sendo realizada a referida análise.

Grosso modo, as RS são entendidas como percepções e conceituações simbólicas que os sujeitos sociais utilizam para expressar sua realidade (MINAYO, 1996), envolvendo conteúdos de pensamentos, informações, opiniões, valores, sentimentos, imagens simbólicas e até formulações filosóficas e científicas. Do ponto de vista desta pesquisa interessa estudá-las enquanto constituídas num processo social e reconstituídas de forma dinâmica e complexa pelos indivíduos, na sua vivência cotidiana*.

Para MOSCOVICI, existem dois tipos de categorias de pensamentos que constituem as RS: a dos universos reificados, caracterizados pelo pensamento científico e filosófico e a dos universos consensuais, marcados pela vida cotidiana e pelo senso comum. Apesar das RS dos sujeitos elaboradas no dia-a-dia não utilizarem os mecanismos de verificação objetiva do método científico, reconhecem verosimilhanças e plausibilidades daquele universo, fazendo releituras e elaborando o que seria não familiar ao universo consensual. Esse processo se realizaria por meio de mecanismos de classificação, denominação e objetivação.

VALLA, V.V. & STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993, p. 25-51.

³⁵ Nesta pesquisa, a clientela da Oficina está sendo identificada pelo termo *oficinanda*, um neologismo, cuja origem lembra a palavra “educando”, originalmente utilizada por Paulo Freire (1983).

* MOSCOVICI, S. *apud* MELLIN, A.S. **As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração**. Campinas, 1998 [Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo (USP)].

Esta perspectiva nos seria útil se a trabalhássemos na compreensão do objeto de estudo dessa pesquisa, uma vez que o formato da intervenção educativa em saúde analisado, pode ser entendido como uma reelaboração simbólica, que se concretizou a partir de uma ou mais vertentes pedagógicas em saúde teórica e conceitualmente elaboradas.

Segundo esse enfoque, os processos pelos quais o indivíduo recolhe e reelabora o que seria inusual à sua experiência são psicológicos e sociais. MELLIN (1998) aponta quatro níveis, identificados por DOISE em SPINK (1995), que se articulam numa pesquisa que trabalha com RS:

"...o nível dos processos intraindividuais que focaliza a maneira em que os indivíduos organizam suas experiências do social, nível este privilegiado entre outros pela psicologia cognitiva; o nível dos processos interindividuais ou intersituacionais enfocado por grande parte das pesquisas em dinâmica de grupo; o nível situacional propriamente dito em que se inserem as pesquisas que exploram as diferenças (quanto ao poder, identidade social, etc.) resultantes da posição ocupada em um determinado campo social; o nível ideológico, no qual situam-se as análises sobre as visões de mundo de determinadas sociedades, classes ou segmentos de classes". (p. 59-60).

Acredito que, no caso dessa pesquisa, o nível dos processos interindividuais e intersituacionais estarão mais presentes, entretanto, o recorte didático acima proposto que ajuda na análise a ser desenvolvida, não deve contribuir para que se perca a articulação entre os diversos níveis.

Outra dificuldade que MELLIN (1998) identifica nos estudos de RS é a questão de como extrair explicações a partir desse recurso. Indica uma tentativa de fazê-lo, adotando o referencial* de que ao se ater ao nível individual, deve-se buscar uma intercessão de conteúdos da representação prototípica ou nuclear dos sujeitos, que poderão se constituir em explicações de comportamentos sociais posteriores.

Tomando o ponto de vista da Fenomenologia, seria possível conceber uma teia de significados conferidos pelos sujeitos, que o fazem levando em conta "sua história de vida, seu estoque de conhecimentos³⁶ dado pela experiência de interação com os que o cercam"³⁶. Nesse sentido, seria possível identificar relevâncias de conceituações que determinados grupos sociais criam e recriam no seu fazer cotidiano. Entretanto, várias críticas têm sido feitas

* WAGNER, W. *apud* MELLIN, A.S. **As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração**. Campinas, 1998 [Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo (USP)].

³⁶ Pode-se diferenciar experiência de conhecimento A primeira pode ser comum a um grande número de pessoas ao mesmo tempo, enquanto que o segundo é individual, pois consiste numa elaboração interior, subjetiva e intersubjetiva, através do senso comum, da experiência vivida e funciona como esquema de referência para o sujeito.

Durante as entrevistas piloto foi-se delineando uma síntese mais adequada. A proposta resumira-se nas seguintes perguntas: "Quando alguém menciona essa Oficina, qual sua primeira impressão, emoção ou idéia em relação a ela?" "O que você se lembra da Oficina?" "Você percebeu alguma insuficiência na Oficina? Qual?" "Que sugestão de mudança você daria?" "Trocando em miúdos, o que ficou da Oficina?"

Em relação às possíveis repercussões da Oficina, era feita, inicialmente, uma questão geral sobre se identificavam alguma mudança na sua vida ou no trabalho depois de tê-la realizado. Em seguida, esta questão se desdobrava em aspectos que supostamente estariam entre as possíveis conseqüências: ao próprio papel de educador (deixando aberto para que a entrevistada apresentasse sua visão do que seria este papel), a algum tema que foi abordado, ou àquelas relativas ao que entendesse como aperfeiçoamento no campo da Educação em Saúde. Além disso, era perguntado também se percebia alguma mudança na sua forma de enfrentar situações limitantes no trabalho, procurando, dessa forma, abordar se teria havido alguma influência sobre sua busca por autonomia nas atividades que desenvolve. (Anexo 3)

Desta forma, as narrativas poderiam conter as impressões referentes aos eventuais resultados positivos ou negativos da atividade, bem como à maneira como se deu, isto é, uma descrição do processo segundo a percepção dos sujeitos pesquisados.

Simultaneamente aos contatos com as participantes para realização das entrevistas, busquei estudar detalhadamente o Relatório Comentado redigido por uma das coordenadoras. Neste momento percebi que faltavam algumas informações para completá-lo. Estas informações justamente diziam respeito ao processo de avaliação da Oficina, que se realizou através da coleta de informações através de dois roteiros de perguntas⁴¹, após a realização da atividade.

Para obter as respostas dos questionários, contatei a coordenação e a chefia do setor demandante. Demorou algum tempo até que conseguisse tê-las em minhas mãos. Comecei a realizar as entrevistas, enquanto as localizava e tabulava. Os dados que foram, então, processados, constam da "Análise dos Questionários Avaliativos e de Continuidade respondidos pelas participantes imediatamente após a Oficina" (item 4.3). Nessa análise confirmei a necessidade já detectada de aprofundar os aspectos críticos relacionados à Oficina, uma vez que esses questionários evidenciavam uma visão muito positiva, como também identifiquei algumas questões que deveriam ser respondidas pela análise das entrevistas.

Além desse estudo, mostrou-se necessário para a análise compreensiva posterior, considerar as condições institucionais em que foi produzida a Oficina.

Simultaneamente à realização das entrevistas individuais e ao processamento dos questionários, foi iniciado um levantamento de dados relacionados ao contexto da instituição demandante, isto é, quais eram os setores de trabalho das participantes, procurando identificar resumidamente suas atividades, bem como aspectos culturais característicos nos profissionais de saúde daquela instituição, principalmente aqueles vinculados à assistência prestada à clientela e às experiências de formação profissional ali desenvolvida, voltada para a questão da relação entre profissional de saúde e pessoa em cuidado. Obtive esses dados graças à boa vontade da supervisora da Seção de Educação em Saúde, que forneceu alguns textos disponíveis à respeito da criação do hospital, à pesquisa na página da internet⁴² da organização e a informações complementares que as próprias oficinas, suas colegas ou chefias me indicaram. É importante esclarecer que não encontramos um texto que contasse de forma mais completa a história da instituição.

Além de apontamentos acerca da instituição em que foi realizada a Oficina, foi importante também levantar as situações que envolveram a equipe de coordenação do LACES: os motivos pelos quais se interessaram em realizá-la e as contingências administrativo-institucionais dos oficinairos. Esses dados foram obtidos diretamente com as coordenadoras ou foram utilizados relatórios e documentos do Laboratório.

3.1.1. As entrevistas

Foram entrevistadas 11 de um total de 13 oficinas. Não foi possível entrevistar duas participantes. Uma delas, aprimoranda de Serviço Social na época da Oficina, não desenvolvia mais suas atividades na instituição. Apesar de conseguirmos contatá-la duas vezes, não retornou a ligação para agendamento da entrevista. A outra, foi contatada em seu setor (Enfermaria de Ginecologia), mas se disse impossibilitada de participar da entrevista, visto que não poderia se ausentar do trabalho, devido a sobrecarga de serviço.

⁴¹ Ver itens 11.1.8. e 11.1.9. do Anexo 1.

⁴² SOLHA, M. A. **Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. <http://www.caism.unicamp.br>. acesso em maio de 2000.

A primeira conversa orientada foi realizada num momento anterior à definição pela Oficina do CAISM, quando se procurava testar o roteiro de entrevistas (agosto de 1999). Esta oficinanda foi selecionada por sorteio, em meio aos participantes de todas as seis oficinas, que se dispuseram a ser entrevistados.

As demais entrevistas foram realizadas na instituição, no período entre fevereiro e março de 2000, sendo oito no primeiro mês e duas no segundo. Todas elas foram gravadas em fitas k-7 e duraram, com algumas exceções, cerca de quarenta minutos. É necessário frisar que, antes do início de todas as entrevistas, sempre era perguntado se era possível gravar a fala e nenhuma delas colocou qualquer impedimento.

Segundo MINAYO (1996), numa entrevista em que o sujeito discorre livremente sobre um tema proposto, não há neutralidade. A fala é reveladora das condições estruturais da sociedade e da singularidade do sujeito. A interação entrevistador-entrevistado, como um fenômeno social que é, influencia as informações obtidas, uma vez que há uma troca desigual entre os atores: um, o entrevistador, toma a iniciativa, tem objetivos a atingir (controla e orienta digressões), pretende ter a capacidade de penetrar na "região interior"⁴³ do entrevistado, o outro, o entrevistado, procura manter o "controle de impressões"⁴⁴, procurando preservar seus segredos e avaliando o entrevistador de acordo com o sigilo que toma diante das informações prestadas. Dessa forma, apesar dos aspectos implícitos da dominação assinalados na prática de pesquisa, ficam evidenciadas "brechas" de poder do polo dominado, tornando inevitável a explicitação das condições em que ocorre essa interação, como também conferindo autoria ao produto dessa relação (p. 113-8).

Nessas entrevistas, procurei estabelecer um contato que descontraísse o momento de prestar informações. Mas, em alguns casos, não foi possível concretizá-lo. Nessas situações, a gravação teria servido como veículo de exposição do desconforto da interação.

No depoimento da entrevistada oito (E8)⁴⁵, percebeu-se uma insegurança inicial, em função da conversa ser gravada, porque tinha receio de não conseguir se lembrar:

"É, eu fiquei preocupada, porque a gente fez essa Oficina faz tempo, não lembro detalhe, 'Ih, vai gravar...' Fiquei com medo de dizer... 'Olha, vai gravar...' (...) Mas você vai perguntando, os toques que você vai dando, a gente vai assimilando, vai lembrando o que se passou..."

⁴³ É o que se pode chamar de "bastidor" da RS, o espaço onde os grupos sociais guardam seus segredos.

⁴⁴ Advém da familiaridade e solidariedade dos integrantes de um grupo, que partilham significados e segredos, do que pode ou não ser dito. Em geral esses ocultamentos são incompatíveis com as impressões promovidas.

⁴⁵ A partir daqui as entrevistadas serão identificadas pela letra "E" e um número correspondente.

Este receio foi se debelando no transcorrer desta entrevista, uma das mais longas entre as realizadas. Houve bastante detalhamento nas recordações da entrevistada, trazendo um depoimento bastante rico.

E3, por outro lado, referiu ter ficado constrangida de participar da entrevista gravada, relatando que teria mais naturalidade se este procedimento não tivesse sido adotado. Quando perguntada sobre como estava sendo fazer a entrevista respondeu:

"Anh-han (riso nervoso). Acho que talvez por estar gravando (...) Leva um pouco aquela (...) sua naturalidade. Entrevistadora: Se não tivesse gravando, talvez você pudesse ter sido um pouco mais... Tranqüila, para falar. Entrevistada: É, com certeza."

No caso dessa entrevistada, que era bastante tímida, talvez tenha se sentido constrangida em colocar sua dificuldade no início, quando houve a solicitação de que se posicionasse sobre a gravação, o que teria se tornado mais fácil de expressar ao final da conversa.

Outro exemplo que evidencia a desigualdade na interação diz respeito ao fato de se sentirem cobradas em lembrar-se dos fatos ocorridos há cerca de dois anos atrás.

Um relato que referencia esta consideração, foi colocado por E1 que relatou que havia se lembrado da entrevista antes: "É engraçado que ontem, eu não sei, por algum momento eu me lembrei da nossa conversa, né? E aí eu pensei: Nossa! A Oficina, né!?" (risada)".

É possível, nesse sentido, que ela tenha se preparado para a entrevista, relembando coisas, ou que, pelo menos, estivesse um tanto ansiosa em relação ao depoimento que prestaria.

Durante as entrevistas, tencionava estabelecer um contato que remetesse às lembranças em relação à Oficina, buscando inicialmente conteúdos simbólicos e emocionais que porventura se relacionassem a ela. Na medida em que íamos procurando por lembranças de fatos e momentos significativos, maiores ou menores dificuldades ou desconforto eram, em geral, mencionados por elas.

Esse desconforto pode ser percebido no depoimento anterior, bem como no de E6, que explica sua dificuldade em lembrar momentos da Oficina, da seguinte forma: "É que eu fiz várias coisas com o LACES, né? Então às vezes eu posso me confundir. (...) Acho que também foi o último também que nós fizemos, depois não fizemos mais."

No final da entrevista, não houve a confusão referida com outra Oficina. De outra forma, foram muitas as lembranças dessa oficinanda.

E5 também referiu o mesmo motivo para explicar eventuais confusões em suas lembranças:

"Eu fiz mais de uma Oficina, né? (...) Eu não me lembro bem, acho foi nessa Oficina. Agora eu me lembro que tinha uma coisa (...) não me lembro se foi nessa, tinha uma coisa que a gente tinha que...".

Algumas mencionaram que haviam se preparado, pensando sobre o que deveriam falar para a entrevistadora.

Um exemplo de uma situação como essa está no depoimento de E2:

"...eu pensei muito nisso esta noite, que estava pensando em como estar organizando um pouco (minha fala) para essa pesquisa, né? (...) ...eu fiquei trabalhando com a minha cabeça à noite, pensando, demorei muito para dormir... Porque eu sabia que você vinha, mexe um pouco, dá saudade, saudade do trabalho. (...) Foi muito bom para mim, rever... Mexe um pouquinho, dá saudade. Dá saudade."

E10 também deixou a impressão de que havia se preparado para a entrevista, em função da rapidez com que foi respondendo às questões logo de início, parecendo que havia buscado pela memória, antes, relembando rapidamente duas vivências da Oficina (a construção coletiva do conceito de saúde e a construção da clientela das ações educativas do CAISM – ver Anexo 1) e outros aspectos (como foi convidada, suas dúvidas em relação à proposta de participação na Oficina, a interação grupal e a novidade do contato multiprofissional vivenciados durante a atividade).

Também E7 deixou a impressão geral de que se preparou para a entrevista, dado que, já na primeira pergunta, de pronto, as respostas vinham no sentido de indicar os efeitos positivos da Oficina para sua vida, relacionados com a necessidade de continuidade. Além disso, as opiniões francamente positivas apresentavam uma coerência interna de pensamento e uma desenvoltura, que reforçariam essa idéia, mas também pareciam indicar que a oficinanda vinha ampliando seu interesse pelas temáticas abordadas no evento.

Procurando tranquilizá-las quanto ao nosso objetivo de levantar apenas aquilo que estava presente em sua memória, no decorrer da conversa, umas mais do que outras, lembravam-se de muitos detalhes, geralmente, daquilo que foi mais significativo. Nossa tentativa era sempre procurar relacionar aquilo que mencionavam como contribuição que a Oficina teria trazido para seu trabalho e/ou para sua vida com as lembranças que tinham de momentos vividos na atividade educativa. Assim, buscávamos perceber se já havia alguma compreensão mais racionalizada sobre essas contribuições. Aquelas que conseguiam se lembrar de mais detalhes, tinham mais facilidades de relacioná-los às contribuições percebidas, como as E1, E2, E4, E6, E8, E9 e E11. Mas essa correlação, em alguns casos, parecia estar ocorrendo durante a própria entrevista, como ficou evidente com E3, E5 e E10.

Exceto a primeira entrevistada (E2), que conhecia pessoalmente, não tive contato pessoal anterior com nenhuma outra (a não ser para agendar a entrevista). Apesar dessa situação, todas me recebiam de maneira muito amável, parecendo estar estendendo à pesquisadora, a relação que estabeleceram com as coordenadoras durante a Oficina. Afinal, eu me apresentava como membro do LACES.

Essa implicação com os sujeitos de pesquisa, prevista como ponto de partida dessa pesquisa desenvolvida nos marcos da Pesquisa-Ação, ficou evidente nesse momento da coleta de dados.

E1, por exemplo, no depoimento a seguir, fala de sua relação com as realizadoras da Oficina, estendendo também a mim o tratamento dedicado a elas:

“Foi prazeroso mesmo. Tanto o contato com vocês, eu conhecia (uma das coordenadoras). (...) Foi muito legal reencontrá-la, e mesmo do trabalho de vocês, assim, da (outra coordenadora), eu gostei muito...”

E6 ressalta também a mesma opinião: “Não, eu que sou uma fã de vocês... (...) Acho muito legal o trabalho.”

Uma situação também vivenciada durante algumas entrevistas (mais evidentemente com E5 e E6), que merece ser citada aqui, está relacionada à percepção de que teriam ocorrido posicionamentos que antecipavam aspectos positivos da Oficina, quando se solicitava que opinassem sobre suas insuficiências. Esta forma reativa de agir poderia estar ligada ao fato das oficinas em questão estarem sentindo necessidade de afirmar algum aspecto que, eventualmente, possa ter sido criticado, em relação à Oficina, frente a outro interlocutor, devido ao fato de terem uma afinidade com o trabalho.

Procurando investigar se a impressão de que as oficinas poderiam estar colocando questões influenciadas pelo fato de eu ser do LACES, reforçando, de forma mais ou menos evidente, os aspectos e contribuições positivas da Oficina, em detrimento dos problemas ou limites que teriam percebido, como também tentando entender em que medida o fato delas terem uma forte identificação anterior com as propostas da Oficina, as influenciava durante a entrevista, procurei questionar os dados que vinha coletando, no sentido de perceber sua validade.

Pus-me, então, a analisá-los para tentar perceber se a impressão de “ufanismo” por parte das entrevistadas, poderia ser, de fato, evidenciada numa análise mais detida. Nessa análise, ao identificar elementos indicativos de uma visão francamente favorável, também pude constatar questões controversas que precisariam ser elucidadas. Essa necessidade de evidência poderia estar relacionada ao fato de que as questões não

estariam conscientes para suas interlocutoras e por isso não puderam ser colocadas, ou porque haveria intenção em escondê-las para não trazer o desconforto da crítica.

Enquanto essas questões se impunham, fomos também realizando as entrevistas com a chefia do setor demandante institucional (DI)⁴⁶ (Anexo 4) e com os membros do LACES (Anexo 5), que realizaram a Oficina.

Como é sabido, meu contato anterior com as coordenadoras da Oficina⁴⁷ é bastante longo. Fiz muitos trabalhos com uma delas, inclusive compondo equipes de coordenação em Oficinas. Com a outra havia colaborado na realização de disciplinas do CESP do DMPS, além de ser fundadora do Laboratório, como ela.

Esperava um desafio especial quanto aos dados daí obtidos: o meu conhecimento anterior de muitos de seus pontos de vista a respeito dos trabalhos realizados pelo Laboratório e, eventualmente, a respeito desse mais especificamente, poderia favorecer um momento de concordância mútua, em que estaria comprometida a exploração mais rigorosa de suas compreensões a respeito do que está sendo analisado.

Uma das coordenadoras se encontrava, por conta de compromissos profissionais, fora do Brasil. Para obter maior aproximação das condições de uma entrevista não-estruturada, tentou-se realizar uma entrevista virtual em tempo real, mas não foi possível, em função de dificuldades de acesso a estes avanços tecnológicos. Nesse sentido, os dados obtidos guardaram as características de um questionário, isto é, para obtê-los exercitamos pouco a subjetividade entrevistador/entrevistado. Esse fato, em si, trouxe para a entrevista uma objetividade, que, se por um lado, levantava informações um pouco mais precisas, por outro, acarretou perda na espontaneidade da produção do discurso, uma vez que a entrevistada teve que organizá-lo minimamente para fazê-lo na forma escrita, como também dificultou a percepção de conteúdos não ditos, que a entonação ou os lapsos de linguagem são ricos em propiciar.

Desta forma, esta coordenadora levantou poucas lembranças. Provavelmente a relação face a face facilitaria suas recordações. Referiu, entretanto, que gostou de ter participado da iniciativa, porque mesmo estando "um pouco distante, não só quanto ao tempo, como quanto à geografia (...). Mas ach(ou) que as perguntas (a) ajudaram a lembrar o que ficou de mais relevante."

As entrevistas com a outra coordenadora e DI foram gravadas. A primeira, mais longa, durou cerca de uma hora e meia e a segunda, cerca de 40 minutos.

⁴⁶ A partir daqui identificada somente como DI.

⁴⁷ A partir daqui cada uma delas será identificada como C1 e C2.

Diferentemente das oficinas, as perspectivas aí esboçadas não se pautaram por uma opinião francamente favorável. Ao contrário, fizeram algumas ponderações que problematizavam a Oficina de forma bastante direta.

No caso da coordenadora, que tinha muitas lembranças dessa Oficina⁴⁸, também houve influência de uma certa ansiedade em não se recordar dos fatos. Durante a entrevista, mencionou algumas vezes, que teria que retomar o relatório para poder responder esta ou aquela questão. Ao final da entrevista, deu o seguinte depoimento:

"Eu fiquei um pouco ansiosa, (...) Acho que eu deveria lembrar melhor. Deveria ter respostas mais claras. (...) ...uma autocranção de que eu devia saber das coisas... (...) Em algum momento eu tive essa sensação. Depois eu disse: 'Ai, eu vou relaxar'... (...) Em alguma coisa eu pensei: 'Será que eu tô respondendo o que a (entrevistadora) está me perguntando?' Eu tava falando e pensando... (...) Mas é bom, é muito bom, lembrar e... (...) Agora, eu fico muito curiosa pra ver, onde que vai essa pesquisa... (...) Talvez uma cobrança seja essa... De tar(...) valorizando o processo de... A subjetividade (...) Isso dá uma ansiedade, né? (...)...eu entrei em contato com essa impotência, agora, na entrevista. Eu não sei pra que serviu essa oficina.. Não sei se serviu..."

Nesse sentido, o que parecia antes causar um certo desconforto à entrevistada, parece ter servido também, para organizar reflexões e propiciar algumas sínteses. Serviu também para levá-la a refletir sobre seu sentimento de querer saber e ao mesmo tempo sua impotência de não saber se trouxe alguma contribuição para as oficinas.

Em várias situações no decorrer desta entrevista, evidenciava-se uma cumplicidade advinda do trabalho conjunto de ambas, ocorrendo confidências da entrevistada à entrevistadora.

Por outro lado, foi possível também identificar visões diversas entre entrevistadora e entrevistada, por exemplo, quando esta última questionou a própria pesquisa no seguinte trecho:

"Em relação ao trabalho (...). Quê que é que mudou?... Se a gente vai lá fazer uma pesquisa. Continua igual (...). É uma coisa mais interna, que mexe.(...) Difícil de dimensionar. Num dá (...) pra saber... (...) Na vida das pessoas, esses momentos, adquirem um significado indelével.... Eu tenho pra mim momentos da minha vida que até hoje têm um significado e que pautam, assim, questões que eu vivo hoje, né?... (pausa) E que eu não sei medir exatamente (...) O que mudou."

A idéia que a entrevistada pareceu esboçar a respeito desta pesquisa, apontava para uma concepção de que o processo de pesquisa não daria conta da sutileza e complexidade do objeto, pressupondo que o intuito seria o de "medir" as mudanças

⁴⁸ Esta coordenadora relatou que, em geral, suas lembranças quanto às oficinas que realiza se confundem muito. Atribuiu sua facilidade em lembrar-se desta, porque, diferentemente de outras, foi uma atividade que envolveu um número menor de participantes, estruturada com tempos de intervalo entre um encontro e outro (em geral, as oficinas do LACES se constituem em momentos de imersão) e foi seu primeiro e único (até o momento) trabalho enquanto oficina realizada com a outra coordenadora. Outro fato que pode ser levantado também é que até o momento, esta Oficina foi a única em que ela se envolveu em produzir um texto para publicação. Este trabalho de formulação e redação pode ter-lhe avivado a memória.

ocorridas. Entretanto, como essa investigação tenta mostrar, um estudo realizado a partir de representações sociais dos sujeitos, será sempre parcial, dentro dos limites contidos em qualquer análise e de seus respectivos referenciais teóricos, como também, das reflexões conscientes passíveis de apreensão, num dado momento, por parte da pesquisadora em relação aos discursos dos sujeitos.

Ao mesmo tempo em que expressou esse questionamento frente à pesquisa, C2 deixou bastante marcada sua dúvida quanto às reais conseqüências da Oficina para as participantes, e não só para aquelas que casualmente encontra. Desconfiava daquelas que não se manifestavam. Achava importante saber o que acontece com esse outro lado crítico ou criticável das oficinas.

Durante a entrevista com DI, tivemos confirmada a impressão de que havia algo que não estava sendo dito, quanto às insuficiências da Oficina. Esta entrevistada relata que, ao conversar com oficinandas após a atividade, algumas externaram críticas, em alguns momentos, que não foram expressas durante a atividade:

"Oh, eu me lembro de ter conversado com as pessoas que participaram da Oficina. Primeiro eu ouvi que algumas pessoas tinham gostado muito. Que outras tinham algumas críticas. E que essas críticas não tinham sido muito bem esclarecidas. (...) ...no momento da Oficina."

Com este depoimento, poderia se supor, então, que a dificuldade de expressar aspectos críticos teria ocorrido durante a Oficina. E que essa situação poderia também ter acontecido durante as entrevistas, como já foi salientado em relação a E3. Naquele contexto, o referido desconforto da entrevistada acabou por influenciar também a pesquisadora. Na interação de pesquisa, sua tendência em responder com evasivas, ao ser inquirida diretamente sobre repercussões da Oficina, trazia uma forte impressão (em mim) de que a entrevistada não via contribuições que a atividade pudesse ter trazido, como também a forte sensação de a estar incomodando, invadindo seu espaço⁴⁹. Dessa forma, um maior questionamento sobre aspectos negativos não foram sentidos como adequados ao momento, pela pesquisadora.

⁴⁹ É necessário informar que, ao contrário da maioria das entrevistas, esta não foi agendada anteriormente. Fui contatá-la para agendar a entrevista e ela resolveu fazê-la naquele momento mesmo, uma vez que se fosse agendada, "poderia haver algum imprevisto" e não conseguimos realizá-la.

3.1.2. O grupo focal

Tendo em vista a necessidade de esclarecer tanto a questão da validade dos dados fornecidos pelas entrevistadas, quanto o aprofundamento das opiniões controversas das mesmas acerca das contribuições da Oficina, foi realizada uma sessão de grupo focal⁵⁰, ligeiramente modificada. Em nossa proposta, o grupo focal, além da equipe de coordenação tradicional (coordenador e observadores da linguagens verbal e não verbal), contaria também com a participação de uma pessoa que desempenhasse um papel de facilitador dos aspectos críticos da Oficina, para que as participantes se sentissem encorajadas/respaldadas a colocar questões/opiniões, que, talvez, tivessem deixado de manifestar durante a entrevista individual.

Foi convidada para desenvolver este papel uma profissional (Q)⁵¹ do Departamento de Medicina Preventiva e Social que já tinha apontado, em outras situações, uma visão crítica em relação à esta abordagem. Junto com ela participaram também como coordenadora do grupo (C)⁵², uma professora convidada do Departamento, fundadora do Laboratório, como observadoras das linguagens verbal⁵³ e não verbal⁵⁴, duas profissionais membros do LACES, e esta pesquisadora (P)⁵⁵.

Todas as 11 entrevistadas se dispuseram a participar do grupo. Foi acertada data, local e horário de comum acordo com elas, mas nem todas participaram do encontro. Quatro delas não compareceram, sendo três em função de problemas derivados da greve na Universidade, que ocorria naquele momento.

⁵⁰ Segundo WESTPHAL (1992) esta é uma técnica de pesquisa qualitativa em que se desenvolve uma sessão grupal, com objetivo de verificar, a partir do próprio ponto de vista de seus participantes (cerca de 6 a 15 pessoas), a compreensão de uma experiência, problema, idéia ou evento. Este grupo é selecionado por apresentar um traço comum que orienta a investigação e se apóia no fato de que a interação grupal produz resultados e aproximações do problema, a partir de sua dimensão cognitiva.

⁵¹ Indicada no texto, a partir daqui, como Q.

⁵² Responsável por coordenar a discussão, explicando as prerrogativas do método, desencadeando as questões/temas orientadores da discussão, cuidando para que os temas fossem explorados da melhor forma pelo grupo e fazendo sínteses/resgate a respeito de cada ponto abordado, de forma a conferir interpretações desenvolvidas.

⁵³ Responsável por anotar as falas das participantes, procurando colocar o centro de cada argumento ou discurso.

⁵⁴ Responsável por anotar todos gestos e expressões das participantes que se caracterizam como linguagem não verbal, principalmente aquelas que evidenciam conteúdos não ditos.

⁵⁵ Responsável pela realização do grupo focal (contato com Oficinandas, instalações e equipamentos -- antes, durante e depois da atividade), cuidando de apresentar os objetivos da pesquisa, as justificativas para realização, a equipe de coordenação e contratar as regras de organização do trabalho (sigilo de nomes, a questão da anotação, gravação e horário de teto da atividade). Cuidou também de prestar esclarecimentos a respeito das entrevistas individuais já realizadas, procurando sanar dúvidas que ocorriam.

A reunião durou aproximadamente 90 minutos, como previsto e foi gravada em fitas K-7, a partir do momento em que as participantes autorizaram seu uso. Os trabalhos foram iniciados, com 15 minutos de atraso, a partir de uma fala inicial da pesquisadora, que recebeu e agradeceu a participação de todas, lembrando o objetivo principal da pesquisa, os motivos que levaram a realização desse grupo focal e apresentando a equipe de coordenação.

Em seguida, C traçou as principais características do método (suas origens históricas⁵⁶, suas principais vantagens⁵⁷), retomou os objetivos do encontro, as características do seu papel, as justificativas para realização do grupo e apresentou o roteiro das questões que estava sendo proposto para orientar as discussões.

As questões apresentadas, que foram preparadas a partir das entrevistas individuais, diziam respeito a dilemas como: uma visão essencialmente positiva dos momentos vivenciais em comparação ao frágil trabalho reflexivo/conceitual que teria havido durante a Oficina, sendo que a proposta original é que estes momentos caminhassem juntos; a possibilidade de manipulação/exposição dos sentimentos das participantes trazendo desconforto e/ou desdobramentos prejudiciais às participantes; o objeto privilegiado da Educação em Saúde sendo compreendido enquanto a interação/vínculo/relação entre pessoas no trabalho em saúde, frente à transmissão de conteúdos visando a mudança de atitude. Complementarmente queríamos também levantar mais informações a respeito das iniciativas de continuidade das participantes em relação à Oficina.

Inicialmente, quando estas questões foram apresentadas às oficinandas, tiveram dificuldade em reconhecê-las em suas falas da entrevista. Talvez a forma de exposição tenha dificultado essa associação.

De forma geral, as participantes do grupo focal estiveram bastante interessadas nas discussões que ocorreram. Em momentos em que a polêmica prevalecia e algumas delas polarizavam opiniões, todas se envolviam, procurando se posicionar e esclarecer-se no debate. Algumas delas, evidentemente, traziam opiniões mais sedimentadas e colocavam-se mais. Outras expressavam dúvidas. Grosso modo, expressaram, ao final,

⁵⁶ Segundo WESTPHAL (1996), os grupos focais foram utilizados pela primeira vez pelas Ciências Sociais durante a Segunda Guerra, pelo sociólogo Robert Merton e sua equipe, procurando avaliar o potencial do uso de persuasão da propaganda naquele contexto. Nos últimos 30 anos, a Psicologia Social e os estudos mercadológicos se destacaram no uso mais freqüente da técnica. Só mais recentemente é que as Ciências Sociais aplicadas começaram a utilizá-la também, compondo estratégias metodológicas junto com as entrevistas não-estruturadas e a observação participante.

alívio pelo equacionamento de questões durante o encontro. De toda maneira, mesmo que não verbalmente, todas se posicionaram frente aos temas debatidos.

Foi interessante constatar que, durante as discussões dos três temas chave do roteiro, houve deslocamentos importantes em que as participantes dialogavam entre si e com a equipe de coordenação, esclarecendo-se quanto às questões, manifestando-se por esta ou aquela opinião, convencendo-se desta ou daquela conclusão/consideração sintética. As sínteses da segunda e da terceira questões foram cuidadosamente negociadas no grupo, que pareceu fazer daquele momento, também um espaço de reflexão e educação frente aos temas.

Em mais de um momento do grupo focal foi trazido por algumas participantes depoimentos, que eram apresentados como de outras participantes ausentes, sobre situações difíceis vividas durante a Oficina (fazer algo que não se tinha vontade, o não envolvimento com a proposta), evidenciando aspectos que não foram tocados ou que o foram de forma pouco clara durante as entrevistas individuais. Ao final do encontro, inclusive, identificaram determinadas precauções que deveriam ser tomadas ao se realizar uma Oficina como aquela.

Quanto aos aspectos relativos à continuidade da Oficina, o grupo focal abordou a questão, mas foi necessário posteriormente checar um dado com uma das oficinandas (E2), que participou mais ativamente do processo de discussão sobre a forma de continuidade da atividade.

Após todos esses contatos, consultas, conversas e encontros, impressões, sentimentos, opiniões, reflexões, será feita a descrição e análise do que foi coletado.

Contudo, antes de descrevê-los, será apresentado brevemente o contexto em que foi realizada a atividade educativa, do ponto de vista das instituições promotora – o CAISM – e realizadora da Oficina – o LACES. Na seqüência, será caracterizada a atividade a partir do Relatório Comentado (Anexo 1), segundo seus aspectos mais relevantes, procurando articulá-la aos referenciais teóricos adotados, como também a análise dos dados obtidos a partir dos formulários de avaliação e continuidade da Oficina, anteriormente mencionados. Deste último levantamento constam algumas questões que ajudariam enriquecer a análise da Oficina.

⁵⁷ Como a rapidez na coleta de dados, a riqueza e aprofundamento de informações e a possibilidade de obter ponderações entre visões diferentes.

4. Resultados e análises anteriores às entrevistas e grupo focal

Preliminarmente à apresentação dos pontos de vista dos sujeitos envolvidos neste estudo, produziram-se algumas análises a partir de dados disponibilizados pela equipe de coordenação, como é o caso da descrição e processamento da atividade educativa, a partir do Relatório Comentado (Anexo 1) ou dos Questionários Avaliativos aplicados ao final da atividade (itens 11.1.8. e 11.1.9. do Anexo 1), que foram tabulados e analisados, a fim de reconhecer questões relevantes na análise das RS's dos sujeitos pesquisados. De outra maneira, foi realizado um levantamento acerca do contexto de realização da Oficina, mediante informações colhidas junto à coordenação do setor demandante, à bibliografia disponível e a alguns relatos complementares das oficinas e da equipe de coordenação. Este levantamento foi realizado a fim de que a análise das RS's dos sujeitos pesquisados pudessem ser valorizadas, na medida da sua dinamicidade e riqueza de aspectos, com vistas a permitir análises que desvelassem significados, principalmente aqueles não imediatamente perceptíveis no discurso.

4.1. Contexto de realização da Oficina

4.1.1. O CAISM

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, foi inaugurado em 1986, como um "conjunto de organismos no qual o Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP realiza suas atividades-fins: ensino, pesquisa e assistência". Sua finalidade "é prestar assistência e realizar atividades de ensino e pesquisa dentro do campo da atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido" (GABINETE do Reitor, 1991). É mantido pela Universidade através de verbas orçamentárias e complementarmente pelo Sistema Único de Saúde, atendendo a região de Campinas.

4.1.1.1. Um pouco de história

Visto que não é objetivo dessa pesquisa levantar detalhadamente aspectos da história da instituição, como também há pouca disponibilidade de informações que nos permitam compor um quadro mínimo de referência sobre esse aspecto, procuramos identificar apenas alguns eventos que situam o contexto de criação do CAISM.

Na pequena bibliografia consultada, foi ressaltado que foram apenas dois anos o tempo transcorrido entre a decisão política de construí-lo e o início de seu funcionamento (PINOTTI & FAUNDES, 1988). A rapidez da concretização da proposta contrasta com situações freqüentes no país, em que sempre existem muitas dificuldades em arregimentar e prover recursos para as áreas sociais. Alguns fatores podem ser considerados para entendermos esse contexto.

Naquela época, no final dos anos setenta e início dos 80, a saúde no Brasil e no estado de São Paulo estava sendo sacudida por muitas mudanças no campo político e social. Os movimentos populares por moradia, saúde, educação, contra a carestia e as feministas se organizavam contra as adversidades de suas condições de vida e o Regime Militar. Ao lado da implementação de políticas sociais por governos eleitos pela oposição, vai se fortalecendo a consciência sanitária das lideranças mais expressivas da população.

Espelho desse quadro, eram os programas como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984. Uma iniciativa que reunia sanitaristas,

pesquisadores, feministas e representantes do Ministério da Saúde, que propunha alterar a lógica de apreensão e intervenção sobre a saúde da mulher, em que a visão direcionada exclusivamente ao período gravídico-puerperal e controle populacional deveria ser ampliada e contida num modelo assistencial capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina (D' OLIVEIRA, 1999).

Em Campinas, a extensão de cobertura nos marcos da Atenção Primária e da Carta de Alma Ata (1978) e a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) faziam com que uma rede de serviços primários de saúde fosse sendo implantada, aumentando a pressão por serviços básicos e especializados.

Na reitoria da Universidade Estadual de Campinas, a UNICAMP, desde 1982, estava o professor do Departamento de Toco-ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas José Aristodemo Pinotti. Este professor, amparado na experiência do também médico e professor Aníbal Faúndes, chileno que trazia o conceito de atenção integral daquele país como inspiração, vinha defendendo a criação de um Hospital que desse conta de reunir todos os serviços necessários à constituição desse modelo de atenção à saúde da mulher e, ao mesmo tempo, criasse condições para desenvolver as atividades de ensino, assistência e pesquisa daquele departamento.

Segundo PINOTTI (1981), desde 1976 existia o Ambulatório Experimental de Tocoginecologia Preventiva como estrutura precursora do CAISM no câmpus da UNICAMP. Este ambulatório funcionava como uma triagem, mediante consulta simplificada com avaliação de risco, grupos educativos e encaminhamentos das mulheres que demandavam atendimento nas diferentes especialidades do Hospital das Clínicas (HC), mesmo não apresentando queixas específicas ao aparelho genital feminino e mamas. Havia também o Setor de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) que coordenava o atendimento à gestante, às puérperas e aos recém-nascidos, através do desenvolvimento de programas como o acompanhamento das gestações, o estímulo à lactação natural, a revisão e seguimento puerperal, a atenção à gestante adolescente e o estudo de tecnologias contraceptivas, que atendiam a população da região, a partir de um enfoque preventivo. Existia ainda o Centro de Controle do Câncer (CECAN), a semente da área de Oncologia atual. As atividades de ensino, pesquisa e extensão no nível hospitalar eram realizadas na Santa Casa de Misericórdia de Campinas.

Reunindo a decisão política da direção da universidade e do governo do estado, as necessidades de atendimento apontadas e, aproveitando a influência na opinião

pública dos movimentos sociais como o feminista e a consonância da proposta às questões como o princípio da integralidade e das ações preventivas apontados pela Reforma Sanitária e pelo SUDS, em implantação, esse hospital foi inaugurado em abril de 1986.

De lá para cá, o SUS vem se implantando no município de Campinas, a despeito das dificuldades de acesso da população aos serviços especializados de retaguarda, da forte medicalização das ações e dos problemas relativos à responsabilização pela clientela.

Os movimentos sociais na saúde alteraram seu padrão de organização e luta, pautando-se mais por uma atuação nos espaços institucionais conquistados através dos dispositivos de controle social no SUS.

As mulheres consolidaram o percurso que vinham tendo na sociedade brasileira, com a crescente participação no mercado de trabalho e “autonomia” na gestão dos assuntos familiares, sobrecarregando-se de afazeres, com salários rebaixados.

De seu lado, a estrutura de pessoal, física, tecnológica e administrativa do CAISM cresceu e se constituiu como referência no atendimento à mulher na região de Campinas, mas parece continuar enfrentando desafios importantes no que tange a atenção integral e a assistência de qualidade de sua clientela.

4.1.1.2. Estrutura atual e atuação das oficinas

Na atualidade a instituição conta com 135 leitos de internação (de Oncologia Ginecológica, de Ginecologia, de Obstetrícia, de UTI neonatal e de cuidados semi-intensivos especiais), realiza, em média, 250 partos por mês, 6000 consultas ambulatoriais e conta com aproximadamente 1000 profissionais no seu quadro.

Presta serviços à população nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia, Oncologia Ginecológica, Neonatologia e Anestesiologia, como também desenvolve serviços de apoio em Serviço Social, Psicologia, Serviço de Nutrição e Dietética, Terapia Ocupacional, Unidade de Apoio Médico-Social (Casa de Repouso), Educação em Saúde, Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem, Capelania Hospitalar. Ainda têm serviços complementares em diversas modalidades de Laboratórios, Radioterapia e de Ultrassonografia e Radiologia.

No campo do ensino médico, desenvolvem-se atividades para graduandos do 4º e 5º anos em Tocoginecologia e Neonatologia, 6º ano de Anestesiologia e Residência

em Tocoginecologia e Anestesiologia. No caso de outras formações de graduação, são realizadas atividades de Aprimoramento em Psicologia e Serviço Social e Especialização em Sexualidade Humana e estágios.

À época da Oficina, as oficinas estavam ligadas à Divisão de Enfermagem (atuando na Educação Continuada, no Pronto Atendimento, na Oncologia Ginecológica e Radioterapia, na Casa de Repouso, no Ambulatório de Obstetrícia e na Enfermaria de Ginecologia), ao Serviço de Nutrição e Dietética, à Psicologia (atuando no Ambulatório de Ginecologia) e ao Serviço Social (atuando no Planejamento Familiar, na Enfermaria de Obstetrícia e no aprimoramento da Fundação de Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP).

A Educação Continuada da Enfermagem coordenava a reorganização e sistematização da assistência de enfermagem nos diversos serviços hospitalares (Neonatologia, Oncologia Ginecológica, Ginecologia, Obstetrícia, Centro Cirúrgico/Central de Material Esterilizado e Supervisão Noturna), promovendo a educação em serviço, intervindo nas falhas mais críticas que afetam a assistência prestada, implantando a Comissão de Ética de Enfermagem, proporcionando meios para a satisfação da equipe mediante envolvimento e integração e divulgando o trabalho de Enfermagem realizado no CAISM (RELATÓRIO de Atividades da Educação Continuada – Divisão de Enfermagem, 2000)⁵⁸.

A atuação da Enfermagem do Pronto Atendimento estava voltada para a triagem (cuidados de enfermagem no atendimento individual e orientação) realizada antes da internação de pacientes com patologias ginecológicas, oncológicas ou em trabalho de parto, prestando assistência de enfermagem em situações de urgência obstétrica e ginecológica.

A Enfermagem da Oncologia e Radioterapia prestava assistência de enfermagem em nível ambulatorial, acompanhando as pacientes portadoras de neoplasias relacionadas à saúde reprodutiva.

A Enfermagem da Unidade de Apoio Médico-Social prestava assistência de enfermagem de apoio à hospitalização, numa enfermaria de cuidados mínimos, que recebe pacientes em tratamento e/ou observação da Obstetrícia e da Oncologia.

⁵⁸ Cabe esclarecer que, das metas arroladas, a de no. 2 que propunha "conscientizar a equipe de Enfermagem para um atendimento mais humanizado da clientela" não se constituiu em atividades específicas realizadas, como as demais, estando contemplada nos itens identificados acima.

A Enfermagem do Ambulatório de Obstetrícia prestava assistência de enfermagem e atendimento em grupos educativos a gestantes ou puérperas adultas e adolescentes.

A Enfermagem da Enfermaria de Ginecologia realizava cuidados de enfermagem e atendimento em grupos educativos com clientes internadas para tratamento médico ou cirúrgico dos transtornos ginecológicos não oncológicos, como também aquelas que fazem esterilização cirúrgica.

O Serviço de Nutrição e Dietética prestava assistência dietoterápica à clientela internada e ambulatorial, visando a recuperação e manutenção da saúde, através de orientação e educação nutricional, bem como fornecendo alimentação adequada, priorizando o bom atendimento e qualidade das refeições. Desenvolve programas educativos específicos (grupos educativos) junto às gestantes de risco por diabetes e às gestantes do pré-natal normal.

A Psicologia desenvolvida no Ambulatório de Ginecologia atendia adolescentes, mulheres vítimas de violência sexual, infecções genitais em geral e soropositivas, prestando atendimento individual ou em grupo, através de ações terapêuticas, que enfatizam o desenvolvimento e exercício da sexualidade, as crises afetivas e os impactos emocionais decorrentes das mudanças nas funções reprodutivas, de doenças ginecológicas e de doenças sexualmente transmissíveis, o aconselhamento preventivo relacionado às DST/AIDS, os sintomas psicossomáticos em Ginecologia como manifestação das vicissitudes do feminino, o desejo de ter filhos e seus desdobramentos como o planejamento familiar, esterilidade e aborto, as experiências afetivas na gravidez, parto e puerpério e as repercussões psíquicas do abuso sexual.

O Serviço Social do Ambulatório de Planejamento Familiar desenvolvia atividades socioeducativas e de apoio psicossocial junto aos usuários, família e sua rede de relacionamentos, através de atendimento individual, a casais e em grupos sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de câncer de mama e colo uterino e demais patologias relacionadas à saúde reprodutiva. Além disso, orientava usuários quanto a normas e rotinas de atendimento, realizava visitas domiciliares, buscava ser um agente educador e de apoio à equipe multiprofissional em relação à atenção integral prestada e estabelecia entrosamento com recursos sociais e comunitários locais e regionais.

O Serviço Social na Enfermaria de Obstetrícia desenvolvia atividades socioeducativas e de apoio psicossocial junto aos usuários, família e sua rede de relacionamentos, através de atendimento individual e grupal de gestantes em trabalho de

parto, com patologias obstétricas ou com necessidades advindas do pós-parto. Além disso, orientava usuários quanto a normas e rotinas de atendimento, realizava visitas domiciliares, buscava ser um agente educador e de apoio à equipe multiprofissional em relação à atenção integral prestada e estabelecia entrosamento com recursos sociais e comunitários locais e regionais.

O Aprimoramento em Serviço Social oferecido através da FUNDAP se realiza através dos Programas de Atendimento à Saúde da Mulher e Atendimento de Câncer Ginecológico e Mamário.

De todas as entrevistadas somente uma tinha menos de cinco anos de instituição (E8). Várias são contemporâneas da época da inauguração do Hospital. A não ser por uma delas, que desenvolvia suas atividades na área de Educação Continuada da Enfermagem, as demais tinham contato direto com usuários, em atendimentos individuais ou grupais (somente seis atendiam grupos) na época da Oficina.

Ainda em relação à composição do grupo, considerando a totalidade de participação feminina, seria importante destacar dois aspectos: um primeiro diz respeito à tendência já consolidada de feminilização da força de trabalho na área da saúde, especialmente entre os profissionais de nível universitário⁵⁹ e outra se refere à familiaridade das participantes com propostas do tipo da laceana, dada sua vivência anterior relacionada a abordagens educativas que envolviam as questões de gênero. Tomando este segundo aspecto, seria relevante citar a experiência do movimento feminista brasileiro, promotor de processos educativos com mulheres, cuja metodologia guarda bastante semelhança com a do Laboratório. A partir de PORTELLA & GOUVEIA (s.d.) pode-se reconhecer muitas consonâncias, dentre as quais se evidenciariam a práxis referenciada na Educação Popular freireana, a perspectiva do processo ensino-aprendizagem co-construído e voltado para a constituição de sujeitos, além de basear seu método na busca de articulação entre subjetividade e racionalidade, experiência pessoal e conhecimento técnico-teórico. Estas autoras afirmaram ainda que a ação de grupos feministas e de Organizações Não Governamentais (ONG's) voltadas para esta temática se disseminaram a partir da segunda metade da década de 70, com acentuada intervenção nos anos 80 e 90. Neste sentido, é de se supor que as referidas profissionais, fazendo parte de um Hospital da Mulher inserido neste contexto,

⁵⁹ Ao longo dos anos 80, alguns autores MEDICI (1986), citando MACHADO, realçava o incremento significativo das mulheres na composição da força de trabalho no setor saúde, informando que ao longo dos anos 80 esta participação passou de 41 para 63% e que entre os de nível universitário esta proporção praticamente dobrou (de 20 elevou-se a 39%).

poderiam estar mais abertas e/ou familiarizadas com este tipo de abordagem, o que favoreceria seu maior envolvimento com a proposta.

4.1.1.3. Visões sobre atendimento, a demanda e outras atividades educativas voltadas para temática

Tomando entrevistas e matérias recentes do informativo institucional do CAISM, denominado “Novos Passos”⁶⁰, ficou bastante evidente a atenção dedicada de seus quadros dirigentes frente à questão da qualificação do atendimento prestado à clientela.

Segundo a diretora do Serviço Social uma das principais metas do serviço no próximo quadriênio seria

“... estar mais próximo das discussões e reflexões das diretrizes da Instituição, trabalhando e contribuindo na compreensão da interface usuário/instituição, possibilitando a garantia de uma cidadania de direitos e visando à humanização do atendimento, como também a prestação de assistência de qualidade e referência à Região”.

Já o diretor da área de Obstetrícia destacava que, além dos enfoques técnicos e científicos,

"há a necessária e atual questão da humanização do atendimento. Por influência de sua equipe e também do princípio norteador da instituição, de atenção integral à saúde da mulher, a humanização tem sido sempre colocada em posição de destaque em nossas atividades, pelo menos teoricamente. (...) Nesta época em que se discutem aspectos de humanização no atendimento obstétrico, o direito de acompanhamento à gestante parturiente, a escolha por técnicas e procedimentos alternativos, esta discussão é pertinente, oportuna e importante. Humanização do atendimento é, a meu ver, aliar todo este conceito de humanização propriamente dito, aos de conhecimento científico e capacidade técnica atualizados. É importante ainda não confundir humanização com práticas alternativas que beiram a charlatanice e a prática meramente tradicional, desprovidos de comprovação científica."

Esse diretor terminou seu artigo reafirmando que, apesar da crise do Sistema de Saúde brasileiro e das dificuldades vividas/impostas a uma “maternidade terciária vinculada a serviços universitários”, há necessidade de questionar o tipo de atenção prestada, dos pontos de vista técnico, científico e humano, assumindo que é preciso melhorá-la, definindo medidas que precisam ser tomadas para alcançar esse objetivo.

Há que se evidenciar as ressalvas colocadas por este diretor. Quando mencionou que a diretriz de humanização sempre foi destacada na instituição, parece querer dizer que, pelo menos no discurso, há concordância, mas talvez faltasse realizá-la na prática. Por outro lado, considerou necessário que as práticas humanizadas alternativas a serem desenvolvidas, tenham comprovação científica para se efetivarem.

A diretora do Serviço de Enfermagem, por sua vez, definiu, como traço preponderante do modelo assistencial que vem buscando implantar no setor, a integralidade das ações que "preconiza que o servidor (é o) responsável pelo paciente (...) (atendendo) todas as suas necessidades". Em relação à assistência de enfermagem, definiu que são metas prioritárias para o ano "a sistematização da assistência de enfermagem prestada a todas as pacientes internadas, a humanização, a garantia da qualidade e a avaliação dessa assistência". E considera que, entre suas principais dificuldades para desenvolver esse propósito, estão a própria dinâmica do trabalho em enfermagem (o atendimento 24 horas por dia, todos os dias do ano) e a centralidade do trabalho da enfermagem no atendimento de saúde, que dificulta os processos de comunicação e educação continuada desenvolvidos na instituição.

Este rápido panorama de opiniões recentes de dirigentes institucionais sobre a questão do atendimento prestado à clientela do CAISM, reiteram a necessidade sentida pela Seção de Educação em Saúde, há cerca dois anos atrás, de desenvolver atividades junto aos profissionais que contribuíssem na recriação da relação profissional-pessoa em cuidado.

Esta seção vem desenvolvendo, desde 1986, programas educativos (planejamento, desenvolvimento e avaliação) junto aos profissionais técnicos e administrativos da instituição principalmente, como também junto aos usuários externos, conforme demanda e possibilidades. Presta assessoria de caráter educativo e organizacional na realização de eventos, a programas gerenciais e às equipes multiprofissionais de assistência à saúde da mulher. Produz e avalia materiais educativos. Presta atendimento ou orientação, individual ou em grupo, em atividades educativas sobre saúde da mulher (RELATÓRIO de Atividades – Seção de Educação em Saúde, 1999).

Segundo DI, o objetivo do setor quando solicitou a realização da Oficina ao LACES, era contribuir para o aprimoramento da interação profissional-pessoa em cuidado no CAISM, principalmente junto aos profissionais que realizavam grupos educativos:

"...o nosso intuito era (...) instrumentalizar mais a equipe que presta assistência. (...) na comunicação e na realização de grupos educativos (...) com os pacientes. Fazer uma coisa (...) mais concreta. que saísse da informação técnica, que fosse mais abrangente, mais ampla. (...) Atingisse mais a paciente (...) (enquanto) pessoa, (...) cidadã. (...) a visão (de que) junto com outras atividades que fossem se somando e que pudesse melhorar essa situação no atendimento".

⁶⁰ SOLHA, M. A. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. site <http://www.caism.unicamp.br> boletim de maio de 2000

Este setor vem desenvolvendo atividades voltadas para esta temática há algum tempo. No ano de 1997 e 98, realizou um levantamento com os usuários dos Programas de Pré-Natal Normal, Pré-Natal Especializado e Pronto Atendimento a respeito de suas opiniões sobre a assistência recebida, cursos de atualização ou encontros de profissionais sobre temas como gênero, atendimento ao cliente, gerência, qualidade de serviços, avaliação do fluxo de pacientes e ética profissional, coordenou a Comissão responsável por operacionalizar as avaliações de fluxo de pacientes e desenvolveu atividades educativas junto às usuárias dos ambulatórios em parceria com profissionais que atuam na assistência (RELATÓRIO de Atividades – Seção de Educação em Saúde, 1999).

Em sua entrevista, DI destacou também que, na época em que foi realizada a Oficina, esta iniciativa fazia parte de um conjunto de estratégias de aprimoramento do atendimento prestado promovidas por alguns setores do CAISM, destacando, além da própria Seção, a Educação Continuada da Enfermagem e o Serviço Social:

"...sempre está na pauta da Seção de Educação em Saúde trabalhar esses temas. (...) Com essa metodologia de Oficina. Então fizemos isso algumas vezes, com pessoas convidadas, com pessoas nossas... (...) eu não saberia dizer, mas, talvez, a Divisão de Enfermagem junto com seu grupo de trabalho tenha uma preocupação mais explícita, em relação à Educação em Saúde, em relação à comunicação entre a equipe e as pacientes atendidas. (...) A Divisão de Enfermagem tem um setor chamado Educação Continuada. (...) E esse setor, (...) a princípio, trabalha com as questões técnicas (...). Mas, existe uma preocupação em ampliar isso. Eu acho que em alguns momentos nós nos somamos, de forma bastante interessante. (...) O Serviço Social é sempre atento a isso... (...) O que existe na Divisão de Enfermagem é alguma coisa, mais formalizada (...) de reciclagem, de treinamento de pessoal e não só no aspecto técnico (...) Então não é só passar a técnica mais moderna de curativo, mas um pouquinho mais além disso (...). Então, eu acho que nesse momento a gente se soma."

Para ela, apesar da crescente preocupação com a qualificação da assistência, especialmente com a questão da interação usuário/instituição, ainda há um descolamento entre discurso e prática. Considerou que há um forte corporativismo entre os diversos segmentos profissionais, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermagem, que, muitas vezes, admitem se aproximar da questão, restringindo-se, contudo, ao olhar de seus pares como fonte de interlocução.

Em que pese a predominância do corporativismo, salientou que algumas iniciativas mais recentes, como jornadas, seminários e grupos de trabalho, estão em curso no sentido de intervir neste problema, a partir de atividades onde a troca multiprofissional é enfatizada. Ressalvou, entretanto, que a grande dificuldade ainda é envolver os médicos nessas iniciativas:

"Olha, em termos de Oficina, de trabalho em grupo, acho que quem faz é a Educação em Saúde. (...) Tá começando, assim, a pertencer mais à nossa prática, por exemplo, seminários..."

Jornadas... (...) antigamente, a Jornada de Enfermagem era só pra Divisão de Enfermagem. Hoje em dia ela é aberta aos outros profissionais. Mesma coisa o Serviço Social, a Psicologia. Não se faz mais só pra própria categoria. (...) Eu acho que isso é uma mudança. (...) a gente tem notado, (...) (a existência de) todos os grupos de trabalho multiprofissionais. Por exemplo, a Comissão de Campanha de Incentivo ao Aleitamento Materno. Ela trabalha melhor, porque antigamente não era multiprofissional, era só da Enfermagem. Então à medida que você amplia, cê vai enriquecendo (...) E isso tem sido notado. Tem sido falado, tem sido procurado, tem sido elogiado... Então são coisas (...) é aquele "passo-a-passo". Então vai-se conquistando (...) Porque o CAISM tem 14 anos de existência. (...) Mas a maior parte desse tempo, as categorias profissionais eram muito corporativistas. E ainda são em muitos momentos (...). Mas a gente vislumbra possibilidades quando você vê uma jornada que é aberta." (...) Entrevistadora: (...) "Os outros profissionais participam dessas jornadas?(...)" Entrevistada: "Sim, buscam, buscam. Todos com exceção do médico. O médico nunca participa de nada. A equipe multiprofissional existe sem o médico."

Exemplificando esta situação, a ausência de médicos no grupo de profissionais que participaram da Oficina em análise, pareceu reiterar o aspecto apontado no depoimento.

Informou ainda que as chefias, muitas vezes, procurando dar conta da pressão pela oferta de assistência, dado o estrangulamento do sistema de saúde regional, pressionam pela produtividade das ações de seus subordinados, focalizando quantidade em detrimento da qualidade. Mencionou também que, da mesma forma, as atividades com grupos educativos não são vistas como atendimento, citando um exemplo de comportamento bastante comum entre profissionais que interrompem a realização de grupos para realizar o atendimento individual. Além disso, relatou que as atividades formativas com profissionais não são vistas como tempo de trabalho ou de investimento institucional, mas como enriquecimento pessoal somente, uma vez que não há incentivo (pagamento de horas-extras, troca por folgas, etc.) para quem se interessa em participar de atividades realizadas fora do horário de trabalho. No caso da Oficina que está sendo analisada, inclusive, havia oficinas que se encontravam nesta situação, participando apenas pelo próprio interesse.

No caso da Educação Continuada da Divisão de Enfermagem, segundo uma representante da equipe que coordena o setor, as atividades voltadas para a relação entre profissional de saúde-pessoa em cuidado à época da Oficina eram organizadas em conjunto com a Seção de Educação em Saúde e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e estavam vinculadas à meta de "proporcionar meios para a satisfação da equipe através do envolvimento e integração" (RELATÓRIO de Atividades da Educação Continuada – Divisão de Enfermagem, 2000, p. 6-7). Referiam-se a campanhas de esclarecimento junto à clientela que eram organizadas de forma intersetorial e multiprofissional, como a Semana da Mulher, de Amamentação e de Prevenção às DST/AIDS, e atividades

voltadas para aprimoramento dos profissionais como a Semana de Prevenção de acidentes com pérfuro-cortantes e a Jornada de Enfermagem. Estas atividades representavam pequena parcela das iniciativas realizadas pelo setor, uma vez que o principal estava direcionado para a sistematização das rotinas de atendimento de enfermagem, dentro de uma perspectiva mais técnica. Chamou atenção o fato da Oficina objeto deste estudo estar sendo considerada como uma atividade que promovia "meios para divulgar o trabalho da Enfermagem do CAISM" (RELATÓRIO de Atividades da Educação Continuada – Divisão de Enfermagem, 2000, p. 9), o que sugere um entendimento de que a participação das enfermeiras não estaria voltada para o aperfeiçoamento da abordagem profissional da clientela, objetivo indicado pelo setor demandante, mas dirigida principalmente a socializar informações sobre o que é realizado pela área onde atuam junto aos demais setores envolvidos.

Em relação às dificuldades de concretização do aperfeiçoamento profissional voltado para a abordagem da clientela já apontado por DI, a representante da Educação Continuada concordou que haveria uma imensa distância entre o que se diz e o que se faz. Responsabilizando as circunstâncias relativas à organização do trabalho de enfermagem, como o sistema de turnos, que traz imensas dificuldades de implementar quaisquer iniciativas de forma integrada ao cotidiano dos trabalhadores, ressaltou também a inexistência de uma equipe permanente com disponibilidade de tempo suficiente para efetivação de iniciativas como estas e a pequena disponibilidade interna dos profissionais em se aprimorar, pois prevaleceria a desmotivação justificada pelos baixos salários, pela crítica às chefias intransigentes e pela submissão a avaliações de desempenho desvalorizadoras da capacidade de cada um. Para ela, mesmo aqueles que se dizem interessados em atuar mais criativamente, no cotidiano não conseguem fazê-lo porque se deixam envolver por este clima institucional, continuando sua rotina burocratizante e alienada.

Focalizando o mesmo tema, também o Serviço Social realizava atividades de forma aberta aos profissionais e alunos do aprimoramento, a partir de uma parceria com o Centro de Reabilitação Professor Gabriel Porto (CEPRE) da FCM. Estas atualizações abordavam temáticas como "entrevista", "trabalho de grupo" e "campanhas educativas". Também em parceria com o Serviço Social do Hospital das Clínicas os assistentes sociais participavam de treinamentos a respeito do tema promovidos por aquele setor.

A Psicologia tinha reuniões semanais dos profissionais em que eventualmente a temática era discutida, bem como realizava atividades de ensino junto a quarto-anistas,

quinto-anistas, residentes de Medicina e aprimorandos de Psicologia. Destas últimas, costumavam participar também os psicólogos do hospital.

A formação profissional acerca deste tema promovida pelo Serviço de Nutrição e Dietética tinha um cunho mais administrativo, pois eram promovidos pelo Departamento Geral de Recursos Humanos (DGRH) da UNICAMP. A formação voltada para a área da saúde era realizada, eventualmente, pela Seção de Educação em Saúde, ou se dava através da participação das nutricionistas em congressos e no grupo Assessoria, Aprimoramento e Atualização em Educação Nutricional (A3EN) do Departamento de Enfermagem da FCM.

Reuniões Científicas semanais, organizadas pelo Departamento de Tocoginecologia, em que participavam internos e residentes (é obrigatória sua presença) docentes e convidados de acordo com interesse pelos temas, também abordavam a temática enfocada. Como exemplo, das vinte reuniões que ocorreram no primeiro semestre de 98 (12/02 a 02/07), cinco temas poderiam ser mais facilmente reconhecidos como relacionados à questão: "Adesão ao Tratamento Oncológico. Experiência do CAISM", "Uma história de Mulher", "Uma visão de Gênero", "Maus resultados no atendimento médico – questões éticas" e "Resposta Sexual Feminina". (Diretoria do Departamento de Tocoginecologia do CAISM, 1998).

Considerando as diversas impressões e as evidências documentais arroladas até o momento a respeito da formação profissional que trata do tema desenvolvido na Oficina e as necessidades de aprimoramento da dimensão educativa da abordagem profissional da clientela, pode-se reconhecer uma situação bastante complexa em que, tanto a política institucional concretamente implementada trata o tema de forma incipiente e fragmentária, realizando atividades pontuais e esporádicas, como as RS a respeito do trabalho em saúde desenvolvido no cotidiano institucional envolvem significativas dificuldades de ordem subjetiva (desmotivação, burocratização, formação vista como favor e não como investimento institucional, atividades de grupo não consideradas como atendimento) e objetiva (organização do trabalho em turnos, falta equipe multiprofissional capacitada e dedicada a desenvolver as atividades). Neste sentido o desafio colocado naquele momento da realização da atividade educativa parecia muito maior do que seria possível dar conta, principalmente se tomasse como referência que o trabalho se desenvolveu em apenas 24 horas. O quadro aqui desenhado indicaria a necessidade de uma intervenção permanente e integrada ao cotidiano dos profissionais

que não se colocava como uma alternativa palpável ao hospital no momento de realização da Oficina.

4.1.2. O LACES

Desde sua criação, a estrutura organizativa dos profissionais que desenvolvem suas atividades no Laboratório se caracteriza pela escassez de trabalhadores vinculados institucionalmente. As possibilidades de contratação de profissionais pela Universidade sempre foram muito restritas⁶¹ e as várias hipóteses de financiamento extra-Universidade levantadas pelo grupo não se concretizaram. Aqueles que não tinham relação formal envolviam-se nas atividades, se elas fossem remuneradas. Esta forma de estruturação do trabalho, que se constituiu e vem se sedimentando em meio à crise e à privatização das Universidades brasileiras, tem, muitas vezes, se colocado como empecilho para a ampliação do leque de atividades, a sistematização e aprofundamento a respeito do que temos feito e o direcionamento mais claro de uma proposta de longo prazo para o Laboratório. Por outro lado, tem nos proporcionado disposição e abertura às novidades que cada arranjo entre as equipes de realizadores permite criar.

Desta forma, o Laboratório contava, na época da Oficina, com quatro profissionais vinculadas formalmente à instituição: duas trabalhando 40 horas semanais no DMPS e outras duas profissionais que desenvolviam suas atividades em tempo parcial⁶². A realização da Oficina coube às duas primeiras, sendo uma com experiência em docência universitária e formação em Ciências Sociais, Psicodrama Pedagógico e Análise Institucional e a outra com experiência em educação infantil e formada em Terapia Analítica de Grupos.

Quanto à demanda pela Oficina, C1 esclareceu que, originalmente, a idéia de fazê-la surgiu "através da coordenadora do setor de Educação em Saúde do CAISM, quando ela começou a participar das reuniões do Laces, no final de 1997. A demanda era um curso/oficina mais curto e concentrado de Educação em Saúde, com um programa sintético da disciplina de mesmo nome do Curso de (Especialização em) Saúde Pública." Informou ainda que a referida profissional

⁶¹ Haja visto que, de sua criação até agora, o incremento real de carga horária de profissional efetivamente vinculado ao Laboratório com ônus para a Universidade totalizou 20 horas/semanais, mesmo considerando o significativo aumento de atividades realizadas, tanto relativas à docência no Departamento, quanto na prestação de serviços à sociedade.

⁶² Uma com disponibilidade de 20 horas semanais recentemente admitida, que já havia se envolvido em realização de Oficinas, mas tinha, naquele momento, assumido outras responsabilidades no DMPS e outra que realizava trabalhos eventuais, voltada para uma área de atuação diferente da realização de oficinas.

"tinha conhecimento do (seu) trabalho no CAISM, junto ao Serviço Social, (...) desenvolvi(do) desde o final de 1994. E sabia também que naquele momento, havia uma disponibilidade de horário d(a) parte (dela), tanto que começ(aram) a pensar(numa) assessoria permanente junto ao setor de Educação em Saúde, o que realmente aconteceu a partir do segundo semestre de 98 (...). Assim esta atividade iniciou (seu) trabalho junto ao setor (...). Desde o início também ficou definido que outras pessoas do LACES participariam e no momento foi a (C2) que se dispôs, inclusive devido à sua condição de estar comissionada (...)."

Cabe esclarecer, ainda, que a demanda colocada, teria uma ajuda de custo simbólica, que foi repassada ao Laboratório e que os materiais didáticos foram fornecidos pelo CAISM. Por isso sua realização seria de responsabilidade de alguém desse reduzido grupo de vinculados formalmente à Universidade, que tivesse interesse em realizá-la e pudesse fazê-lo em meio ao universo de atividades que eram desenvolvidas no momento⁶³.

As duas profissionais, com formações e vínculos institucionais diferenciados, trabalharam juntas, pela primeira vez, realizando uma oficina. Uma delas, mesmo já tendo se envolvido com a realização de oficinas anteriormente, naquele momento estava mais voltada para atividades como a realização de disciplinas, processos de análise e intervenção institucional junto a grupos, seminários e pesquisas. A outra, por sua vez, vinha participando de praticamente todas as oficinas realizadas (desde 95) e de disciplinas de Educação em Saúde no CESP.

Segundo C2, além das contingências estruturais já citadas, os motivos que a fizeram optar por realizar a Oficina, foram o fato do grupo ser pequeno⁶⁴, o que trazia possibilidades para um trabalho mais aprofundado em relação aos conteúdos grupais, como também a novidade de fazer parceria com C1, favorecendo a descoberta de novas possibilidades de trabalho conjunto.

⁶³ Naquele mês de março de 98, as profissionais vinculadas formalmente ao Laboratório, além da Oficina do CAISM, estavam envolvidas na realização da disciplina de Saúde e Sociedade do CESP, de disciplinas da área de Ciências Sociais na pós-graduação em Saúde Coletiva, na orientação de dissertações e teses, na realização de oficinas de Comunicação e Educação em AIDS voltadas para desenvolvimento do papel de educador junto a profissionais do exército brasileiro (realizadas em Recife, Curitiba, Rio de Janeiro), no planejamento de um projeto de trabalho de Educação em Saúde junto à Secretaria Municipal de Saúde de Sumaré/SP, na supervisão do trabalho de profissional de saúde em Centro de Saúde de Campinas na área de Educação em Saúde, na elaboração de relatórios das Oficinas, além das atividades de secretaria do Laboratório.

4.2. A atividade educativa: descrição e processamento

Como indicado, esta descrição e análise da atividade toma como ponto de partida o Relatório Comentado (Anexo 1). Nele, foram indicados itens que se referem às etapas anteriores à sua realização, onde se incluem a demanda, a clientela e os dados de estruturação da atividade como local, periodicidade dos encontros, duração, desenvolvimento dos trabalhos, que se desdobram nos conteúdos e nas etapas e procedimentos com que foram abordados.

Considero que, no que tange a etapa anterior à realização, cabe ainda fazer alguns apontamentos acerca da maneira como foi planejada a atividade, dos aspectos relacionados à sua estruturação, bem como identificar como se organiza, em linhas gerais, cada encontro e o local em que se realizou.

Em relação ao desenvolvimento dos trabalhos, a proposta, além de indicar conteúdos e procedimentos utilizados, dentro da perspectiva adotada de encadeamento das atividades, envolve também realizar algumas reflexões que procurem articular a realização de determinados procedimentos com referenciais teórico-metodológicos que os orientam.

Por fim, se pretende também identificar os principais produtos resultantes da entrevista, que foi possível elencar a partir do que foi elaborado no referido Relatório.

4.2.1. Antes da Oficina

Como reflexão preliminar, seria importante analisar os objetivos propostos para a atividade, expressos tanto pela instituição quanto para a equipe realizadora da Oficina. Levando em conta a descrição já realizada do contexto institucional e os vários aspectos apontados, como os objetivos da atividade propostos pelo setor solicitante, a visão de alguns dirigentes e do setor demandante frente à problemática do atendimento prestado à clientela do serviço, ficou indicado o principal objetivo da Oficina, que se traduziria na necessidade de ampliar a qualificação da abordagem dos profissionais de saúde frente à clientela usuária da instituição. Considerando os objetivos delineados pela equipe coordenadora, conforme anteriormente mencionado, a proposta era um pouco

⁶⁴ Até então, os grupos de oficinas com que se deparava sempre tinham, no mínimo, 25 pessoas.

mais ampliada, na medida em que abarcava o desenvolvimento de uma postura crítica dos profissionais frente ao próprio papel e o das pessoas com quem se relacionavam no seu fazer cotidiano, envolvendo também colegas de trabalho e chefias. Esta ponderação se faz necessária para que se tome este aspecto, isto é, a maior ou menor definição de um tema central da atividade e os limites e potencialidades criados no desenvolvimento dos trabalhos.

Ainda em relação a questão dos objetivos definidos, seria importante destacar um desdobramento importante quanto ao objeto ou tema central da Oficina. O setor demandante, ao focalizar o aperfeiçoamento da interação/comunicação que se estabelece no dia-a-dia entre profissional e usuário da instituição para melhorar as condições do atendimento, assumia como temática a ser priorizada a questão da relação entre profissional e usuário. Esta perspectiva se coadunava com a proposta do Laboratório que afirmava o reordenamento dos campos da Educação e da Comunicação em Saúde, que, mediante a reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho, pretendia desenvolver capacidades de responder criativamente às situações cotidianas de interação profissional-clientela institucional. Havia, então, uma identificação relacionada ao objeto a ser privilegiado pela reflexão e intervenção destes campos, ou seja, seria esta interação a base para o desenvolvimento crítico e criativo do papel do profissional de saúde.

Outro aspecto que valeria a pena ressaltar em relação aos objetivos, é que a equipe de coordenação, realçando sua postura teórico-metodológica, pretendia que aquela atividade fosse um momento potencializador do processo de constituição de sujeitos em busca de autonomia e cidadania, o que encontraria respaldo na visão da coordenadora do setor demandante institucional, conforme identificado nos levantamentos sobre contexto institucional.

Neste sentido, tomando a análise de contexto e o programa proposto para a atividade, havia grande aproximação entre as proposições do Laboratório e do setor demandante, quanto ao fortalecimento da autonomia dos profissionais, com nuances que indicavam uma priorização maior, por parte da instituição, da relação profissional-usuário, mesmo considerando que este privilegiamento era assumido pelo referencial teórico-metodológico do Laboratório. Nas análises subseqüentes estas questões deverão ser retomadas.

Partindo desta complementaridade de interesses, o trabalho foi contratado entre CAISM e LACES, para ser realizado junto a um grupo multiprofissional, que contava

com 13 mulheres no total, incluindo-se aí 2 nutricionistas, 3 assistentes sociais, 7 enfermeiras e 1 psicóloga. Cada uma delas estava no grupo porque optaram em participar, visto que mesmo tendo sido indicadas por seus respectivos setores de trabalho, puderam recusar integrar-se a ele. Segundo AFONSO (1997a), "a oficina deve ser um trabalho aceito pelo grupo, nunca imposto" (p. 8).

Para a estruturação do trabalho, levou-se "em consideração a disponibilidade das profissionais que se inscreveram", organizando-o na forma já descrita. O local de realização não era muito adequado ao desenvolvimento das atividades, pois era "intenso (o) calor e as dimensões da sala reduzidas, em relação ao número de pessoas trabalhando vivencialmente (movimentos e deslocamentos corporais)". Apesar da situação, "o grupo foi capaz de adaptar-se às condições espaciais" (Anexo 1).

Semelhantemente ao que foi indicado sobre o planejamento flexível da oficina por AFONSO (1997a), a prática de coordenação de oficinas do Laboratório, costuma também contemplar este tipo de iniciativa, onde se constrói uma linha geral da intervenção, detalhando objetivos, conteúdos por período de trabalho, técnicas e responsáveis em cada momento. Durante o trabalho propriamente dito, a dinâmica do trabalho muitas vezes impõe reformulações, o que requer um bom entrosamento e nível de confiança dos membros da equipe de coordenação. No caso desta oficina, não foi diferente. As coordenadoras estruturaram um programa que contemplava, além dos objetivos assinalados anteriormente, ementa, metodologia, conteúdos a serem desenvolvidos e bibliografia referenciadora. Este programa ficou pronto em janeiro, tendo sido entregue ao setor demandante para que fosse encaminhado aos interessados. "Todas (as participantes) receberam, antes do início dos trabalhos, (este) material elucidativo da organização" (Anexo 1, item 11.1.1.).

Tomando a estruturação de cada encontro das oficinas do Laboratório em momentos, nossa proposta se assemelha à descrição da autora mencionada. Em geral também desenvolvemos as atividades, a partir de um aquecimento, da abordagem do tema central, de um compartilhamento pelos participantes sobre o vivido no encontro e de uma reflexão conceitual que busca produzir uma aproximação mais racional com o tema, sistematizando-o. Dependendo dos objetivos da atividade e da forma como o grupo vem interagindo, podemos alterar um pouco este esquema, priorizando mais o compartilhamento em detrimento da compreensão conceitual ou o contrário, desenvolvendo um aquecimento mais longo, dentre outras possibilidades. Em relação ao último momento, temos nos referido a ele, tomando emprestado o termo

“processamento” das experiências de formação de psicodramatistas, como referido. No nosso caso, um tipo de processamento que costumamos usar e que mais se assemelha com a proposta da autora é o que tem o tema como foco, denominado, por isto, “processamento temático”. Mas também temos desenvolvido experiências que chamamos de “processamento metodológico”, quando pretendemos abordar a forma como foi desenvolvido o tema, para que o grupo tome conhecimento e reflita sobre o método de trabalho em oficinas, no sentido de criar possibilidades de apropriação deste formato.

4.2.2. Desenvolvimento dos trabalhos

Dentro deste tópico, além de indicar o conteúdo propriamente dito, se buscará, identificar em que sentido está sendo abordado e, quando for possível e pertinente, se buscará relacioná-los aos objetivos da atividade. Estes conteúdos serão indicados por um tipo de marcador, os procedimentos por outro, enquanto as análises têm um recuo de margem diferenciado.

- **Abertura da Oficina realizada por DI**

Visava apresentar ao grupo o LACES, as coordenadoras e colocar-lhes os objetivos da Seção quando solicitou a Oficina ao Laboratório; foram justificadas as ausências de algumas oficinandas, que se integrariam ao grupo posteriormente e explicitados, pelas coordenadoras, os prejuízos ao trabalho advindos das ausências e interrupções da participação, quando se usa uma abordagem vivencial, como também esclarecido a inviabilidade de iniciar uma participação depois de certo tempo transcorrido.

- ✓ Comunicação verbal.

- **Apresentação e integração grupal, levantamento de expectativas, explicitação da proposta, definição do contrato de trabalho grupal e abordagem da ansiedade própria da constituição de grupos novos.**

Este momento se configurou num “aquecimento” ou preparação para o trabalho que se pretendia realizar na Oficina, em que se buscava a construção de identificações no grupo, como também forneceu mais dados sobre os participantes para a coordenação dos trabalhos, ajudando na sua abordagem.

- ✓ Relatos individuais sobre história do nome, que proporcionaram maior conhecimento dos integrantes e aproximação grupal, seguido de um aprofundamento destes aspectos desenvolvido pela reunião momentânea em subgrupos a partir de critérios como características pessoais, profissionais, corporais, socioculturais femininas, formas de chegar ao grupo, estado civil, número de filhos, papéis familiares, etc.. Neste momento tomou-se conhecimento das diferentes condições de opção em participar da Oficina, fazendo com que as coordenadoras levassem este dado em consideração na abordagem do grupo.
- ✓ Registros individuais, do qual participaram também as coordenadoras, de uma pergunta, 3 desejos e 3 medos diante da atividade que se iniciava e 3 características pessoais que ajudam, 3 que atrapalham este trabalho e 3 palavras relacionadas à “mulher”. Cada participante teve um tempo para responder às instruções, sendo que cada pergunta feita foi respondida por outro integrante do grupo, como se ele mesmo a tivesse formulado, mediante a troca das questões entre si. Por fim, foram construídos painéis/síntese das expectativas, medos e perfil do grupo. Neste momento foi possível "esclarecer fantasias e minimizar o grau de ansiedade em relação ao desconhecido", como também as coordenadoras puderam focalizar dúvidas e expectativas que estivessem fora do alcance da Oficina. (Anexo 1)
- ✓ Levando em conta a discussão anterior, foi feito um registro individual em tarjetas de 2 regras indispensáveis ao bom funcionamento do grupo. Construção de painéis/síntese sobre as regras e as disposições para o trabalho. Com esta vivência, foi possível conhecer melhor o grupo, identificando resistências, medos, desconfiança, necessidades de controle sobre "todas as possíveis situações de exposição", reconhecidas na forma como o grupo indicava como regras, situações que se configuravam enquanto disposições⁶⁵. Foi possível também aprofundar esclarecimentos sobre a abordagem utilizada, diante da exposição de conteúdos pessoais "num grupo novo", viabilizada através de "um método desconhecido (...) para a maioria", ampliando a disponibilidade de envolvimento com a proposta, repercutindo no baixo absentismo durante a Oficina. (Anexo 1)

⁶⁵ As regras têm uma definição mais rígida no estabelecimento do contrato, enquanto as disposições acarretam maior maleabilidade no seu cumprimento.

- ✓ Encerrando as atividades do período, realizou-se dança circular⁶⁶ chamada "Dança do Sol", "que invoca a criatividade e harmonia grupal através de música e movimentos singelos que reproduzem, com coreografia facilmente assimilável, o cintilar dos raios solares". Este procedimento trouxe a celebração do contrato grupal, traduzido num ritual, que, simbolicamente, confere àquele momento uma idéia de ponto de partida marcante e singular para o desenvolvimento dos trabalhos subseqüentes. (Anexo 1)

A partir das colocações de AFONSO (1997a), considera-se que todos estes procedimentos se caracterizariam pelo início da formação de identidade grupal, onde o conjunto de pessoas tem necessidade de reconhecer-se numa rede de identificações, firmando objetivos comuns, procurando anular as diferenças, construindo a coesão. É o momento, também, onde os laços de intimidade são mais precários, onde o grupo pode querer anular o diferente. Nele podem estar mais ou menos evidentes idéias conflitantes sobre a igualdade entre todos e o medo da fragmentação grupal. Indicando que o coordenador deveria se pautar em intervenções que possibilitassem a resolução coletiva das questões, a construção de painéis coletivos, com as definições grupais, bem como a proposta das respostas aos questionamentos do grupo serem efetivadas entre os próprios integrantes, coadunam com esta indicação da autora.

- Reflexão a respeito do conceito de saúde do grupo
 - ✓ Resgate avaliativo do encontro anterior, mediante comentários livres descrevendo o que ocorreu, a fim de esclarecer uma nova integrante do grupo. Em relação à primeira parte, o encontro foi identificado como relaxante, descontraído, com maior timidez no início e maior liberdade no final e o contrato como uma complementação, onde o grupo se comprometeu. Foi referida também a dificuldade com o calor da sala. Outros comentários estavam voltados para a identificação de objetivos, a aplicabilidade das técnicas vivenciadas na abordagem da clientela do

⁶⁶ As danças circulares, também conhecidas como Danças Sagradas, se constituem num movimento mundial em rede, que vem se organizando desde meados deste século, onde grupos de pessoas se reúnem para dançar e cantar em círculos, a partir da recuperação de rituais de celebração coletiva de culturas ancestrais. Segundo BARNTON (1995), "as danças evoluíram gradualmente e (é possível) encontrar muitas variações. Nós tentamos preservar os passos autênticos até onde é possível (apesar do 'autêntico' variar de lugar para lugar), mas não somos 'experts' em danças folclóricas. Sabemos, no entanto, que dançando nestes círculos, podemos melhorar e enriquecer nossas vidas, física, emocional, mental e espiritualmente, irradiando essa transformação para todos aqueles com quem entramos em contato." (p. 5).

CAISM, comparando-as a outras já utilizadas, servindo também como um processamento metodológico da atividade.

Como já foi dito, o trabalho em oficinas supõe um encadeamento das atividades, que, para abordar determinado tema, se faz necessário um aquecimento que torne o grupo mais disponível para a tarefa do dia. Este procedimento cumpriu, desta maneira, várias atribuições: introduziu o grupo novamente naquele processo, apontando para a continuidade do trabalho que se desenvolveria naquele encontro, avaliou o anterior, inclusive do ponto de vista metodológico, conferindo a disposição do grupo diante do trabalho realizado, como também frente àquele que se iniciava e integrou uma nova colega ao grupo.

- ✓ Técnica das Perguntas Indiscretas, onde os participantes recebiam cartões com tarefas⁶⁷ que deveriam ser investigadas entre os demais integrantes do grupo, proporcionando um aprofundamento do conhecimento, troca e maior contato, focalizando características de "pessoas comuns, não só como profissionais", ampliando a intimidade, a confiança e a disponibilidade para o trabalho que se iniciava. (Anexo 1)
- ✓ Metodologia Educacional Psicodramática (ROMAÑA, 1987, 1992, 1996) na abordagem do conceito de saúde foi iniciada com a formação de 2 sub-grupos, onde se realizaram relatos de situações profissionais em que estivessem presentes a idéia de saúde e de saúde da mulher. Cada grupo escolhe um relato para ser dramatizado ["dramatização real" (ROMAÑA, 1996)]. São dramatizadas uma sessão de grupo de 3ª Idade, em que uma paciente muda sua vida por freqüentar uma faculdade e uma sessão de grupo de mulheres menopausadas, onde uma paciente começou a "se ajudar, porque pediu ajuda" à psicóloga (Anexo 1), depois de vários problemas relacionados a esta fase da vida. Em seguida são identificados os elementos que caracterizam o conceito de "saúde" nestas dramatizações e iniciam uma "dramatização simbólica" (ROMAÑA, 1996), em que cada participante incorpora os elementos identificados do conceito, transformando-os em personagens com postura e falas características. A coordenadora sugere que os personagens interajam uns com os outros, sendo formado "um círculo concêntrico, balançando ao embalo de um sussurro cantarolado, tendo o elemento 'corpo' no

⁶⁷ Estas tarefas se referiam a características pessoais, gostos, acontecimentos que podem ser identificadas no Anexo 1.

centro". (Anexo 1). Dando início à "Dramatização no plano da fantasia" (ROMAÑA, 1996) a coordenadora solicita, então, a C2 que entrasse em cena como "doença" para interagir com a "saúde"⁶⁸. A partir desta intervenção, a cena toma outro rumo, com "um período de movimentação intensa em que a doença buscava contato". Com o enrijecimento corporal da saúde, a doença intensificou investidas para penetrar o círculo que constituía aquela imagem, através de brechas, conseguindo, finalmente, desorganizar aquela formação. Na seqüência, a doença continuou interagir com a saúde, buscando sincronia. Seus movimentos foram sendo aceitos por alguns elementos que compunham a saúde, compondo, no final da cena, um conjunto que: "se harmonizou numa brincadeira corporal". (Anexo 1).

- ✓ Seguiu-se um compartilhamento de sentimentos e emoções, com uma longa e profícua discussão dos conceitos de saúde e doença, a partir das situações vividas. Alguns pontos identificados pelo grupo apontaram a teimosia desgastante da saúde/grupo em anular a doença/C2, representada pelo enrijecimento corporal, pela exclusão colocando-a de lado, através de medicação, enquanto a doença respondia às tentativas de anulação, insistindo cada vez mais, sendo os elementos da esperança e alegria que aceitaram primeiramente interagir com a doença. O grupo se surpreendeu e ficou aliviado com estas reflexões, relacionando o simbolismo da vivência com suas relações cotidianas com saúde, doença e com os pacientes, "com depoimentos de descobertas pessoais e vivências no desempenho do papel profissional que foram percebidas (...) como de grande conteúdo humanitário e criativo. Profissionais que lidam no dia a dia, com pacientes em processos patológicos graves, mostraram-se confortadas e reforçadas na sua forma de atuar..." (Anexo 1).
- ✓ Em seguida C1 solicitou que as participantes formulassem os conceitos de saúde e doença.
- ✓ Foi feita uma avaliação subjetiva rápida, através da verbalização de uma palavra que simbolizava como cada uma estava saindo da Oficina, na qual colocaram sentimentos de "perplexidade reflexiva e seriedade". (Anexo 1)

⁶⁸ É possível, neste momento, que C2 tivesse desempenhado um papel mediante uma interpolação de resistências. Conforme mencionado, esta técnica psicodramática se constitui numa desestruturação brusca que se produz, pretendendo lidar com uma relação estereotipada, a fim de desenvolver uma interação espontânea. Esta possibilidade poderia ser confirmada pelo relato de C2 na entrevista.

- ✓ Foram distribuídos textos da bibliografia sugerida no programa, que foram discutidos posteriormente.

Considerando os conceitos que foram redigidos pelas participantes (Anexo 1, item 11.1.6.), concluiu-se que não houve "ressignificação dos 'velhos' conceitos incorporados ao longo da formação e do processo de trabalho institucional", após a vivência. O entendimento sobre a relação "saúde/doença, enquanto processo dinâmico, não foi aprofundado nesta oficina". (Anexo 1). Esta concepção da coordenação está referenciada em reflexões que entendem saúde/doença, enquanto um processo social (NUNES, 2000), em que as pessoas consigam estabelecer interações, a partir da convivência com sua enfermidade, circunscritas aos limites de convivência social, cultural, biológica, emocional, no sentido de ampliar seus gradientes de autonomia no seu "modo de andar a vida".

Procurando processar esta vivência, algumas questões se sobressaem:

- Não houve uma separação marcante entre os momentos de compartilhamento e processamento. AGUIAR & TASSINARI (1997), afirmam como condição necessária para a realização do processamento, "uma mudança de 'setting'", em que fique clara uma alteração de qualidade na proposta do trabalho, que agora se prestaria à compreensão racional sobre o que teria ocorrido, neste caso, do ponto de vista da temática abordada na vivência, e não mais na percepção de si mesmo e dos outros na cena vivida. Uma mistura destes dois momentos pode comprometer as considerações que ali se estabelecem, imbricando sentimentos e racionalizações, produzindo resultados que comprometem ambos os momentos.
- Além da mistura destes dois momentos, a reflexão mais imediata sobre a vivência parece ter ocorrido numa linguagem muito simbólica ainda, combinada a uma focalização da atuação profissional junto à clientela, sem que se procurasse fazer transposições de uma reflexão simbólica para uma compreensão mais concreta, que evidenciasse os discursos correntes sobre processo saúde/doença na atuação dos profissionais junto à clientela. Como já mencionado, AFONSO (1997a) reitera a necessidade de combinar o uso de diferentes linguagens, como a simbólica e metafórica, com a linguagem

* CANGUILHEM, G. *apud* CAMPOS, G.W.S. Reordenação da Clínica e da Saúde Pública. IN: CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1997b, p. 48-57.

reflexivo-verbal, para que se possa esclarecer e organizar significados existentes, organizar os ainda dispersos e construir novos. Neste caso, o foco nos discursos correntes (hegemônico e contra-hegemônico) poderia confrontar-se com o que teria predominado na vivência, isto é, o conflito de um polo tentando anular o outro, como se saúde e doença fossem estados alternativos e não estivessem presentes de forma dinâmica no cotidiano de vida dos seres humanos, permitindo a ressignificação pretendida pela equipe coordenadora.

- Reflexão a respeito do processo educativo vivido pelo grupo
 - ✓ Resgate avaliativo do encontro anterior, mediante comentários livres a respeito do que ocorreu, em que reforçaram muito a relevância, a novidade, o impacto da experiência, destacando questões como a descoberta, a frustração e a mobilização pelo contato com a própria impotência em função de terem subestimado a doença, o contato com a própria potência porque foi possível ter leveza e sensibilidade com a doença, a reflexão posterior a respeito do vivido, do como lidar com a doença para controlar ou para fazer de outra forma, o exercício realizado de aplicar a vivência no contato com amiga que negava própria doença, do contato com a tecnologia produzida pela sociedade afetando a saúde.
 - ✓ C1 explicou utilização da técnica, comparando vivência e textos que a referenciavam, justificando pressupostos da aprendizagem significativa.
 - ✓ Realização de dança circular denominada "Gopalá", que remetia "à busca de recursos criativos para soluções novas", em função da "coreografia e música (...) facilmente assimiladas pelo grupo", que representa o roubo da flauta ou do potencial criativo dos deuses pelos humanos, trazendo conteúdos relacionados à vivência anterior, em que o grupo teve uma atuação repetitiva, sentindo-se impotente frente à doença e ao tema principal do dia, isto é, a reflexão sobre o processo educativo de cada um (Anexo 1).
 - ✓ Realizou-se, então, um relaxamento mental, com música suave, posicionamento das pessoas confortavelmente na sala, onde se buscava uma retomada da história do processo educativo vivido por cada uma das participantes, pelos momentos, locais, conteúdos e figuras significativas.

Considera-se que o primeiro momento de resgate avaliativo foi utilizado, como no dia anterior, para aquecer o grupo no sentido de reintroduzi-lo na dinâmica da

Oficina, bem como para auferir as impressões e opiniões geradas naquele encontro, balizando a atuação seguinte.

Nas oficinas que o Laboratório realiza, tem-se procurado manter um cuidado especial com os “aquecimentos” que preparam a abordagem dos temas principais de cada encontro, mesmo que estes não sejam desenvolvidos na forma de dramatizações típicas. Na Sociodinâmica moreniana, como já referido, o aquecimento é um propiciador da ação dramática, pela “apreensão do clima afetivo-emocional e da escuta daquilo que é dito, consciente e inconscientemente, pelos membros do grupo” (GONÇALVES *et al.*, 1988, p. 79). A dança circular desenvolvida, enquanto um aquecimento inespecífico, teria servido como um momento de descontração e congraçamento, em que se utilizava também o corpo, enfocando um tema relacionado com o trabalho realizado. No relaxamento mental com música, um aquecimento específico, o tema a ser focalizado foi induzido mediante instruções que orientavam a rememoração para os momentos do trabalho subsequente. Segundo ROJAS-BERMÚDEZ (1980), a música pode ser utilizada como “objeto intermediário” na medida em que ela contribui para o “contato com certos papéis do paciente sem desencadear reações de alarme”, utilizando-a como meio expressivo “para penetrar no mundo interno do paciente” (p. 104). Este seria um “exercício de mergulhar dentro de nós mesmos”, para que ao se comunicar consigo mesmo, possa fazê-lo com os outros.

- ✓ Construção individual de objetos que representavam o processo educativo de cada integrante do grupo, utilizando sucata miúda e material básico de artes plásticas, que foram apresentados às demais participantes, em sua singularidade e simbolismo, enfatizando “a importância do período da infância e do vínculo de afetividade e segurança com figuras parentais ou seus representantes, como elementos (...) de aprendizagem e (da) estruturação da personalidade”, que possibilitaram “conquista de autonomia, da profissionalização e da cidadania” (Anexo 1).
- ✓ Integração dos objetos individuais numa imagem coletiva, segundo seus elementos comuns e complementares, identificados no momento anterior (Anexo 1, item 11.1.7.).
- ✓ Formado um círculo de integrantes do grupo envolvendo a imagem coletiva e verbalização de palavras que expressavam sentimento característico do

momento, que se referiam àquela situação, mas também ao próprio conteúdo trabalhado.

Destaca-se, que o momento que se pode reconhecer como processamento da vivência, ou seja, a formação de uma imagem coletiva a partir dos elementos identificados nas construções individuais, se manteve na linguagem simbólica e metafórica da vivência emocional anterior. É de se supor que a falta de integração entre a linguagem simbólica e a reflexivo-verbal possa trazer prejuízos à síntese conceitual a respeito do tema, conforme já ressaltado por AFONSO (1997a).

O recurso utilizado de produção simbólica individual de objeto a partir de sucata, tem sido usado com muita frequência nos processos vivenciais desenvolvidos pelo Laboratório, sendo referido como “Técnica de Construção de Objeto Intermediário”. Esta identificação nos remete ao recurso do objeto intermediário desenvolvido por ROJAS-BERMÚDEZ (1980), a partir do uso de marionetes como elementos viabilizadores de comunicação com pacientes psicóticos crônicos em sessões de Psicodrama. Nestas situações, onde os pacientes se encontravam “em estado de alarme intenso ou com alterações do esquema corporal”, a marionete se constituía num material que não trazia ameaça, podendo ser usado como mediador do vínculo terapêutico. (p. 95). O autor indica algumas qualidades que caracterizam um objeto intermediário:

- “Existência real e concreta.
- Inocuidade. Que não desencadeie ‘per se’ reações de alarme.
- Maleabilidade. Que possa ser utilizado à vontade em qualquer jogo de papéis complementares⁶⁹.
- Transmissibilidade. Que permita a comunicação por seu intermédio, substituindo o vínculo e mantendo a distância.
- Adaptabilidade. Que seja adequado às necessidades do indivíduo.
- Assimilabilidade. Que permita uma relação tão íntima, que o indivíduo possa identificá-lo consigo mesmo.
- Instrumentalidade. Que se preste para ser utilizado como prolongamento do indivíduo.
- Identificabilidade. Que possa ser reconhecido imediatamente.” (ROJAS-BERMÚDEZ, 1980, p. 100-1).

A apropriação do recurso desenvolvido pelo autor, sugere uma utilização tanto numa relação que se estabeleceria entre papéis de sujeitos entre si, como também entre sujeito e objeto, como foi o caso da vivência descrita, permitindo uma comunicação mais autêntica com conteúdos internos presentes, mas não tão evidentes. Sua recuperação pode trazer muitas repercussões, que certamente

transcendem os aspectos especificamente pedagógicos, exatamente aqueles que são buscados pela abordagem em Oficina.

- Reflexão a respeito da relação com a clientela das ações educativas do CAISM
 - ✓ No resgate avaliativo do encontro anterior, elucidou-se a relevância do momento vivido para as participantes, pelo fato de várias delas terem levado consigo os objetos construídos, predominando a significação da vivência subjetiva, “independentemente do resultado objetivo que constituiu o levantamento dos elementos inerentes ao processo educativo” (Anexo 1). Esta informação/reflexão corroboraria o que foi indicado a este respeito sobre o processamento realizado, que privilegiou o trabalho no nível simbólico, em detrimento da integração com a linguagem reflexivo-verbal.
 - ✓ Realizou-se, então, um relaxamento corporal e mental, com música, com instruções que buscavam voltar a atenção para resgatar a imagem das participantes da cliente que atendida no CAISM.
 - ✓ Construção grupal de um personagem que caracterizava esta cliente, a partir de material básico de artes plásticas, sucata miúda, peças de vestuário, retalhos, acessórios femininos, apoiando-a num cavalete de madeira. Denominaram-na Cida.
 - ✓ Interagiram longamente com ela, conversando sobre suas dificuldades, trajetória e atendimento recebido dos diversos profissionais, especialmente do médico.
 - ✓ Compartilhamento da vivência em que se levantou as impressões sobre o momento e reflexão sobre as representações grupais a respeito da clientela, com o levantamento de elementos que a caracterizavam enfatizando agressiva, ansiosa, carente, dependente, insegura, com medo, não acolhida, feliz (ou aliviada) por estar sendo atendida na UNICAMP, buscando direitos, gestante e fumante características marcadamente negativas.
 - ✓ Processamento do tema vínculo com a clientela institucional a partir da discussão a respeito de subtemas como a arte de ensinar e aprender, o lugar da informação no processo de ensino-aprendizagem, o papel profissional do médico, a importância da clientela na abordagem realizada, a rotina do

⁶⁹ É o papel do outro que se vincula ao indivíduo, como os papéis pai-filho, vendedor-comprador, profissional de saúde-pessoa em cuidado.

trabalho X a onipotência do profissional, reafirmando o aprendizado proporcionado ao profissional pelo contato com a clientela.

- ✓ Encerramento do período a partir de reflexão a respeito de textos de sobre Educação e Comunicação em Saúde referenciados na bibliografia.

Também aqui, o recurso utilizado de construção coletiva de personagem representativo da clientela está sendo considerado como uma “Construção Coletiva de Objeto Intermediário”, desenvolvida como ROJAS-BERMÚDEZ (1980) referiu, na abordagem de papéis complementares.

Ao contrário das vivências anteriores, em que predominou o trabalho voltado para a linguagem simbólica, nesta a linguagem verbal-reflexiva foi enfatizada, permitindo o que AFONSO (1997a), chamou de “recuperar o processo de reflexão pela palavra” (p. 33). Um argumento que pode explicar esta priorização explícita deste conteúdo é o fato de este ser o tema central da Oficina, combinado com as necessidades de priorização do tempo num trabalho com a duração limitada como este.

- Aprofundamento da reflexão a respeito da clientela do CAISM e do vínculo do grupo com ela
 - ✓ As integrantes do grupo foram desafiadas a incorporar figuras geométricas, animais e objetos rapidamente, a partir de orientações de C2, enquanto circulavam pelo espaço, como aquecimento corporal e mental inespecífico.
 - ✓ Apresentação da Cida produzida no encontro anterior para C2 que não estava presente, a partir de sua reconstrução simbólica, mediante sua representação numa forma geométrica, num elemento da natureza, numa cor, colocadas num cartão recebido pelas oficinandas.
 - ✓ Formação de 3 subgrupos a partir da instrução nos cartões, para reflexão coletiva a respeito das características simbólicas, definição de um consenso mínimo delas que foram concretizadas numa imagem de cada subgrupo, construída a partir de sucata miúda e material de artes plásticas.
 - ✓ Apresentação das três imagens da clientela do CAISM e integração delas numa imagem coletiva.
 - ✓ Reflexão a respeito da imagem construída da clientela, comparando-a à imagem produzida no encontro anterior e reconhecimento dos elementos que favorecem, dificultam e/ou caracterizam o vínculo com a clientela.

- ✓ Compartilhamento da vivência em todas suas etapas, focalizando “as características pessoais, dificuldades, ansiedades, necessidades, ganhos e perdas (dos profissionais) envolvidos no contato diário com a clientela” (Anexo 1).
- ✓ Verbalização, através de uma palavra, do sentimento mais forte presente naquele momento (Técnica de Avaliação Subjetiva).

Estas reflexões permitiram uma avaliação sobre a produção do grupo (AFONSO, 1997a), voltada para trocas e identificações intragrupo. No momento imediatamente anterior é possível reconhecer que, tanto na vivência onde se construiu a personagem numa perspectiva mais figurativa, como na proposta subsequente, onde esta compreensão se deu de forma mais simbólica, as coordenadoras viabilizaram recursos que ajudaram na reflexão coletiva em relação à temática central da Oficina, trazendo informações, procurando sistematizar opiniões presentes, atingindo os objetivos gerais previstos.

- Reflexão e síntese a respeito do papel de educador no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde
 - ✓ Relato individual (eram 8 as participantes presentes neste dia) de episódio significativo de seu cotidiano de trabalho no contato direto com a clientela institucional. As situações que originaram os relatos diziam respeito à “morte efetiva de paciente, doação de filhos, morte de mãe e filho, perda do afeto do companheiro, perda afetiva da mãe, abuso sexual”, configurando uma temática geral que envolvia situações de grande perda afetiva (Anexo 1).
 - ✓ Escolha de um deles para ser dramatizado, definida pela história em que uma assistente social entrevista mãe e filho adulto e, neste momento, ela lhe revela sua condição de filho adotivo.
 - ✓ Na dramatização, os três personagens foram incorporados por integrantes do grupo, que desenvolveram a cena da entrevista finalizada pelo encaminhamento de ambos à psicóloga.
 - ✓ Compartilhamento da vivência, com identificações e resgate da memória afetiva que a cena trouxe.
 - ✓ O processamento temático abordou o papel do profissional em cena, sistematizando algumas questões:
 - relações com clientela pautadas em grande ansiedade e responsabilidade frente à opção pelo vínculo afetivo no trabalho competente;

- construção da competência como combinação harmoniosa de:
 - continência afetiva,
 - assertividade e clareza do papel profissional,
 - capacidade de lidar com perdas e sofrimento,
 - na perspectiva de um desempenho mais humanizado,
 - que leva em conta a autonomia do cliente/cidadão
 - (seus desejos, medos, dificuldades e possibilidades)
 - na relação com o processo saúde/doença;
- reconhecimento do “desamparo no cotidiano de trabalho” do profissional, em função da falta de retaguarda institucional frente à dimensão emocional no desempenho competente do papel profissional;
- identificação do teor recorrente dos relatos característico já apontado (perda afetiva), remetendo-o à finalização da Oficina (Anexo 1).

Para AFONSO (1997a), com o reconhecimento da produtividade grupal que se deu no momento anterior e que vai sendo reafirmado na síntese realizada, fica mais realçada uma ansiedade frente à aproximação do término do processo, principalmente caso não se reconheça formas de continuidade do trabalho. O término previsto para aquele dia, acentuava este componente aos sentimentos presentes no grupo.

- ✓ Em dois subgrupos, discussão do texto de ALVES (1981) relacionando-o à cena apresentada, procurando identificar os momentos em que se reconhece o educador no trabalho daquele profissional, segundo a perspectiva adotada no texto.
- ✓ Apresentação das considerações entre os subgrupos.
- ✓ Identificação, numa reflexão coletiva, de elementos inerentes à ação do profissional de saúde, formulando uma síntese sobre o papel de educador inevitavelmente presente,
 - subpapéis estão aí combinados:
 - “o de facilitador de processos de relação humanizada;
 - o de comunicador;
 - o de informador;
 - o de orientador;
 - o de desencarador de ‘história’ através da promoção de vínculo afetivo;
 - o de acolhedor dos limites e das possibilidades humanas.” (Anexo 1)
 - recursos do educador na interação com o educando:
 - “pessoais (características de personalidade e temperamento, a fala ou o silêncio, a sensibilidade);

e profissionais (recursos técnicos e de conhecimentos específicos da área de formação e atuação).”

- papel de educador combina pelo menos cinco aspectos ou fatores correlacionados; uma ética (visão de mundo, ideologia, valores), nas escolhas pessoais, na inserção institucional, no método e no vínculo afetivo.
- Idéias associadas pelo grupo ao Educador: luz própria, brilho e guia.
(Anexo 1)

- ✓ Distribuídos dois formulários de avaliação da Oficina para que os participantes preenchessem e entregassem posteriormente. Um que se referia a um conjunto de perguntas reformuladas a partir das expectativas levantadas no início dos trabalhos, que se constituía num questionário de avaliação (Anexo 1, item 11.1.9.) e outro que se referia a um levantamento sobre interesse por continuidade do trabalho (Anexo 1, item 11.1.10.).

- Encerramento das atividades

- ✓ Confraternização.

Retomando os pontos identificados por AFONSO (1997a) para avaliação da Oficina (Anexo 6) a serem considerados pela equipe de coordenação na condução dos trabalhos, a proposta dos questionários avaliativos e de continuidade, foi uma iniciativa que permitiu um resgate objetivo contribuindo para a elaboração do final da atividade, mediante a recapitulação das expectativas e resultados obtidos, como também contribuiu para a viabilização de propostas de continuidade. Além disto, a confraternização, uma iniciativa das próprias oficinandas, também dava o tom de como o grupo estava se situando frente ao final dos trabalhos.

4.2.3. Produtos indicados a partir do retorno dos questionários avaliativos

- Respostas das questões de avaliação e continuidade respondidas por 7 participantes (Anexo 1, itens 11.1.10. e 11.1.11.), analisadas em seguida;
- Os resultados apontados pelas próprias participantes nas respostas às questões 5, 7 e 12 (Anexo 1, item 11.1.10.): entrosamento, resgate da motivação para o trabalho e para a vida, novos conhecimentos, troca de experiência e informação, construção de conhecimento grupal, resgate da vivência pessoal, revisão do papel profissional,

respeito na abordagem da clientela, aprimoramento do papel de educador, aprimoramento da relação com colegas de trabalho, resgate da importância da cidadania, de aspectos socioafetivos e pedagógicos, alcance da expectativa.

- Indicação da Oficina pelas participantes para outros profissionais em função dos seguintes resultados: entrosamento/vínculo entre participantes, reflexão/aprimoramento a respeito do próprio trabalho, novas informações e técnicas educativas, gratificação pessoal e profissional e repensar a abordagem da clientela.
- Interesse das participantes em continuidade da Oficina em função dos seguintes motivos: foi início e quer aprofundar, contribuir no repensar da abordagem da clientela, continuar aprendizado, entrosar mais o próprio grupo, contribuir para reflexão/aprimoramento próprio trabalho e própria pessoa.
- Formas de continuidade indicadas pelas participantes: novas oficinas, aprofundamento de técnicas, grupo de reflexão, supervisão institucional, coordenadoras devem avaliar melhor forma.

4.2.4. Produtos desencadeados a partir da Oficina

- Reunião realizada com grupo de participantes, cerca de 8 meses depois, indicando necessidade de supervisão do trabalho para o grupo, mesclando grupo de estudo com supervisão do cotidiano do trabalho. Desta reunião participaram 9 profissionais, que colocaram horários disponíveis para equacionamento da proposta (sete delas tinham participado da Oficina).
- Funcionamento de grupo de estudo durante o segundo semestre de 98 e o primeiro de 99, com participação de várias oficinas.
- Supervisão do trabalho para profissionais que compõem a equipe técnica da Seção de Educação em Saúde no mesmo período.
- Iniciativa da coordenação (não finalizada) de produzir texto para publicação, com as reflexões a respeito da atividade realizada.

4.3. Análise dos questionários avaliativos e de continuidade respondidos pelas participantes imediatamente após a Oficina

Os dados que serão analisados a seguir, foram obtidos a partir da aplicação de dois formulários que tencionavam avaliar a Oficina e identificar aspectos relacionados à necessidade de continuidade do processo desencadeado por ela, que constam do Anexo 1, itens 11.1.8. e 11.1.9.

Serão apresentadas a tabulação e a análise produzida a partir dos dados obtidos, que foram entregues às coordenadoras cerca de três meses após a atividade. Ambos os questionários se constituíram de questões abertas⁷⁰, em sua maioria, objeto de categorização desta pesquisa. Desta forma, as categorias obtidas são fruto de uma classificação “interessada” da pesquisadora, como também as “quantidades” obtidas se prestam mais a uma comparação rudimentar, que passa por identificar as maiores e menores grandezas, não comportando uma análise de significância.

O questionário avaliativo possibilitou um resgate, por parte das oficinas, entre o que eram suas expectativas em relação à atividade e os resultados obtidos, tendo em vista as questões que foram colocadas por elas próprias no início da Oficina.

A perspectiva adotada pela coordenação em promover esse resgate priorizou a auto-avaliação no processo, a partir do ponto de vista da clientela da Oficina. Por outro lado, a adaptação das questões operada pela coordenação, considerou menos questões que pudessem ser de interesse de uma avaliação mais rigorosa, que aprofundasse a investigação de aspectos críticos.

Como se verá, todas as questões foram respondidas afirmativamente (exceto a que se refere ao conhecimento anterior da metodologia). Seja pelo fato do grupo que devolveu as respostas representar metade da clientela da atividade, seja pela opinião francamente positiva que os questionários expressaram, a partir desta análise preliminar confirmou-se a relevância da escolha desta Oficina como objeto de estudo da pesquisa.

Sete participantes responderam e algumas questões do primeiro formulário não foram respondidas.

⁷⁰ O questionário de continuidade é semi-estruturado, isto é, das três questões que comporta, contém uma pergunta com alternativas fechadas.

4.3.1. Análise das respostas referentes à avaliação

Quadro nº. 1 - Quanto à constituição do grupo		Frequência	
		N	%
questão 1: Constituímos um grupo?	SIM	07	100
Em função dos seguintes motivos	Entrosamento/vínculo entre participantes	05	55,6
	Objetivo comum	03	33,3
	Práticas profissionais semelhantes	01	11,1
TOTAL		09	100,0

As evidências que levantaram para explicar porque se constituíram num grupo foram o entrosamento entre as participantes, o fato de terem um objetivo em comum e de terem práticas profissionais semelhantes, nessa ordem de importância.

Segundo o entendimento desta pesquisa, foram duas questões do questionário que colocavam a identificação de objetivos pelas participantes: as questões 2 "porque e para que foi essa Oficina?" e 8 "qual foi o objetivo desse trabalho?".

Quadro nº. 2 - Quanto à identificação dos objetivos		Frequência	
questões 2 e 8: Objetivos da Oficina		N	%
Refletir/aprimorar o papel profissional (2 e 8)		06	21,5
Aprender novas técnicas e conhecimentos (2)		03	10,7
Refletir/aprimorar abordagem da clientela (2)		03	10,7
Ampliar visão campos da Comunicação e Educação em saúde (8)		03	10,7
Ampliar criatividade e crítica no cotidiano profissional (8)		03	10,7
Trocar experiências (2 e 8)		02	7,1
Refletir/aprimorar papel de educador (2)		02	7,1
Entrosar (8)		02	7,1
Refletir/aprimorar o conceito de saúde (2)		01	3,6
Refletir/aprimorar o papel de mulher (2)		01	3,6
Aprimorar aspectos pessoais (8)		01	3,6
Construir conhecimento coletivamente (8)		01	3,6
TOTAL		28	100,0

Os números entre parênteses após cada objetivo se referem à questão a partir da qual apareceram essas respostas.

Entre os objetivos apontados pelas oficinas, até duas vezes, estão as categorias "refletir/aprimorar o papel profissional", "aprender novas técnicas e conhecimentos", "refletir/aprimorar abordagem da clientela", "ampliar visão campos da Comunicação e Educação em Saúde", "ampliar criatividade e crítica no cotidiano profissional", "trocar experiências", "refletir/aprimorar papel de educador" e "entrosar", nessa ordem de prioridade. Ressalte-se que apenas duas destas categorias apareceram respondidas nas duas perguntas realizadas: os objetivos de aprimoramento do papel profissional e da troca de experiências, sendo que o primeiro foi mais mencionado que o segundo (21,5% e 7,1%, respectivamente).

Considerada individualmente, a questão do aprimoramento do papel profissional foi mais indicada do que as demais (as que foram indicadas em segundo lugar, obtiveram 10,7% das indicações).

Quadro nº. 3 - Quanto ao conhecimento do que seja Oficina	Frequência	
	N	%
questão 3: O que é Oficina?		
Construção coletiva de conhecimento	03	37,5
Construção coletiva	01	12,5
Construção	01	12,5
Criação do novo aperfeiçoando o que existe	01	12,5
Conhecimento construído a partir do cotidiano	01	12,5
Aprendizado de técnicas/estratégias educativas	01	12,5
TOTAL	08	100,0

Considerando que todas as categorias apontadas, tiveram um diferencial numérico pouco representativo (a mais indicada teve 3 apontamentos, enquanto todas as demais tiveram um), não se pode dizer que estas oficinas definiram para si muito claramente o que seria esse formato de atividade educativa. Entretanto, a grande maioria dos aspectos levantados compõem uma noção desse conceito, direcionando-o para a idéia de que é uma "construção coletiva de conhecimento".

A categoria "aprendizado de técnicas/estratégias educativas" está mais próxima de um dos subprodutos da Oficina, que não necessariamente se relaciona ao conceito.

Quadro nº. 4 - Quanto à melhora do relacionamento durante a Oficina		Frequência	
		N	%
questão 4: Melhorou o relacionamento?	SIM	07	100
Em função dos seguintes motivos	Entrosamento pessoal e profissional	02	50
	Troca de experiências	01	25
	Livre expressão de sentimentos e opiniões	01	25
	TOTAL	04	100,0

Como nem todas que responderam afirmativamente à pergunta, identificaram os motivos pelos quais isso teria acontecido, cabe indicar aqueles que foram mencionados: "entrosamento pessoal e profissional", "troca de experiências" e "livre expressão de sentimentos e opiniões".

De relevante, como a questão do entrosamento já apareceu como evidência de constituição do grupo, fica reforçada esta como uma repercussão importante da atividade.

Havia três questões do questionário nas quais se identificavam resultados percebidos pelas Oficinandas: a 5 "o que esse curso me acrescentou?", a 7 "o que é que deu?" e a 12 "o que você tirou daqui?". A questão 7 foi respondida por 6 participantes e a 12 por 5.

Quadro nº. 5 - Quanto aos resultados obtidos	Frequência	
questões 5, 7 e 12: Resultados da Oficina	N	%
Entrosamento (5, 7 e 12)	05	19,2
Resgate da motivação para o trabalho e para a vida (5 e 12)	05	19,2
Novos conhecimentos (5 e 12)	04	15,4
Troca de experiência e informação (7)	02	7,8
Construção de conhecimento grupal (7)	02	7,8
Resgate da vivência pessoal (7)	02	7,8
Revisão do papel profissional (5)	01	3,8
Respeito na abordagem da clientela (5)	01	3,8
Aprimoramento do papel de educador (5)	01	3,8
Aprimoramento da relação com colegas de trabalho (5)	01	3,8
Resgate da importância da cidadania, aspectos socioafetivos e pedagógicos (5)	01	3,8
Alcance da expectativa (7)	01	3,8
TOTAL	26	100,0

Entre as questões que foram apontadas até duas vezes estão as categorias "entrosamento", "resgate da motivação para o trabalho e para a vida", "novos conhecimentos", "troca de experiência e informação", "construção de conhecimento grupal" e "resgate da vivência pessoal".

Ressalte-se que apenas uma dessas categorias apareceu respondida em todas as perguntas: a questão do entrosamento, que já foi indicada como evidência de constituição e de melhora da relação no grupo. Outras categorias que aparecem repetidas nas questões 5 e 12 foram as que se referiam à motivação e à aquisição de novos conhecimentos.

Comparando as três mais citadas neste item com as mais indicadas entre os objetivos atingidos ("refletir/aprimorar o papel profissional", "aprender novas técnicas e conhecimentos", "refletir/aprimorar abordagem da clientela", "ampliar visão dos campos da Comunicação e Educação em Saúde", "ampliar criatividade e crítica no cotidiano profissional") percebeu-se que apresentam significativa semelhança de conteúdo. Isso parece indicar coerência de análise das respostas, bem como um sentido de que, além do entrosamento, houve, segundo a percepção das Oficinandas, uma injeção de ânimo para o trabalho e para a vida, concretizada no aperfeiçoamento do papel profissional, através do aprendizado de novos conhecimentos e técnicas, da ampliação da criatividade e da visão crítica do cotidiano, principalmente, na abordagem da clientela.

Quadro nº. 6 - Quanto ao conhecimento prévio da metodologia e sua avaliação		Frequência	
		N	%
questão 6: Sabia da metodologia antes?	SIM	05	83,3
	NÃO	01	16,7
Como avalia?	Muito bom	03	42,8
	ótimo	02	28,6
	excelente	01	14,3
	novidade	01	14,3
TOTAL		07	100,0

Das seis oficinandas que responderam essa questão, apenas uma assinalou-a negativamente. Como não temos respostas de todas, seria importante levantar esse aspecto nas entrevistas, para identificar para quantas delas esse formato representava

uma novidade. Esse dado pode ser colocado como um atenuante que explique opiniões francamente positivas posteriores.

Chamou a atenção o fato de que todas as avaliações da metodologia sejam positivas e em número maior que a quantidade de respostas por afinandanda, reforçando necessidade sentida de investigação dos aspectos críticos da Oficina.

Quadro nº. 7 - Quanto aos interesses que respondeu	Freqüência	
	N	%
questão 9: A que interesses respondeu?		
Das participantes	04	80
Das coordenadoras	01	20
TOTAL	05	100,0

A partir desta questão, apenas 5 afinandandas responderam. Indicaram que majoritariamente houve um atendimento de seus interesses. Esta resposta provavelmente está relacionada à opinião positiva sobre a Oficina, coerente com as demais respostas que indicam alcance de objetivos, vivência de entrosamento, dentre outras. Entretanto, caberia explorar mais a percepção da interação entre afinandandas e coordenação no processo educativo realizado.

Quadro nº. 8 - Quanto à aplicabilidade da Oficina	Freqüência	
	N	%
questão 10: Aplicabilidade		
Na abordagem da clientela	04	36,3
Na vida pessoal/familiar	03	27,3
Nas interações com os colegas de trabalho	02	18,2
Na ampliação das próprias concepções	01	9,1
Na compreensão dos aspectos ideológicos das técnicas educativas	01	9,1
TOTAL	11	100,0

Entre as questões que foram apontadas até duas vezes estão as categorias "na abordagem da clientela", "na vida pessoal/familiar" e "nas interações com os colegas de trabalho", nessa ordem de prioridade.

Ressalte-se que o grosso das indicações (cerca de 82%) estão relacionadas a estas três categorias e que essa representatividade guarda coerência com as repostas anteriormente apresentadas.

Como se pode notar, destaca-se a indicação de dificuldades no início. Também seria necessário aprofundar a investigação neste aspecto.

Quadro nº. 9 - Quanto às dificuldades de comunicação	Frequência	
questão 11: Comunicação foi difícil?	N	%
Não	03	60
Sim, no início	02	40
TOTAL	05	100,0

Quadro nº. 10 - Quanto ao conhecimento do trabalho educativo das outras participantes	Frequência	
questão 13: Conheci o trabalho educativo com grupos das participantes?	N	%
Sim	05	100
Não	00	-
TOTAL	05	100,0

Como todas as respostas são positivas, fica claro, pelo menos para as cinco oficinas que responderam, que houve troca suficiente acerca do trabalho que realizam para que houvesse esse conhecimento.

Este aspecto é um indício de que pode ter sido atingido um dos objetivos da Oficina, que se referia à troca a partir de situações cotidianas do trabalho, especialmente aquelas que envolviam sua dimensão educativa.

Quadro nº. 11 - Quanto ao alcance das expectativas	Frequência	
questão 14: O trabalho correspondeu às expectativas?	N	%
Sim, alcançou	02	40
Sim, excedeu	03	60
TOTAL	05	100,0

Além do fato de todas as respostas serem positivas, dentre as que responderam, o maior número está entre as que identificaram que o trabalho superou as expectativas iniciais. Como explicação para esta avaliação, indicaram a

satisfação/realização/aproveitamento com o trabalho, a alegria/leveza/espontaneidade vivenciada, a novidade, o reconhecimento da importância do profissional para os clientes, a disponibilidade da equipe de coordenação para estabelecer vínculo com participantes.

Parece que as oficinas entenderam que esta pergunta sintetizava a proposta do levantamento, porque suas respostas, além de indicarem o que estava sendo perguntado de forma afirmativa, também traziam informações outras que buscavam reafirmar tudo que estava sendo colocado anteriormente, de forma caracterizar seu apoio à proposta do Laboratório.

4.3.2. Análise das respostas referentes à continuidade

Conforme mencionado, a iniciativa de conferir se havia necessidade de continuidade do trabalho é singular na trajetória da realização das oficinas do Laboratório. Alguns motivos para a novidade podem ser assim levantados:

- O fato de estar sendo realizada junto à uma clientela especificamente ligada a uma instituição da UNICAMP, que fazia com que tivesse, caso houvesse interesse institucional e da própria clientela, prioridade no atendimento à solicitação de continuidade.
- O trabalho anterior de uma das coordenadoras num dos setores do CAISM, o que trazia certa familiaridade com o tipo de trabalho, que poderia ser desenvolvido.
- A possibilidade já aberta por DI de contar com o trabalho dessa coordenadora, devido à sua disponibilidade de tempo.

As mesmas sete oficinas que responderam às perguntas do levantamento anterior, contribuíram com o que se segue.

Quadro nº. 12 - Quanto à indicação dessa Oficina a outros profissionais		Frequência	
		N	%
Indica oficina para outros profissionais			
Em função dos seguintes resultados	Entrosamento/vínculo entre participantes	05	38,4
	Reflexão/aprimoramento a respeito do próprio trabalho	03	23,1
	Novas informações e técnicas educativas	03	23,1
	Gratificação pessoal e profissional	01	7,7
	Repensar a abordagem com clientela	01	7,7
TOTAL		13	100,0

Como se vê, todas indicariam. Entre os motivos que explicavam tais indicações foram apontados, até três vezes, o "entrosamento/vínculo entre participantes", a "reflexão/aprimoramento do próprio trabalho" e as "novas informações e técnicas educativas", nessa ordem de prioridade.

Salientando que o grosso das indicações (quase 85%) tiveram bastante semelhança com as repostas relativas a objetivos e resultados obtidos, estaria sendo confirmada novamente a coerência dos dados obtidos e a visão positiva já ressaltada.

Quadro nº. 13 - Quanto ao interesse pela continuidade		Frequência	
Quer continuidade		N	%
Em função dos seguintes motivos	Foi início, quer aprofundar	04	36,3
	Quer continuar a repensar a abordagem da clientela	02	18,2
	Continuar aprendizado	02	18,2
	Entrosar mais o próprio grupo	01	7,7
	Contribuir para reflexão/aprimoramento próprio trabalho e própria pessoa	01	7,7
TOTAL		11	100,0

Todas definiram seu interesse em continuar com o trabalho. Os motivos elencados para esse interesse, que tiveram até duas indicações, foram os seguintes: "foi início, quer aprofundar", "quer continuar a repensar a abordagem da clientela", "quer continuar aprendizado", respectivamente.

O que chama atenção nos motivos levantados (que perfazem cerca de 73% das escolhas realizadas) é a necessidade de aprofundamento do aprendizado. A Oficina parece ter servido para abrir um caminho de aperfeiçoamento profissional a ser encaminhado.

Quadro nº. 14 - Quanto às formas de continuidade propostas		Frequência	
Escolha de formas de continuidade		N	%
Novas oficinas		07	31,8
Aprofundamento de técnicas		06	27,3
Grupo de Reflexão		05	22,7
Supervisão Institucional		03	13,6
Coordenadoras devem avaliar melhor forma		01	4,5
TOTAL		22	100,0

As questões que tiveram até três indicações foram "novas oficinas", "aprofundamento de técnicas", "grupo de reflexão", "supervisão institucional", nessa ordem.

Chama atenção o fato de muitas das oficinas escolherem quase todas as alternativas, o que leva a crer que não diferenciavam muito o que cada uma representasse do ponto de vista de suas finalidades e metodologias. Isto pode ser explicado pelo fato de não ter havido esclarecimentos prévios quanto à caracterização das formas de continuidade propostas. Neste sentido, é possível que alguma oficina não soubesse o que seria "grupo de reflexão" ou "supervisão institucional", sendo necessário considerar este dado na análise das respostas obtidas. Por outro lado, considerando "a demanda" das participantes na reunião avaliativa que ocorreu posteriormente (Anexo 1 – item 11.1.11.), em que solicitaram um grupo de estudos mesclado a uma "supervisão", seria possível apontar certa familiaridade com a terminologia utilizada, atenuando eventuais efeitos relativos ao desconhecimento de termos contidos na enquete.

Outra questão que se destacou foi a das opções listadas. Não havia entre elas a do grupo de estudo. E foi esta que acabou por ser implementada, junto às oficinas, a partir do segundo semestre de 98.

4.3.3. Questões a serem consideradas na análise

Levando em conta esses apontamentos e os objetivos do estudo em andamento, a análise dos dados deverá considerar os resultados alcançados pela Oficina identificados nesse levantamento feito após três meses, tendo em vista as conseqüências citadas dois anos depois, explorando especialmente questões como o conhecimento prévio do tipo de abordagem do Laboratório como influenciador da maneira como se colocaram frente à atividade, as dificuldades de comunicação no início da Oficina, o caráter assumido pela atividade tendo em vista o aprimoramento profissional na temática abordada, as formas de continuidade do processo desencadeado e a interação entre oficinas e coordenação durante processo educativo realizado.

5. Análise das manifestações dos sujeitos envolvidos na realização da Oficina do CAISM

"Linha severa da longíqua costa--
Quando a nau se aproxima ergue-se a encosta
Em árvores onde o Longe nada tinha;
Mais perto, abre-se a terra em sons e cores;
E, no desembarcar, há aves, flores,
Onde era só, de longe a abstracta linha."
(PESSOA, 1998, p. 54)

O conteúdo deste capítulo pretende ser uma apresentação dos depoimentos obtidos dos sujeitos de pesquisa, procurando combinar algumas análises que se tornaram necessárias para explicitação de concepções presentes nos relatos, à luz dos referenciais teóricos da pesquisa, que posteriormente contribuirão no desenvolvimento de uma análise comparativa. A descrição dos resultados aliada à reconstrução das narrativas, tendo em vista o que se estava procurando compreender, se constituiu num desafio, que freqüentemente me remetia à imagem que se vislumbra ao longe do alto mar, em que tudo parece igual, e surpreendida pela aproximação, aparecem suas formas e cores, suas aves e flores. E o que tem a ver estas cores e flores com a abstrata linha do horizonte? Nesta situação me via puxando um fio num emaranhado de lã, e, ao levantá-lo, todo ele vinha junto, resistindo à iniciativa da separação. Mas ela é necessária ao momento de análise, para que sucessivamente vá se compondo um quadro ainda pouco dinâmico, na busca de torná-lo mais complexo. Por isto peço desculpas se, muitas vezes o texto ficar repetitivo, pois esta situação poderia ser explicada pelas dificuldades da autora em reconhecer as necessidades de integração já colocadas pelo objeto.

Desta maneira, buscou-se produzir um texto onde se intercalavam trechos dos discursos vivos dos sujeitos balizados por categorias empíricas (MINAYO, 1996). As referidas categorias foram tomadas porque identificavam conseqüências ou repercussões positivas e negativas da Oficina, produzidas mediante manifestações imediatas ao questionamento ou não, como também se apresentavam menos evidentes nas narrativas, como dúvidas ou controvérsias, ou ainda naquilo que havia ficado marcante na memória dos sujeitos. O conjunto articulado destas categorias procurou conformar uma análise o mais dinâmica possível do que ocorreu na atividade. Desta forma, buscou-se estabelecer um diálogo com as RS apresentadas, entendendo que qualquer análise por mais

descritiva que ambicione ser, é, de qualquer forma, uma reconstrução dos relatos obtidos.

Assim, a partir das reflexões de AGUILAR & ANDER-EGG (1994), buscou-se trabalhar com categorias que favoreceriam uma análise somativa combinada a uma análise formativa. O primeiro caso seria um estudo que comportaria categorias que indicassem os resultados daquela intervenção educativa, procurando apreender o cumprimento ou não dos objetivos, investigando "os efeitos comparando-os com as necessidades dos usuários ou beneficiários" da iniciativa. Na análise de tipo formativa considera-se o estudo do modo de desenvolvimento da intervenção, a fim de "melhorar o que está sendo posto em prática" (p. 43). Desta forma, as categorias empíricas somativas foram identificadas como "repercussões diretas" resultantes de respostas imediatas à pergunta em cena, ou como "repercussões indiretas" porque se relacionavam às manifestações que ocorreram durante os relatos e ainda como "insuficiências" direta ou indiretamente⁷¹ indicadas. As formativas foram tomadas a partir das "lembranças marcantes", assumindo a relevância das descrições a respeito daquilo que ficou mais presente, dado o tempo transcorrido entre atividade e pesquisa e a fugacidade da intervenção.

Outro tipo de categoria utilizado foi as "polêmicas ou controvérsias". Assumindo que não poderiam ser apresentadas como formativas ou somativas e que também representavam um grau diferenciado das anteriores quanto ao processo analítico realizado, preferiu-se apresentá-las num capítulo à parte. Apareciam na forma de dúvidas, possíveis críticas, idéias em formulação, discursos ambivalentes que pareciam trazer possibilidades de reflexão fecunda acerca da abordagem, se constituindo principalmente num mote para a discussão sobre os limites ou desafios evidenciados a partir das RS dos sujeitos acerca da atividade educativa.

A discriminação em categorias procurou dar conta, então, da diferenciação entre a manifestação verbal e o que foi identificado por uma análise mais detida, seja a partir da expressão não verbalizada, seja por alguma estratégia metodológica específica de coleta de dados, como foi o caso do grupo focal. Segundo esta percepção as representações mais facilmente expressas, têm uma validade diferente das outras, na medida em que foram construídas, basicamente, a partir das reflexões que a própria entrevistada desenvolveu em seu cotidiano de vida e trabalho, como também a partir das

⁷¹ Cabe aqui salientar que as entrevistadas, de forma geral, trataram como repercussões apenas as conseqüências positivas da Oficina e as conseqüências negativas como insuficiências.

atividades educativas de que participou (inclusive da Oficina), com menor influência da pesquisa, portanto. Ressalve-se, entretanto, que, se por um lado, o trabalho de pesquisa se desenvolveu, supondo a situação de intersubjetividade entre os envolvidos, onde existem influências da pesquisadora e de outros fatores nas representações presentes, por outro, a intencionalidade com que busquei abordar mais rigorosamente as RS das oficinas através do grupo focal, ampliou a representatividade daquilo que se conseguiu obter.

Desta maneira, se por um lado, as RS expressas num primeiro contato podem ser consideradas mais representativas de uma opinião genuína dos sujeitos de pesquisa, por outro, as iniciativas premeditadas de coletar dados buscavam ampliar esta mesma representatividade, só que noutro sentido, isto é, naquele de aprofundar a percepção sobre aspectos não ditos ou ditos de forma incompleta.

5.1. Conseqüências para as oficinandas

5.1.1. Análise somativa

5.1.1.1. Repercussões diretas

Para E1, a Oficina funcionou como uma confirmação/respaldo de um percurso que já vinha trilhando no sentido de trabalhar conteúdos emocionais dos grupos de clientes, como um processo e não como uma visão instrumental que busca atingir determinados conteúdos pedagógicos previstos, em detrimento do processo grupal. Ressaltou, neste sentido, que, pela sua formação em Psicologia, muitos conteúdos abordados não eram novos para ela. Referiu que "...lá (na Oficina) (...). Sempre tinha um cuidado de um aquecimento, e as pessoas poderem até se expor um pouco (...) foi mais completa, de trabalhar até coisas do grupo mesmo".

E2 ressaltou, durante quase toda sua entrevista, que a Oficina foi responsável por uma mudança profunda na sua forma de atuação, deixando o trabalho rotineiro de dez anos como assistente social do Planejamento Familiar para desenvolver suas atividades na Seção de Educação em Saúde, de forma mais criativa e reflexiva, buscando novas formas de desenvolver a autonomia das usuárias:

"...eu estava um pouco desanimada, (...) querendo inclusive abandonar a profissão... (...) eu senti uma mudança na maneira de atuar, (...)...voltei a ler os textos novamente (...) a gente utilizou outras técnicas também. (...) o grupo passou a ser feito não mais a gente explicando o que era laqueadura, mas ela explicando o que ela tinha entendido que era."

Deu vários exemplos em que percebeu a influência da Oficina sobre sua atuação e das colegas que participaram, através do envolvimento de pessoas e grupos multiprofissionais na utilização de recursos comunicacionais e de identificação que mudavam o enfoque da relação com a clientela. Citou como exemplos a realização da Semana da Enfermagem, da Amamentação, do Dia dos Namorados sobre AIDS, com as pacientes da Oncologia da Casa de Repouso e com os pacientes de AIDS do HC, em que se buscou ampliar a autonomia e a valorização da vida, unindo uma concepção que já tinha com a concretização de atividades educativas cada vez mais criativas. Algumas destas iniciativas propocionaram, inclusive, uma ampliação do campo de intervenção da Seção de Educação em Saúde no hospital.

Considerou que, para que houvesse todas estas mudanças, havia uma predisposição anterior dela própria, como também do contexto do trabalho que

desenvolvia, como colegas de trabalho em processo de formação no campo da Educação em Saúde e um clima de mudanças na direção da instituição.

E3, ao ser perguntada se a Oficina contribuiu de alguma forma para ela, respondeu afirmativamente, mas não conseguiu identificar como: "Ah, trouxe, sim. (...) (pausa) Acho que,(...) no dia-a-dia da gente, (...) às vezes a gente nem sabe, (...) que aprendeu em tal lugar".

A entrevistada tinha dificuldades em especificar formas de contribuição a partir da atividade, dizendo que o " trabalho é educativo. Mas eu não lembro nada...(...) tudo que a gente vai aprendendo vai... Servindo, (...). Então não é uma coisa que você pode pensar que é exatamente lá que você descobriu aquilo".

Parecia indicar que, pelo fato da Oficina ter ocorrido uma única vez, há tanto tempo e suas atividades e experiências de aprendizado ocorreram de forma muito variada no dia-a-dia do trabalho, seria impensável atribuir-lhe desdobramentos muito claros. Apesar de mencionar, no decorrer da entrevista, algumas contribuições, relacionando-as a situações da Oficina, nestes momentos de questionamento direto prevalecia uma resposta evasiva. Neste sentido, acredito que este comportamento, poderia estar ligado ao fato da Oficina não ter se configurado como algo marcante para a entrevistada, que também teve muito poucas lembranças em relação a ela, ou também pela situação de entrevista, já problematizada anteriormente.

Para E4 a principal contribuição da atividade se relacionava ao seu papel de educadora. Trabalhando na Educação Continuada da Enfermagem no momento de realização da atividade, contou que a partir da Oficina pode aprimorar-se no papel de coordenação de grupos nos treinamentos que realizava, especialmente na atenção ao tempo necessário de cada pessoa para absorver informações, explicando que "não vou te desqualificar agora porque você não conseguiu entender. (...) tem que saber porque a coisa não (aconteceu)... E isso com as pacientes também (...) 'Eu orientei, mas eu não me fiz entender'... (Quando é) (...) no melhor momento daquela paciente, aí é outra conversa."

Ressaltou, entretanto, que a Oficina teve pouca utilidade para ela, porque foram restritas as possibilidades de aplicação, visto que era mais voltada para o trabalho direto com usuários. Além disso, tendo assumido funções administrativas na Divisão de Enfermagem, além das que já desenvolvia, não pode se exercitar naquele papel. Poderia se argumentar, por outro lado, que o fato da Oficina ser direcionada para as práticas profissionais junto aos pacientes, não restringiria as possibilidades de associação ao trabalho com a equipe multiprofissional. Tanto isto seria possível, que a própria entrevistada identificou, em outro momento da entrevista, repercussões a partir do

ênfoque de respeito ao usuário e do trabalho sobre a onipotência do profissional de saúde.

Além da pequena aplicabilidade da Oficina, a entrevistada buscou relativizar suas influências para ela, encarando-a como mais um momento dentro do desenvolvimento de seu papel de educador já concretizado na sua formação anterior, ressaltando que representaria pouca novidade no que se refere à reflexão conceitual. Relatou que fez "formação de grupos operativos do Pichon-Rivière (...) especialização em sexualidade humana na Educação...(...) tudo acho que cresce, mas agora não estou me lembrando de nada em especial, um conceito que foi desenvolvido... "

Também minimizou influências do ponto de vista de seu processo de desenvolvimento pessoal, relacionado, talvez, ao fato da atividade ter sido uma experiência esporádica. "Realmente eu não lembro. Mas eu sei que eu estou mudando essa forma de ver essas coisas. Pode ter sido também mas não se esgota n(a Oficina)."

Nesse sentido, é possível inferir que E4, em que pese suas ressalvas, teria obtido algumas contribuições a partir da Oficina, no que tange o papel mais restrito de educadora, como coordenadora de grupos e na dimensão educativa mais ampliada de seu papel como profissional de saúde, sem que isso representasse uma intervenção marcante em sua trajetória profissional.

Para E5 as contribuições da Oficina estiveram relacionadas a seu papel de educadora, enquanto propiciadora de troca nos grupos que realizava e nos atendimentos individuais que ainda realiza, aumentando o potencial reflexivo e participativo de suas intervenções:

" ...me ajudou, (...) (a) tar fazendo as pessoas pensarem, (...) participarem, e não eu chegar lá e (...) jogar a coisa... Eu quero eu, receber as coisas também, entendeu? (...) Uma troca... Porque você só consegue passar as coisas pras pessoas, a partir do momento que você tem um retorno também (...) você não sabe (...) o que(...) está sendo assimilado".

Cabe aqui uma reflexão a respeito da perspectiva expressa por essa entrevistada em relação ao papel do educador. Segundo esta visão, o educador se preocuparia com o que está sendo apropriado pelo educando, porque perceberia a necessidade de avaliação/reflexão sobre a própria prática educativa. Este ponto de vista encontra respaldo nas concepções contra-hegemônicas anteriormente indicadas no campo da Educação e da Educação em Saúde. Entretanto, o processo educativo pautado por estas preocupações de "troca" entre educador-educando, deixa transparecer também uma focalização no educador, que precisa de "um retorno" para saber se o conteúdo a ser "passado" foi "assimilado".

Em outro trecho fica mais evidente uma visão, onde a participação dos educandos é ressaltada, através de sua expressão livre para reconhecimento das próprias idéias e sentimentos, mediante o estímulo do educador:

"...de tar deixando a pessoa livre pra se expressar (...) Fazer a pessoa participar mais. (...) não ficar só como ouvinte (...) Inclusive de técnicas, de idéias que foram usadas (na Oficina) (...) (para) (...) soltar aquilo que (o participante) sente mesmo. (...) Não só (contribuiu para ela como) coordenador (de grupo), mas (no) estimular (...) a paciente (...), até ela aclarar mais sua idéia no grupo. Fazer uma coisa mais participativa mesmo".

Aqui a participação dos educandos no grupo se pautaria pela necessidade de aclarar suas idéias, desenvolvendo suas próprias reflexões, opiniões, decisões. A existência das duas formas de abordagem ("expressão livre, para aclarar idéias" ou "querer a troca a fim de saber o que foi assimilado") provavelmente está relacionada às dúvidas e complementaridades no posicionamento frente ao desempenho do educador, como também da postura que acredite ter sido adotada na Oficina.

E6 apresentou uma narrativa francamente positiva frente ao trabalho desenvolvido pelo Laboratório, analisando-o para além da Oficina. Procurou ressaltar a aplicabilidade da abordagem utilizada no aprimoramento da dimensão educativa do trabalho do nutricionista, em função das mudanças pessoais articuladas à compreensão de novos conceitos, do seu papel terapêutico, do entrosamento grupal, do fortalecimento do profissional na abordagem da clientela e da motivação para o trabalho na instituição:

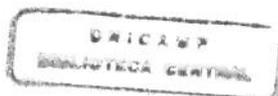
"...eu que sou uma fã de vocês... (...) É que a gente vai usando no dia-a-dia (...) sou outra pessoa depois que... (...) ...eu saí de lá (...) Porque era uma terapia aquilo lá. Você vai mexendo com as coisas suas, vai resgatando muita coisa (...) Do passado e juntando conceitos novos... E mesmo a amizade que vai formando lá (...) Com certeza há uma mudança interna, sim. E é lógico que reflete no trabalho também."

"...é um trabalho muito... Próximo (...) de Educação Nutricional, (...) que eu gosto muito e sei que o dia-a-dia é escutar (...) a pessoa (...) ajudando (...) dentro do limite dela também, não adianta querer impor para ela fazer isso e aquilo, daí cobrar dela na outra vez... (...) ...cê acaba vendo o outro de forma diferente".

"Porque acho que tem que fortalecer internamente, (...) Pra você ter condições de ocupar novos espaços... (...) A gente sai com muita vontade de fazer as coisas de lá".

Em outro momento, a entrevistada relativizou as contribuições da Oficina, considerando que os processos educativos na realidade são mais complexos, mas que sua contribuição foi trazer novas energias e reforçar conceitos para continuar a fazer seu trabalho educativo:

"Apesar de que na realidade não é tão fácil da gente conseguir conscientizar como a gente gostaria (...) Mas que dá um entusiasmo (...) muito grande, dá... (...) eu fiz bastante coisa... (...) (que) não dá pra atribuir só a (Oficina) (...) Aquilo lá me dá uma energia... (...) ...pra continuar, (...) fazer outras coisas (...) reforça também conceitos... (...) vocês podem continuar esse trabalho... (risadinha) (...) aprendi (...) a lidar comigo mesma (...) Estudando um pouco mais sobre Educação, a gente aprende e aplica (...) A vida é bem diferente (...) Mas fica sim, a gente vai lembrando bastante coisa da Oficina do CAISM."



Em que pese as ressalvas feitas em relação à contribuição da Oficina, afirmando que ela mais potencializa ou confirma uma trajetória que vinha se desenvolvendo, procurou também ressaltar a necessidade do trabalho, apontando para sua continuidade.

E7 iniciou sua entrevista já destacando uma importante repercussão pessoal da Oficina, demonstrando alguma dúvida sobre se é possível atribuir responsabilidade pela mudança a esta atividade, apostando também na necessidade de continuidade:

"Eu não sei te explicar o quê que aquilo mudou na minha vida, tanto (...) saí de lá com uma tranquilidade tão grande (...) tô mais centrada (...) acho que (a Oficina) me ensinou a pensar mais (...) Antes eu agia, hoje eu sinto mais... (...) Eu não sei se foi só a Oficina, mas eu acho que depois daquele episódio, eu comecei a me questionar mais... (...) Eu queria até ter outra"

Esta mudança pessoal estaria associada à vivência de dois momentos durante a atividade em que foi retomada sua infância, que se referem ao aquecimento mental e a atividade principal de construir um objeto que simbolizava o processo educativo de cada um (item 4.2.2.):

"...mexeu (...) muito comigo (...) De rever a minha infância (...) Teve dois momentos: (...) um (...) em que a gente construiu um brinquedo (...) Com material que vocês deram... (...) E num outro (...) em que a gente fez um relaxamento mesmo... (...) Então esses dois momentos(...) pegou (sic) bastante."

Devido às dificuldades em lembrar-se de situações na Oficina que a teriam levado a tantas mudanças significativas, como também considerando seus relatos de que já vinha num percurso de retomar a dimensão educativa do seu papel profissional e de que estas dificuldades poderiam estar relacionadas à complexidade em apropriar-se da experiência vivida na atividade, tive a impressão de que a Oficina teria servido mais como uma confirmação/aperfeiçoamento, do que um episódio disparador de tantas mudanças, como fazia questão de ressaltar:

"(...) é uma coisa que a gente desenvolveu com o tempo. Que antes a gente passava no leito e informava. Daí a gente começou a levar pro grupo porque aí tinha um monte de questões que podia ser discutida junto... Entrevistadora: Mas isso não teve a ver com a Oficina? Entrevistada: Não, isso foi um pouco antes da Oficina."

Citando exemplos do seu cotidiano associou as mudanças que teriam ocorrido, reforçando uma atuação mais eficiente pautada na busca de adesão ao tratamento, através da transmissão de informações que contextualizassem e orientassem as usuárias quanto aos motivos das prescrições:

"...prefiro demorar um pouco mais, mas deixar (a usuária) ciente do risco que (...) corre (...) Porque a gente observou muito mais resultado. Antes (...) tinha muito mais pacientes que (não seguiam as orientações) (...) Mas por exemplo, eu e (a outra colega de trabalho) já tamo convencida (sorrindo) (...) Que esse é o melhor caminho."

Para E8 a atividade ampliou suas possibilidades de troca multiprofissional, que teriam criado maior valorização do próprio trabalho e aprimoraram sua abordagem da clientela, a partir da transmissão de orientações e do melhor entendimento sobre o papel do apoio psico-social no contato com as usuárias “problemáticas” do hospital:

"Contribuiu muito (...) na troca de experiência (...) Porque os pacientes estão sentindo e (...) absorvendo o que você está passando (...): as informações, a ajuda... (...) o paciente (...) necessita de um apoio psicológico, (...) social, (...) da enfermeira (...) um depende do outro para (...) dar o amparo total para o paciente. (...) a gente tem muitos... (...) (Pacientes) Problemáticos... Por causa da parte social ou psicológica. Vem muito, aquele momento de pessoal (...) É a cultura deles, (que) é (...) inferior (...) não(...) por falta de não querer aprender (...) é preciso (...) explicar muito as coisas para eles (...) têm uns que ficam muito interessados em aprender o que a gente fala (...) É a especialidade que te dá todo o amparo. (...) conversando com as outras pessoas, na hora de(...) dar uma orientação (...) tem mais experiência (...) já sabe como que você vai orientar".

É necessário realçar, neste depoimento, a suposição de que a maioria das pessoas atendidas no CAISM são “problemáticas” do ponto de vista psicossocial, necessitando de um tipo de abordagem diferenciada, que, ao mesmo tempo, reconheceria diferenças culturais entre pacientes e profissionais, que precisariam ser levadas em conta para seu adequado atendimento e também se referiria à cultura da clientela como "inferior", apontando a necessidade de "explicar muito" as informações prestadas, como método principal de abordagem, desqualificando-a. Neste caso, a perspectiva educativa adotada, nítida exemplificação do discurso dominante anteriormente apresentado, desconhece a complexidade das elaborações presentes na cultura popular, confundindo cultura com acesso à escola. O reconhecimento da diferença não levaria em conta a lógica da dominação cultural presente na relação estabelecida com a clientela atendida (GIROUX, 1997), propondo uma solução que subestima a capacidade de seus interlocutores e simplifica o que precisa ser feito, como se fosse suficiente para alcançar seus objetivos, ministrar as informações de forma mais detalhada, ou numa “linguagem que eles entendam”, como se costuma dizer.

Para E9 a principal contribuição da Oficina esteve relacionada ao papel de educador, a partir do aprimoramento da abordagem das pacientes. Referiu que passou a levar mais em conta o ponto de vista delas e os seus próprios limites enquanto ser humano em abordá-las, a fim de envolvê-las no seu tratamento, priorizando a qualidade no atendimento e não a produtividade cobrada pela instituição:

"...atualmente eu dou mais chance pras pessoas colocarem (...) suas ansiedades e seus medos e escuto mais. Acho que é uma coisa que o profissional de saúde não faz (...) ...na Enfermaria (...) realmente você não tem tempo de parar para conversar com a paciente. (...)...no ambulatório a gente tem um pouquinho mais de chance. (...) ...mas a ajuda tem que partir dela também. A saúde é da paciente e ela tem que tar afim (...) ...elas têm que entender que eu sou um ser humano, com as mesmas ansiedades e expectativas que as delas. (...) às vezes colocar as falhas minhas no

serviço (...) deu pra parar um pouco o negócio de produção (...) tem que dar conta do serviço... (...) hoje em dia (...) se (...) eu (...) precisar ficar (...) com uma paciente, a manhã inteira, eu fico. Vou dispensar as outras, marco um outro dia..."

Este depoimento ressaltou a pressão por produtividade colocada pela instituição e a resposta da entrevistada, contornando o problema também porque trabalha num setor que presta serviços ambulatoriais.

E10 enfatizou que a Oficina não trouxe contribuições à sua prática profissional, seja porque trabalha isolada das outras colegas, seja porque os conteúdos abordados não trouxeram novidade para as atividades que realiza. Como repercussão positiva indicou o entrosamento vivenciado no grupo:

" Isso (a confraternização ao final) foi bom... (...) apesar de que cada um vai para o seu lado (com o término da Oficina), e a gente fica perdida de novo. Entrevistadora: Pois, é. Parece que voltou tudo ao que era antes. Entrevistada: (...) Exatamente. Entrevistadora: (...) A Oficina (...) contribuiu em alguma coisa? (...) Entrevistada: (...) foi pouco, porque eu continuo muito isolada (...). Elas (as outras oficinandas) devem se encontrar bastante (...) É difícil, a gente se ver. (...) O que ficou (da Oficina) foi (...) essa união que houve entre nós. (...) porque tudo aquilo que foi falado lá, eu já tenho na minha vida profissional...(...). Não trouxe novidade nenhuma. (...) eu sempre tive uma conduta daquela forma. (...) Entrevistadora: Sim, apenas, reforçou talvez. Entrevistada: Sim, sim."

Cabe esclarecer que o setor de trabalho de E10 fica um pouco distante do prédio principal do CAISM, onde trabalham as demais oficinandas. Pelo depoimento, além da questão do isolamento que dificultaria continuar a interação vivida durante a Oficina, ficou a impressão de que desejava algum tipo de contribuição que trouxesse novas informações ou conhecimentos a respeito da abordagem de pacientes. Provavelmente para ela, as experiências vivenciais, o trabalho sobre si realizado durante a Oficina, não teriam trazido novos conhecimentos, mas apenas o prazer de vivenciá-los. Neste sentido, a entrevistada parece ter evidenciado uma concepção em que há uma separação marcante entre a abordagem vivencial e a reflexão conceitual, isto é, a primeira ajudaria na integração grupal, no entrosamento, mas não repercutiria na vida profissional, porque não seria possível se apropriar de novos conteúdos conceituais a partir de experiências vivenciais.

E11 afirmou que a principal contribuição que a Oficina trouxe está relacionada ao trabalho de equipe, no amadurecimento em lidar com colegas de trabalho que considerava arrogantes. A conduta mais amadurecida com os colegas foi associada aos expedientes utilizados na abordagem das clientes, que, mediante o conhecimento da história e do contexto, se torna mais possível uma forma de contato:

"Ele (o colega de trabalho) não te vê... (...) Mas no momento em que ele precisa de discutir um assunto do paciente, (...) vem até você. Mas no momento (...) que (...) não precisa, (...) não precisa te olhar.... (...) Então é assim: você tem que (...) impor, sua visão (...) você tem que

buscar (formas) para trabalhar com esse sujeito (...)... Se não vai te fazer mal (...)... (Com a Oficina) eu amadureci... Eu ficava num baixo astral, numa dificuldade (...) com esse sujeito... (...) Hoje eu entendo. (...) Já vi a história do indivíduo..... A minha cliente eu vejo muito a história dela... Às vezes o pessoal vem: 'a minha cliente é poliqueixosa'. (...) Eu digo 'não!' (...) o jeito de ser se resolve. (...) Mas esse sujeito (...) que achava que estava pronto (...) que ainda tem o lance do poder (...) que diz: 'eu sei, eu sei'. E não sabe nada... Então, a Oficina trouxe isso."

Ressaltou que o momento na Oficina ao qual sua reflexão se referia foi a vivência dos relatos sobre situações do cotidiano de trabalho voltada para a questão da relação do papel profissional e o vínculo com a clientela (item 4.2.2.).

5.1.1.2. Repercussões indiretas

El relatou que se sentiu confirmada em suas percepções/atuações relativas ao papel profissional junto à clientela, associando este fato ao processamento teórico sobre o papel de educador, a partir do relacionamento entre dramatização de situação do cotidiano profissional e texto de Rubem ALVES (1981) (item 4.2.2.). A visão esboçada pela oficinanda, realçou a necessidade de auto-reflexão sobre valores inerentes às práticas dos profissionais na abordagem da clientela, priorizando a integralidade e a percepção individualizada, questionando a pequena responsabilização dos profissionais. Ao mesmo tempo, se referiu a um momento por que passa a instituição, em que se sobressaem várias dificuldades de realizar uma proposta menos massificadora. Fez alusão à pressão pela produtividade nos atendimentos e às dificuldades de realizar atividades educativas em grupo com pacientes.

"E o quanto a gente tem que estar atento às nossas coisas... (...) meus preconceitos, (...) meus conceitos morais, religiosos... O quanto isso, às vezes, a gente passa... (...) sair um pouco daquele mecânico (...) dividido em especialidade, (...) as pessoas não vêem a hora de terminar tudo e ir embora logo... E não tão preocupadas mesmo com o que tá por trás disso tudo, com a qualidade, com aquela pessoa (...). Cada dia maçante, meio desgastante, (o peso da) instituição mesmo.(...) Como se você tivesse que fazer diferente (...) da maioria que trabalha (...) Porque a gente faz um pouquinho de trabalho que é de grupo, (...) e (...) agora tem toda uma reestruturação (da instituição) 'Ah, que desgosto'...(...) Tem que ficar brigando pra trabalhar..."

Destacou também sua participação na viabilização da continuidade do trabalho desencadeado, propondo o formato de oficina como mais adequado para a instituição e ressaltou, quanto ao seu aperfeiçoamento no campo da Educação em Saúde, sua busca anterior e posterior à Oficina, indicando seu interesse em participar das atividades rotineiras do Laboratório e a perspectiva de realizar um curso de dinâmica de grupo brevemente. "Eu acho que (a continuidade devia ser) na forma de Oficina, mesmo...(...) Porque cê se agenda aquele tempo... É necessário ter início, meio e fim... Pro esquema de instituição, talvez funcione melhor..."

E2 acrescentou que houve um impulso importante no seu aperfeiçoamento enquanto educadora, especificamente pela participação nas atividades de avaliação da Oficina, a partir da qual indicou como ela teria repercutido para as demais participantes, pelas iniciativas de formação do LACES relativas ao tema, bem como pela sua atuação profissional mais recente, em que estaria tentando desenvolver grupos educativos. Indicou também que, a partir da Oficina, o setor demandante constituiu relações mais estreitas com outros setores do hospital e que as iniciativas de continuidade do processo desencadeado, envolveram outros profissionais que se interessaram por se capacitar/aperfeiçoar no campo da Educação em Saúde. Relatou ainda que mudou sua forma de ver o trabalho de uma das coordenadoras que já conhecia, avaliando-o melhor.

"...saímos de lá super-entusiasmadas, querendo fazer um grupo de Educação em Saúde, fazer especialização em Educação em Saúde."

"Não foram com todas não, mas com algumas ficou mais forte. (...) Para outras (...) A gente percebeu que foi um momento bom e que terminou ali. (...) Mas a maior parte, acho que contribuiu sim."

"Porque (...) logo depois (...), a gente teve aquela reunião com a Wilza Villela⁷², (...) (que) mexeu muito comigo (...): 'Será o quê que ele (o usuário) pensa (daquilo) que você fala para ele? (...) E como atingir adolescentes, atingir pessoal da UNICAMP...'"

"Tanto que outras pessoas quiseram estar entrando (...). Despertou um interesse, (...) para o grupo de Educação em Saúde que estava se formando. O grupo de estudos."

"No mais eu achei muito bom a forma de condução (das coordenadoras). (...) passei a ver (C1) com outros olhos (...). Então eu não tinha o lado mais solto dela (...) (C2) eu não conhecia, foi uma surpresa, gostei muito."

A experiência de ter se envolvido no processo de avaliação da Oficina fez com que indicasse que a maioria teria se envolvido com a proposta e reconhecido desdobramentos positivos.

Comparando a iniciativa analisada com outras de que participou, destacou o entrosamento grupal como outra consequência importante, tanto pela identidade criada e o fortalecimento das oficinas frente às dificuldades, conflitos e mudanças institucionais, quanto pelo aprofundamento do vínculo interpessoal, que extrapolava o momento da Oficina:

"Então, a gente ficou um grupo muito coeso, muito forte. Acabamos nos reconhecendo como funcionários do CAISM, como tendo os mesmos ideais, sofrendo as mesmas pressões, houve uma identificação. (...) O tratamento com a equipe. (...) Eu sempre fiz muito curso, oficina, (...) no CAISM. (...) quando terminou a oficina, (...) nem nome a gente lembrava muito. E nesse grupo não, a gente começou a perceber uma mudança a partir da segunda (aula), (...) encontrar as pessoas no corredor, (...) a enfermeira (...) Que trabalhava em tal lugar, (...) pensava daquele jeito, que via a paciente daquele jeito. (...) se passou a ter uma identificação mesmo, com o profissional e com o colega. Então ela não ficou uma anônima dentro do CAISM."

⁷² Médica sanitária, doutora em Medicina Preventiva pela USP, convidada para uma atividade do LACES, abordando o tema "Avaliação em Educação em Saúde".

Em que pese a dificuldade de E3 em identificar contribuições quando questionada diretamente, referiu algumas repercussões durante a entrevista, advindas da troca pela discussão de um caso atendido por ela (item 4.2.2.), criando oportunidade de analisá-lo sob outros pontos de vista:

"Achei na época interessante para ver como as outras pessoas (...) iam estar... Se colocando diante (...). Da minha postura, porque eu tentei passar como eu agi diante daquela situação. (...) Acho que estava, assim, muito aberta para ouvir (...) para eu poder crescer um pouquinho e não ficar só com o meu ponto de vista".

Em relação aos temas trabalhados durante a Oficina indicou seu aproveitamento no papel de coordenadora de grupos educativos, pelas reflexões acerca dos "vícios" ocorridos no dia-a-dia, permitindo um aprimoramento das práticas educativas. Ressaltou que "a gente está trabalhando no dia-a-dia e (...) tem certos vícios (...) nem percebe que tem (...) As oficinas (...) Faz(em) com que você pense um pouquinho mais (...) No que está fazendo. (...) estar se corrigindo mesmo (para) (...) Poder fazer de uma forma melhor."

Relativamente à continuidade do trabalho desenvolvido, chega a mencionar que gostaria de outras oportunidades de fazer mais cursos, mas não indica necessidade específica relacionada à Oficina.

O que se percebeu é que, mesmo relatando poucas lembranças e contribuições do trabalho desenvolvido, referiu-se à Oficina enquanto espaço de aperfeiçoamento do papel profissional relacionado à abordagem da clientela atendida e ao papel de coordenador de grupos educativos, sem indicá-la, entretanto, como uma experiência que precisasse ser retomada.

E4 identificou duas repercussões da Oficina no decorrer de sua entrevista. Uma referente à dimensão educativa de seu papel profissional na abordagem à clientela, priorizando a interação onde seja revista a onipotência do profissional, reafirmado o respeito ao usuário. A outra relativa à reflexão a respeito do conceito de saúde, realizada durante a vivência desenvolvida através da Metodologia Psicodramática (item 4.2.2.):

"...a gente tem as nossas limitações, (...) não somos melhores ou piores. (...) De repente eu sou ótima tecnicamente, mas não consegui estabelecer um contato efetivo com você. Não adianta nada o poder do meu conhecimento. (...) isso foi uma coisa importante: a gente se respeitar e respeitar o cliente."

"...(C2) tava representando a doença e todas nós (...) estávamos fazendo a defesa do organismo (...) não sei como (...) (ela) consegue entrar. (...) Embora estávamos (sic) todas unidas, não existiu uma coesão tão grande (...) para ir contrário àquela doença. (...) não necessariamente era força física. Que seria necessário... (...) Como poderia ser mais tranquilo se a gente pudesse conviver (...) com a doença, de uma forma mais harmônica."

Ao contrário da maioria das entrevistadas que não questionaram a forma como "boicotaram" a doença, E4 pareceu ter refletido de forma mais crítica a respeito do binômio saúde-doença (ou já vinha se aproximando disto anteriormente à Oficina),

como processo mais dinâmico, em que a doença não precisaria ser aniquilada para que haja saúde, conforme as expectativas colocadas pela equipe de coordenação (item 4.2.2.).

E5 reforçou a contribuição já demarcada em relação ao seu papel de educadora, enquanto propiciadora de trocas na relação com a clientela, associando-o à atuação de um terapeuta, indicando também que a Oficina ofereceria um respaldo teórico-metodológico no contato com as usuárias, diferenciando-se inclusive do trabalho de alguns médicos, que se preocupariam menos em “acolher” e em se “vincular” com os pacientes, do que profissionais como ela, uma nutricionista:

"...a gente acaba assumindo papel do terapeuta, (...) Porque numa primeira consulta (...) têm mais de uma hora com a gente conversando (...) ...acaba se vinculando muito. (...) Às vezes coisas que o médico não percebe, a gente percebe e encaminha para uma terapeuta, para a Psicologia.... (...) Coisas que o médico não vê (...) que não importa para ele acolher."

Outro aspecto indicado como repercussão para ela e para outras oficinandas foi o entrosamento grupal, que teria ampliado a aproximação das participantes no pós-oficina, reforçada pelas necessidades colocadas pelas adversidades do cotidiano institucional; "pois as pessoas (...) que a gente tem pouco contato.(...) A gente se identificou, se uniu mais (...) hoje já tem uma aproximação um pouco maior. Eu acho que a necessidade (do trabalho na instituição) leva a isso, né?"

Também E6 reforçou o mesmo aspecto, que facilitaria a comunicação entre as áreas e o contato posterior, acrescentando contribuições quanto à confirmação/respaldo do referencial teórico-metodológico para sua atuação junto à clientela, ao seu aperfeiçoamento no campo da Educação em Saúde/Educação Nutricional e ao papel de coordenadora de grupos educativos. Reportando-se a um “psicodrama”, como oportunidade de troca de papéis e de revisão de posturas autoritárias, e ao referencial freireano, indicou o respaldo da Oficina à sua atuação, que deveria ser pautada pela escuta do paciente, apesar de um contexto caracterizado pela pressão por produtividade já indicado:

"A gente manda comer isso e aquilo e não tem nada pra comer em casa... (...) essa contradição da gente querer impor as coisas pro paciente, sem saber muito o lado dele... (...) aquela coisa do Paulo Freire (...) Até escuto demais, porque minhas consultas demoram uma hora e meia. Fico levando pau porque demora demais."

"Eu adoro psicodrama porque realmente a gente se põe no lugar e daí você vive a história, diferente de (...) falar... (...) Então dá pra gente se tocar (...)."

Quanto ao aperfeiçoamento do papel de educadora em nutrição, revelou sua antiga busca em rever sua atuação junto à clientela, reafirmando a influência do Laboratório neste percurso e o trabalho na coordenação de grupos procurando estreitar

as relações com os clientes para atingir seus objetivos, explicitando a aplicação do que foi desenvolvido na Oficina:

"...essa coisa de grupo eu comecei (...) faz uns dez anos (...) Não possibilitava muito as pessoas (se expressarem)... Até sabia que as pessoas tinham que falar (...) Mas (...) não sabia como (...) fazer o negócio ficar dinâmico, chegar mais perto(...) Não adianta a gente dar o tema e (...) querer impor. (...) ...procuro ver mais (...) a vivência deles, dentro (...) do dia-a-dia deles (...) Então, (...) realmente (...) fixa o conceito pra eles e até (...) passam pra outras pessoas, e vão olhando a realidade deles (...) Passou um tempo até que a gente vai entendendo (...) As dinâmicas também (...) a gente acaba (usando)".

Esta perspectiva apontada pela entrevistada, combinava a necessidade de focar o ponto de vista do educando, de trabalhá-lo a partir do estreitamento das relações e da compreensão do seu ponto de vista, do seu interesse pelo assunto, das suas perspectivas de resolução dos problemas, com a busca de atingir um objetivo educativo em saúde, que seria a promoção de saúde. Procura desenvolver a autonomia do usuário, que agiria de acordo com sua própria realidade, inclusive, multiplicando informações junto às pessoas de seu contato. Desta forma, E6 também revelou uma perspectiva em consonância com as reflexões mais recentes nos campos da Educação em Saúde e Educação, demonstrada anteriormente.

Relatou ainda sua participação na iniciativa de continuidade da Oficina, buscando aprofundamento reflexivo no grupo de estudos, destacando sua interrupção em função da viagem da coordenadora do grupo.

Segundo E7, a postura mais tolerante que teria sido adotada no pós-oficina, repercutiu em situações no trabalho com suas subordinadas, com as clientes, como também na sua vida pessoal, com sua família:

Tanto em relação ao seu trabalho como supervisora de setor, quanto na interação com as usuárias, relatou maior facilidade de contato depois da Oficina, fundamentada no provimento de informações esclarecedoras da situação e na maior abertura do profissional às solicitações da clientela:

"às vezes eu tenho que cobrar algumas coisas das meninas (...) quando a coisa não tá muito certa (...) antes eu era muito mais rígida (...) Hoje eu consigo conversar (...) Com mais tranquilidade (...) e acabo obtendo resultado muito melhor (...) Eu acabo cobrando de outra maneira (...) e não fica aquele mal estar. (...) Eu mostro (...) porque (...) aquilo não pode ser feito daquele jeito." (grifo da autora)

"...A gente faz um grupo (...) à noite... (...) Aceita melhor as cobranças... (...) Muito poucos (clientes) conhecem o seu direito de cobrar. (...) Tem umas que chegam com idéia errada do que é cobrar... (...) (sorriso) Então é meio complicado... (...) Muitas vezes elas têm até medo de perguntar... (...) Tem vergonha e acaba não colocando. (...) 'pode me procurar em qualquer momento' (...) 'se eu não souber, eu vou atrás (...) me informar'".

A perspectiva do trabalho educativo de que fala esta entrevistada, enfocaria prioritariamente a forma de prestar as informações, direcionada para uma reformulação

pessoal do educador que passa a estar mais aberto a críticas e a ouvir as dúvidas. A finalidade desta aproximação com o educando, seja um colega de trabalho subordinado, seja uma usuária, seria ampliar seu estoque de informações, contextualizando-o através dos motivos que justifiquem uma adesão ao tratamento ou a uma conduta de trabalho. Nos dois exemplos, a iniciativa está presente no educador, o responsável em facilitar o acesso a informações, o que promoveria mudanças no comportamento de seu interlocutor. Esta perspectiva educativa se aproxima da postura “Pedagógica” (STOTZ, 1993), anteriormente apontada. Resta saber se esta disponibilidade do educador é suficiente para o contato produtivo com o educando, criando graus maiores de autonomia.

Outras contribuições indicadas por E7 se referem ao entrosamento grupal, que teria fortalecido vínculos para além da atividade, reconhecendo também repercussões positivas para a maioria das outras oficinas.

O entrosamento grupal e multiprofissional também foi indicado por E8, reforçando, como a maioria, a facilitação do contato posterior à Oficina. Referiu-se ao aperfeiçoamento de seu papel profissional, salientando a influência da atividade na maior responsabilização sobre os problemas dos usuários e a ampliação das perspectivas de atuação mais solidária e recompensadora em sua vida:

“...não fiz nenhum curso, mas comigo mesma, melhorou bastante. (...) Agora não, você pega um caso e vai até o fim. Às vezes o que limita é o nosso tempo (...), mas eu procuro (...) eu mesma ou alguém (...) que eu posso (contatar para resolver).”

“Isso me abriu a cabeça. (...) não posso resolver o mundo, mas (...) minha parte (...) já tô ajudando... (...) ...eu era (...) talvez, acomodada (...) (mas) tem muito o que fazer... (...) ...dá um carinho, (...) ...atenção para a pessoa... Ajuda (...) a levá-la para comer... (...) Então a gente tem que ajudar em todos os sentidos.... Me sinto bem fazendo isso.”

E8 falou do envolvimento na viabilização da continuidade da atividade, indicando não saber da realização do grupo de estudos, e fez sugestões sobre como deveriam ser estas atividades que realçaram as dificuldades de compatibilizar interesses dos profissionais e do hospital:

“...(E2) fez(...) reunião (...) todo mundo tinha vontade de participar novamente, (...) fazer reuniões (...) para poder discutir esses casos (...). E ficou, (...) que ia fazer mesmo, e depois ninguém mais falou nada.”

“(Para começar) (...) depende (...) (das coordenadoras) chegarem dar uma convocação (...)Mas vamos o número maior que puder. Vamo fazer reunião pra discutir (...) se vai ser a cada 15 dias, (...) o horário... (...) Fora de horário fica difícil. (...) (n)os horários do serviço é (sic) muito difícil (...) A não ser que você tenha um dia de folga (...) Mas quando uma tá de folga e a outra não tá”.

O depoimento acima reflete o grande interesse da entrevistada em viabilizar a continuidade dos trabalhos. Buscou, inclusive, a ampliação da iniciativa junto a outros profissionais, mas contava apenas com a participação dos interessados na superação das

dificuldades. A direção do hospital não apareceu como eventual aliada ou interessada em equacionar esta demanda. Este tipo de iniciativa parece não ser vista como uma proposta a ser desenvolvida pela instituição, pois provavelmente os profissionais são vistos como seus únicos beneficiários dela. Da mesma forma, o envolvimento da oficina em implementar tal continuidade pode estar relacionado às dificuldades já apontadas quanto à escassez de oportunidades de formação profissional neste formato e temática promovidas pela instituição.

Duas repercussões colocadas por E9 dizem respeito ao entrosamento grupal e à abordagem da clientela. Em relação ao primeiro aspecto, como em outros depoimentos, ressaltou a transposição para outros espaços de relação o contato vivenciado na atividade, elogiando a participação de profissionais "antigos" no hospital, o que pareceu ser uma oportunidade de resgatar, pelo menos um pouco, o tempo de trabalho em comum e o pouco contato. Relativamente à questão da clientela, refere que passou a percebê-la de forma menos massificada, considerando a intersubjetividade presente e expressando uma visão mais crítica frente à postura dos profissionais.

"...uma paciente (...) poderia ser eu (...) A gente tem que avaliar as expectativas do paciente (...) ...temos uma proposta de trabalho onde a gente acha, (...) que as pessoas tem que seguir ao pé da letra (...) ...na verdade, eu falo e ela não fala. (...) eu tenho que dar oportunidade dela se colocar também (...) Porque que ela veio aqui, porque que ela fez a doença (...) deu uma boa (...) refletida no atendimento que a gente faz. (...) Numa fase difícil dessa (a paciente) (...)...é uma pessoa comum (...) cheia de expectativas, de ansiedades, de medos..."

Como repercussões da vivência sobre saúde (item 4.2.2.) identificou a revisão do seu papel como profissional de saúde, das dificuldades em motivar-se para o trabalho e do desafio em trabalhar frente a frente com a dor, o sofrimento e a morte das clientes:

"...porque eu trabalho muitos anos aqui dentro (...) preciso parar um pouco, porque talvez (...) estou deixando de ajudar (...) até que ponto (...) um gesto meu, (...) uma palavra (...) pode impedir que ela fale, que ela se exponha. (...) nós (na vivência) ali, a equipe, ninguém se expôs (...) nós estamos muito fechados (...) Ninguém teve um baque de parar aquilo (...)"
 "...motivação aqui dentro(do CAISM) é difícil. Tanto financeiramente, como profissionalmente. (...) a motivação tem que ser minha e (...) vem também das pacientes (...) na hora que a gente tava com a doença querendo entrar (...) deu pra dar uma parada (...) E retomar (...) o motivo deu tar aqui (...) os pacientes. (...) isso tem que motivar as pessoas que trabalham na saúde."
 "...ninguém gosta de trabalhar na Onco (...) é barra pesada... (...) é difícil porque (...) na escola, na vida, não fala em morte, em doença (...) ...aqui (na Oficina) foi a chance que (...) tenho ainda de pensar... (...) ...a lição que eu tenho aqui na Oncologia é a qualidade de vida da pessoa (...) Qualidade de vida minha (...) também (...) Das pessoas que estão ao redor de mim. (...) ...já tentamos fazer alguns grupos de apoio para a gente com psicólogo, psiquiatra, mas não andou."

Em relação a este último aspecto, o depoimento corroborou as reflexões de PITTA (1999), falando do estranhamento bastante comum sobre se relacionar com estas situações, o espaço que viu na Oficina na abordagem desta temática e evidenciou também as dificuldades da profissional em ver reconhecida pela organização a

necessidade do aporte emocional frente a esta dimensão do trabalho em saúde como componente da qualificação para o trabalho.

Relativamente às contribuições para seu aperfeiçoamento no campo da Educação em Saúde destacou algumas leituras que fez a partir da Oficina, sobre temáticas como relacionamento e comunicação. Caberia aqui evidenciar, que depois de quase dois anos da iniciativa em estudo, não tivesse tido nenhuma outra atividade educativa que focalizasse a temática, no mesmo formato ou não, de que a oficinanda participasse. Além disto, também se destacaria o envolvimento pessoal em procurar subsídios que alimentassem sua formação, mesmo que de forma assistemática.

Para E9 seria uma contribuição importante se o processo começado pela Oficina tivesse continuidade. Explicou esta situação pelos impedimentos institucionais, expressando seu descrédito quanto à continuidade de eventos deste tipo especialmente se organizados pela Enfermagem, pois "...dentro do CAISM é difícil dar continuidade a esses grupos. (...)...na Enfermagem, as coisas começam e não terminam."

Em que pese o depoimento enfático de que a Oficina não teria trazido conseqüências à sua vida e ao trabalho, E10 valorizou os processos vivenciais como aqueles momentos em que são expressos conteúdos internos que explicariam "o porquê das coisas", se reportando à vivência de construção de objeto representativo do processo educativo de cada um (item 4.2.2.), como um espaço de contato consigo mesma que geralmente não ocorre. Salientou que "é interessante (...) botar para fora alguma coisa que (...) está sentindo. (...) Muitas vezes a gente não tem chance para isso. (...) Ninguém pergunta... (...) é importante a gente falar... (...) é experiência de uma, de outra (...) Do porquê das coisas(...)."

Ao ser questionada se teria interesse em dar continuidade ao processo desencadeado, E10 declinou da sugestão, dizendo ser difícil participar de outra atividade, devido ao reduzido número de profissionais em seu setor e se ausentar estando no cargo de chefia. Entretanto indicaria um trabalho de construção do conceito de saúde como o feito na Oficina (item 4.2.2.), considerando-o útil às pacientes que atende, principalmente para trabalhar a noção de autocuidado.

"Esse aspecto (...) da saúde que nós fizemos lá em círculo. (...)...elas ficariam (...) bem mais atentas em relação à sua saúde.(...) Não se incomodam de se cuidar, de se tratar... (...) quando elas vêm tratar não adianta mais. A doença já está ali, inteira, velha, já não tem mais jeito.(...) se não servisse para elas, (...) poderiam passar para suas famílias.... (...) Seria bem interessante (...) Tanto (...) na Obstetrícia (...) Principalmente na Oncologia".

Como ela mesma deixou transparecer, a indicação para que a vivência sobre construção do conceito de saúde seja realizada com pacientes de seu setor, pareceu um tanto incoerente, uma vez que a concepção de saúde reconhecida no trabalho vivencial

estaria voltada para situações anteriores à instalação da enfermidade. Esta visão que toma a doença como um fenômeno alternativo à saúde, não reconhece saúde e doença enquanto processos sociais que envolvem uma busca contínua pela qualidade de vida. Conforme indicado anteriormente, PITTA (1999) detectou esta perspectiva como ainda muito recorrente na atualidade. Esta autora relacionou-a às dificuldades, muito comuns entre os profissionais de saúde, de tratar da dimensão da dor e da morte e à produção de mecanismos de defesa emocionais, que compensariam o desconforto em abordá-la.

Para E11 a Oficina trouxe muitas conseqüências relatadas no transcorrer da entrevista. A primeira delas se refere à troca afetiva e multiprofissional no grupo que teria reforçado a necessidade de ampliar iniciativas de integração entre os grupos dentro do hospital, bem como trouxe oportunidade de melhorar a relação, inclusive, com colegas que tinha dificuldade de contato no dia-a-dia do trabalho:

"Mas trouxe assim a importância do grupo (...) da categoria com categoria (...) A diferença da troca, da união, como é importante fazer grupo (...) participar de grupo..."
 "Teve integração. (...) mesmo os donos do saber (se referindo aos colegas que tinha dificuldades de contato)... (...) teve pessoas que (...) tinha medo de (...) aproximar, (...) chegou (mais) um pouquinho".

Outras repercussões indicadas dizem respeito tanto à retomada da motivação para o trabalho, a partir da novidade que a Oficina teria trazido para a rotina e para as relações desgastantes na equipe, quanto à necessidade de escuta pautando a relação entre profissional-pessoa em cuidado:

"É (eu) estava mal profissionalmente. (...) Muita gente estava mal. (...) (Contribuiu no sentido) De existência, de coisa nova... (...) É, (desestimulado com a) rotina... (...) decepção com o ser... (...) com a vaidade das pessoas... (...) E lá a gente virou amigo...."
 "...porque parar ouvir é muito difícil. (...) Eu falo para minhas pacientes (gestantes) (...) O complicado é a amamentação. (...) É a fase da vida para a cliente mais difícil (...). No fundo ninguém (...) dá ouvido à criança."

Nesse trecho, apesar da dificuldade de entendimento de muitas palavras devido à problemas na transcrição da entrevista, ficou evidente a contribuição no aspecto levantado, a partir da comparação que estabeleceu entre os pares profissional-cliente e mãe-bebê durante a amamentação porque, segundo ela, seriam momentos análogos em que o vínculo deveria ser mais evidenciado, mais fortalecido.

Em relação ao seu aperfeiçoamento como educadora, outras contribuições consideradas pela entrevistada se referem ao trabalho solidário que começou a fazer a partir da Oficina e a utilização de técnicas de coordenação de grupos vivenciadas na atividade analisada, como a "avaliação subjetiva" e o "compartilhar" de sentimentos (item 4.2.2.), adaptadas ao seu trabalho:

"No grupo de diabetes, no finalzinho, (...) aplico isso lá... (...) Faço assim de momento... (...) de tocar, de pegar nas mãos (...) no grupo (de pré-natal), é (a gestante) que vai internar, é o último dia dela. (...) ...porque vai ganhar bebê. Então a gente vai fazer a 'despedida de barriga' dela (...). 'O que vocês querem dizer para ela?' (...) ...elas fizeram se preparando para o parto."

Ressaltou a contribuição da Oficina no lidar com a sua onipotência e criticou a forma institucional de fazer os processos educativos com os profissionais, afirmando que a Oficina trouxe uma nova visão, mas que ela está longe de ser implementada no CAISM:

"Eu não tinha limite (...) de horário, era exclusiva do CAISM. (...)Era uma pessoa muito disponível. (...) Não sabia falar não (...). Ah, quando falou em limite, o pessoal (durante a Oficina) olhou todo para mim e deu risada. Então, a partir daí eu criei (...) esse limite..."

"...a gente só se encontra (a Enfermagem) em momentos de reunião administrativa (...) Ou no momento de (discutir o lado) assistencial, que você tem que aprender sobre a taxa de insulina, (...) de diabetes... (...) A coisa técnica. Num momento assim de 'bate-bola'...(.) 'olha, vamos fazer um relaxamento...' Imagina!..."

Outros aspectos que podem ser indicados como repercussões se referem à participação de E11 na reunião de avaliação da Oficina e nas tentativas e sugestões de viabilizar a continuidade do processo, envolvendo novos profissionais.

"E depois da Oficina teve muita gente boa, nova, (...) que precisava fazer (...) outra Oficina... (...) com (gente do) próprio (grupo) mesmo, com uma nova turma... (...) Dentro do hospital requer,(...) uma Oficina..."

5.1.1.3. Insuficiências

E1 não identificou nenhuma insuficiência, salientando sua dificuldade de relembrar estes aspectos devido ao tempo transcorrido, pois "talvez se a gente tivesse conversado antes (...) a minha impressão geral (...) mesmo na época, foi que, foi muito bom. (...) não me lembro (...) nada que tenha ficado marcante, pelo fato de ter incomodado..."

Ao contrário, E2, após referir que não havia aspectos negativos, listou algumas questões como o calor da sala, o descompromisso inicial das participantes e a longa duração de cada encontro:

"na primeira, na segunda (aula), as pessoas estavam (...) meio sem compromisso, chegavam um pouco mais tarde, arrumava (sic) coisa para sair. (...) (Depois) Dava (sic) 6 horas e a gente estava querendo ficar. (risos) (...) Eu achei o tempo (...) Da uma às 6, é muito (...) pesado. (...)...era uma angústia muito grande, porque era muito tempo fora da assistência e isso dificultou um pouco para estar indo."

A justificativa para esta última insuficiência estaria relacionada à forma como se estrutura o trabalho na instituição (a pressão por estar atendendo) e a forma como são vistas as atividades formativas, mais como benefício pessoal para os participantes, do que como trabalho sendo realizado.

Não foi feita a pergunta sobre eventuais insuficiências da Oficina à E3. Como já foi mencionado (Cap. 5), acredito que isto ocorreu, em função da intersubjetividade vivenciada na entrevista. A timidez da entrevistada e a forte sensação de estar incomodando levou-me a considerar que não seria adequado direcionar novos questionamentos para que ela colocasse mais explicitamente eventuais insuficiências.

E4 indicou uma insuficiência metodológica, relacionada a uma polêmica advinda da perspectiva vivencial-reflexiva adotada. Indicou a inadequação do trabalho reflexivo sobre um conteúdo educativo num momento em que o grupo queria viver a confraternização e o encerramento dos trabalhos. O conteúdo em questão foi o processamento teórico sobre o papel de educador, seguido de uma síntese da Oficina realizada pela coordenação (item 4.2.2.):

"Não, de jeito nenhum (não colocaria uma conceituação para ser trabalhada nesse momento de encerramento)... (...) Acho que o conceito que foi tentado trabalhar nesse final do módulo não foi absorvido. (...) Não lembro qual era. (...) Mas todo mundo estava em ebulição com outras coisas. (...) A gente queria mais era conviver entre nós (...) A hora que esse conceito foi transmitido, para aquele grupo, não foi uma boa hora".

Ao ser questionada a respeito das insuficiências da Oficina, E5 procurou reafirmar a proposta da atividade enquanto "terapia". Pareceu ser uma resposta defensiva, reafirmando como fato positivo, algo que poderia ser visto por outrem como negativo:

"Entrevistadora: Tem alguma coisa daquilo tudo (...) que você achou (...) insuficiente?
Entrevistada: Acho que as formas como elas (as coordenadoras) trabalharam foi (sic) super legal, (...) porque (...) aquilo no fundo foi (...) uma terapia pra gente (...) se voltar mais pra dentro de nós mesmas. (...) Se você for analisar (...) a prioridade para uma Oficina (de) Educação em Saúde (...) na realidade, (...) não é (...) Educação em Saúde, é Educação pessoal mesmo (...) Então, (...) a forma como foi conduzida foi extremamente legal. Deixa muito solto, (...) aberto, pra você expor idéias, pra você trabalhar (...) o emocional."

Indicando uma mudança de "prioridade", que poderia ser traduzida por uma reformulação do objeto da Oficina, a entrevistada trouxe uma reflexão importante sobre esta temática. Ao reconhecer positivamente a mudança naquilo que comumente se espera ou se propõe para uma Oficina de Educação em Saúde, com a priorização de uma "Educação pessoal", de um trabalho reflexivo dos aspectos pessoais, a oficinanda procurou demonstrar sua opinião favorável, mesmo que esta mudança pudesse ser vista como negativa, ressaltando sua avaliação positiva diante da forma como foi conduzida pelas coordenadoras. O sentido mascarado no discurso pode estar evidenciando uma dificuldade em explicitar uma determinada opinião negativa (dela mesma ou de outrem), ou, ao menos, uma dúvida em relação à proposta desenvolvida na Oficina. Destacou-se aqui a importância conferida ao papel da coordenação, garantia de acerto na opção feita no encaminhamento dos trabalhos.

Segundo a recuperação da trajetória da Educação em Saúde realizada, houve um redimensionamento do enfoque deste campo de conhecimentos e práticas. Nesta reorientação, o papel do educador passa a ser o de mediador da relação entre os sujeitos e o conhecimento sobre saúde, fundada na intersubjetividade dos processos educativos aí constituídos. Os processos educativos em saúde passam a ser reconhecidos, então, enquanto inerentes ao cotidiano de qualquer profissional de saúde, recolocando novos desafios para a formação profissional, que busca qualificar esta dimensão educativa do trabalho em saúde. A Oficina foi desenvolvida levando em conta estas compreensões apontadas e o depoimento de E5 tornou evidente uma polêmica colocada a partir desta proposta, que gira em torno do objeto a ser privilegiado por uma Oficina de Educação em Saúde.

Ao ser questionada sobre as insuficiências da Oficina, E6 respondeu negativamente, reafirmando-a como um trabalho sério, amparado numa condução adequada, parecendo, como E5, ter a necessidade de contradizer alguma crítica que já tivessem feito nesse sentido, da seguinte forma: "Não (...) de várias que eu já fiz, (...) acho muito legal da maneira que é conduzido e acho muito sério o trabalho... (...) Não tem nada de brincadeira, não... É coisa bem séria, né?"

Ao recordar a atividade, esta entrevistada indicou a questão polêmica já mencionada por E4, reconhecendo perdas na fixação do conteúdo, devido ao interesse e precipitação do grupo em voltar-se para o momento de confraternização.

"...esse aí foi uma pena, porque (...) era realmente o fechamento de toda a história... (...) e (...) deu uma cortada, porque (C2) estava (...) costurando as coisas... (...) (e) ficou meio embaraçada (...) É que (...) (E4) entrou num momento (...) acho (...) precipitado (...), porque foi um pouco antes de fechar... (...) Virou festa e (C2) teve que fechar no meio rapidinho... Dispersou a atenção."

É interessante notar, como já indicado anteriormente nas repercussões relacionadas ao entrosamento grupal vivido durante a atividade, que a precipitação indicada é fruto do sentimento de identidade e afeto experimentado no grupo, que precisaria ser acalentado naquele momento. De toda forma, o conflito evidenciado nesta fala traz novamente a polêmica posta pela abordagem vivencial-reflexiva, a partir do qual seria mais complexa a atuação da coordenação. Sua atenção redobrada voltada para "sentir" o que o grupo estaria necessitando, buscava prover meios de acolhimento da demanda, ao mesmo tempo estaria limitada pelas propostas de "síntese conceitual" que são colocadas pelos propósitos originais do trabalho, combinado aos limites de tempo. Este seria um conflito básico que vive o educador que "escolhe" este caminho para realizar seu trabalho educativo. Supondo que cada situação singular encontra um

equacionamento específico, onde seria impensável qualquer prescrição, caberia pretender apenas uma formação do papel de coordenador de grupos que passasse por uma combinação entre reflexão racional, intuição e compromisso com a recriação das práticas, baseada na experiência em coordenar processos grupais e na problematização reflexiva de encaminhamentos possíveis, apoiando-se também no aporte teórico-conceitual do campo anteriormente analisado.

E7 colocou seu problema quanto ao horário de realização da Oficina, sugerindo que ela pudesse ocorrer em seu horário de trabalho, que é noturno, para melhorar seu aproveitamento:

"(Eu estava) Fora do meu horário de trabalho, tinha dado plantão... (...) se eu tivesse descansada seria muito mais proveitoso (...) Apesar de saber que é meio complicado... (risada) (...). O (...) ideal (...) não seria nem da meia noite às seis, (mas) (...) das duas às (...) cinco (...) Porque às seis começa a complicar (o ritmo do trabalho novamente)."

Conforme o referencial teórico adotado, voltado para as questões de formação profissional no campo da saúde em interface com o desenvolvimento do papel de educador, tem-se indicado o desenvolvimento de um processo contínuo e permanente, compreendido na reflexão, em diferentes graus de sistematicidade, a respeito do que e como se faz o trabalho em saúde, considerando as interações na equipe de profissionais, com os usuários e na instituição. O relato de E7 realçou as dificuldades da estrutura organizativa do trabalho hospitalar colocadas para efetivação de uma proposta de formação permanente e integrada ao cotidiano dos profissionais do CAISM. Como a iniciativa analisada foi um evento único, em que esta profissional procurou se desdobrar para participar das atividades, apesar de terem ocorrido durante três semanas seguidas, em dias alternados. Da mesma forma, sua sugestão procurou "encaixar" a atividade nos vazios de atividade rotineira. Caso houvesse uma proposta de formação que buscasse efetivamente estar integrada ao cotidiano dos trabalhadores, dando conta, inclusive, da estrutura do trabalho de turnos, demandaria todo um esforço institucional, que na atualidade ainda não ocorre.

Ao ser perguntada se viu alguma insuficiência ou teria alguma sugestão sobre a atividade, E8 indicou a necessidade de continuidade, ressaltando sua opinião favorável e sua pouca experiência em trabalhos como este, indicando que "...a sugestão é só de continuidade... (...) gostei muito de tudo, e não tive outra experiência para comparar. Mas como primeira experiência eu gostei muito."

Este depoimento reforça a falta de alternativas institucionais de formação profissional no campo da Educação em Saúde com o enfoque dado pela Oficina na experiência da entrevistada.

No trecho a seguir, E9, que estava sendo questionada quanto às contribuições da Oficina para seu trabalho, reorientou a conversa para apontar um aspecto negativo. Citou a longa duração da atividade, que ocasionava menor aproveitamento, não somente seu, mas de outras oficinandas e também produzia desconforto de estar rompendo com um compromisso firmado. Propôs o aumento de dias para a atividade com diminuição de tempo de duração dos encontros.

"...poderia haver (...) um tempo mais condensado e (...) aumentar um dia. (...) em vez de fazer quatro horas direto, acho que poderia fazer umas duas horas e meia... (...) Porque (...) além das pessoas estar (sic) querendo ir embora, (...) o andamento não continua a mesma coisa (...) Todo mundo tem horário, (...) filho em creche, a gente cansa também. (...) chega um horário que você não tá mais (...) afim... (...). Todo dia tinha gente querendo sair. (...) querendo ou não, você quebra aquela proposta."

A entrevistada também colocou suas dificuldades em relação a uma das coordenadoras, após um pedido da entrevistadora, ao final do entrevista, de que colocasse alguma observação que estivesse faltando em seu depoimento: "Gostei muito (de C1). (C2), às vezes, não sei se ela coordenava ou não (...). Mas ela me colocava um pouquinho mais de barreira do que a (primeira). (...) (C2) (...) me colocava uma pessoa mais (...) certinha (...) E (C1) (...) foi mais extrovertida. Tive maior contato com ela. Um retorno melhor, achei."

Segundo o referencial teórico analisado, os trabalhos em Oficina, são situações em que processos transferenciais e contratransferenciais ficam muito evidenciados, tornando mais possível uma explicitação de conteúdos voltados para a interação vivida. Como em alguns depoimentos de outras oficinandas (E2 e E1, por exemplo), as impressões geradas pela atuação da coordenação suscitaram comparações. No caso desta entrevistada chamou atenção a expressão da afetividade marcadamente diferente frente às integrantes da coordenação, colocando aí outro foco importante sobre o papel do educador enquanto coordenador de grupos. Mesmo considerando, no caso desta entrevistada, que estas impressões pareceram não ter trazido maiores implicações quanto ao seu aproveitamento da Oficina, o destaque em seu depoimento e a fala recorrente de outras oficinanda sobre este aspecto trouxeram sua relevância para os encaminhamentos dos trabalhos educativos neste tipo de abordagem.

Ao ser questionada a respeito de alguma insuficiência da Oficina, E10 não indicou nenhuma, realçando sua impressão positiva do trabalho, referindo que o que gostou ficou mais marcante. Com esta ressalva embutida na fala positiva, é de se supor

que ocorreram aspectos negativos, mas que ou não seria possível lembrar deles no momento, ou não foram significativos a ponto de serem mencionados.

Em relação aos aspectos negativos, E11 identificou o pouco tempo de duração da atividade, mas demonstrou insatisfação com este resultado, ressaltando que "...achamos o tempo curto, a gente queria mais (...) Não teve viu (aspectos negativos)! (...) Não estou me lembrando agora... Se teve, está me passando despercebido. (...) não quero ficar só jogando confete! Quando isso acontece não é legal..."

Como não conseguia se lembrar de outros aspectos, em função do tempo transcorrido desde a realização da Oficina, caberia aqui ressaltar esta questão como dificultadora do aprofundamento da análise de aspectos negativos, influenciando pelo menos estes dois últimos relatos durante a situação de pesquisa.

5.1.2. Análise formativa

5.1.2.1. Lembranças marcantes

E1 indicou o contato/afinidade anterior com uma das coordenadoras, a avaliação positiva do trabalho de coordenação e a ampliação da troca desfrutada pela vivência grupal durante a atividade:

"Foi prazeroso mesmo. Tanto o contato com vocês, eu conhecia (C2). (...) Foi muito legal reencontrá-la, e mesmo do trabalho de vocês (...) (de C1), eu gostei muito..."

"Algumas pessoas até eu tinha contato, mas eu não trabalho diretamente com elas... (...) tem muitas coisas que a gente foi vendo e discutindo... (...) Mas foi legal o trabalho em grupo, vivenciar as dinâmicas com o grupo".

Para E2 foi marcante a vivência de várias técnicas educativas que mobilizavam aspectos pessoais e profissionais. Como exemplo, citou a vivência de construção de objeto representativo do processo educativo de cada um (item 4.2.2.):

"...algumas técnicas que fizeram a gente rever (...) valores pessoais e profissionais. (...) relembrar sua infância, a trajetória educacional (...) eu acabei me lembrando de coisas que há muito tempo não me lembrava... (...) outras pessoas (...) quando iam colocar nas imagens... A emoção de (...) estar recordando (...) o processo educacional passado pelos pais (...) pela escola (...)."

E3 descreveu poucas lembranças, sem expressar visão positiva da Oficina num primeiro momento. Suas recordações se referiam a duas vivências: uma de construção de personagem representando a mulher que é atendida no CAISM, com o levantamento das características da cliente e outra dos relatos sobre situações do dia-a-dia de relação com usuários, com a dramatização de um caso atendido pela entrevistada (item 4.2.2.):

"...foi um boneco que a gente fez (...) Representando um paciente. (...) (A proposta era) Fazer um perfil do paciente que a gente atende.(...) Então cada um foi fazendo uma parte (...) (como) via (...) Paciente bem arrumado, (...) mal trajado, (...) fumante (...) quieto (...) que se você não ir (sic) atrás dele, (...) fica esquecido... Aquele que mobiliza todo mundo. (...) Tudo isso foi sendo retratado nesse boneco. (...) (Foi abordado o lado) humano, emocional (...) a sua condição social (...). O que (...) está levando no sentimento quando (...) chega para gente..."

"Um atendimento que eu fiz (...) De uma paciente (da) 'Onco' (...) ela estava acompanhada de uma pessoa, (...) um homem. (...) perguntei se ela tinha filhos e ela disse que não. (...) E aí o filho, que tinha chorado muito (...) depois de uma certa altura da entrevista, (...) começou a chorar de novo. Aí eu perguntei o que estava acontecendo (...) ele vira para a mãe e diz assim: 'ô mãe, mas eu não sou o seu filho?' (...) Ele era filho adotivo. (...) Isso, virou uma dramatização. (...) era para discutir (...) Como é o nosso trabalho (...) O lado emocional desse paciente (...) uma reflexão (...) com que a equipe toda (...). E cada um foi colocando seu ponto de vista diante da situação."

Em relação a este segundo depoimento, conforme já mencionado, E3 resgatou que esta discussão repercutiu em sua atuação profissional. Seria importante atentar para os detalhes da descrição, que apareceu articulada ao tema que embasou a proposta da vivência, mesmo considerando a dificuldade da oficinanda em lembrar-se de outros momentos da atividade.

E4, como a entrevistada anterior, iniciou seu depoimento, não como uma visão geral positiva da Oficina, mas sim descrevendo uma dinâmica realizada. Mas ao contrário de E3, teve muitas lembranças marcantes.

Uma delas se referia à vivência da construção de objeto representativo do processo educativo de cada um (item 4.2.2.). Como se verá a seguir, a entrevistada não se lembrou do tema abordado durante a vivência, mas das impressões e sentimentos acerca da experiência em si:

"Eu me lembro muito das dinâmicas (...) não (...) em que contexto isso estava... (...) Qual era (...) a proposta (relativa a essa dinâmica). (...) Tinha copo, papel, uma série de materiais para a gente montar alguma coisa (...) Gostei do que eu fiz... Achei super-bonito... (...) Todo mundo gostou do que eu tinha feito... (...) o palhaço (...) era para colocar coisas tuas naquilo (...) tudo que estava no palhaço, eu tinha uma explicação (...) uma simbologia naquele momento. Mas eu não me lembro mais. (...) dos conceitos em si, agora eu não saberia te responder... Teve coisas muito importantes, que a gente até anotou, mas isso não lembro."

Neste relato ficou muito enfatizada a necessidade e a dificuldade em lembrar "a proposta" da vivência e a desconexão, no momento da entrevista, entre a experiência vivencial e o trabalho reflexivo-conceitual.

A vivência de construção de personagem representando a mulher que é atendida no CAISM (item 4.2.2.) também foi lembrada, de forma a evidenciar mais o processo vivencial do que o reflexivo:

"Teve uma boneca que nós montamos... Não me lembro o nome dela...(...) era a usuária do CAISM (...) Como é que a gente se relacionava com a usuária. (...) A gente dançou com essa boneca... (...) deixamos ela parada... Ela presa num 'flipchart'... (...) Tinha lenço...(C1) trouxe o lenço, deu toda uma caracterizada... (...) fizemos mil coisas com (ela). A gente pôs barriga, (...) era gestante, outra hora (...) não era mais gestante..."

E, por fim, uma de suas lembranças também se referiu ao entrosamento grupal, sua surpresa no contato mais íntimo com colegas que conhecia pouco, o respeito com os limites daqueles que tinham mais experiência e o "clima gostoso" de convivência durante o encerramento:

"...nos unimos muito (...) pessoas puderam desabrochar(...) foi gradativo (...) pude conhecer um outro lado... (...) E me surpreendi com algumas (...) (o) respeito (ao) profissional com mais bagagem, com mais tempo, o pique é diferente... Respeitar os limites de cada um (...) (o) encerramento, foi gostoso... (...) num contexto que (...) todo mundo queria ir para o encontro."

E5, ressaltando estar confusa pela participação em outras oficinas, recordou-se das situações em que foi facilitada a expressão individual como fonte de aprendizado pessoal e profissional para o contato com o paciente, da vivência de construção de objeto representativo do processo educativo de cada um (item 4.2.2.), sem se lembrar o que foi produzido por ela ou o tema que estava sendo trabalhado.

"Respeit(o) à individualidade (...) Às idéias de cada um (...) O você colocar pra fora... (...) (o) que (...) tem dentro, a criatividade (...) Uma maneira de se expressar... (...) pra te acordar, pra tar utilizando aquilo de uma forma legal, boa, não só pra você mesmo, mas pras pessoas que você tá dando um suporte (...)."

"Elas trouxeram alguns materiais para nós utilizarmos da melhor forma possível (...) o que viesse na mente, para colocar (...) na prática (...) uma forma de se expressar... (...) Era canudo, (...) palitinho, (...) papelzinho, (...) cola (...) a gente tinha que criar alguma coisa em cima disso. (...) Não, me vem (...) na memória (o tema) (...) eu não me lembro o que eu fiz!"

Pelos mesmos motivos de E5, E6 expressou dificuldades iniciais em relembrar os momentos da Oficina. Entretanto, suas lembranças foram muitas e, por vezes, detalhadas. Como a maioria das lembranças marcantes foram trazidas na forma de contribuições, foram apresentadas anteriormente.

Aquelas a que se referiu sem esta conotação estão relacionadas à troca multiprofissional, uma novidade na instituição, à temática desenvolvida da qualificação do vínculo na abordagem da clientela e à construção do objeto que simbolizava o processo educativo de cada uma (item 4.2.2.), cuja lembrança veio associando técnica e tema abordado:

"Achei que foi uma das melhores (oficinas) que eu fiz. (...) Vem a fala das pessoas... Está muito vivo (...) Eu acho que é muito interessante essa coisa do grupo multiprofissional, mesmo. (...) Realmente (...) Não (costuma) mistura(r) muito, não."

"o vínculo com o paciente também. (...) foi uma coisa que nós conversamos bastante também."

"...a gente fazendo muita coisa com papel, com sucata, no chão... Eu me lembro que tinha a história de como (...) era a nossa educação (...) Como que era (...) na infância, na escola (...) O que será que eu fiz? Acho que (...) fiz uma árvore? (...) tinha árvore, (...) um balão, (...) várias representações (...) De como era a Educação pra gente."

E7 destacou como lembranças marcantes o sentimento de tranquilidade do pós-Oficina e a necessidade da continuidade do processo desencadeado, informando que

"...numa primeira impressão, vem uma coisa muito leve. (...) me deixou muito tranqüila, (...) eu não sei explicar direito... (...) uma coisa muito boa, muito gostosa, até esses dias tava falando (...) deveria ter outra. (sorriso)"

Como as demais lembranças apontadas por esta entrevistada estão associadas às contribuições que teria tido em sua vida profissional/pessoal, também já foram relatadas.

E8 teve muitas e detalhadas lembranças da Oficina. Confirmou a análise de que esta iniciativa era singular no hospital, onde não são freqüentes atividades que promovam o contato multiprofissional. Recordou-se do seu desconhecimento anterior acerca da proposta metodológica, do desconforto inicial frente à novidade e da impressão de que a maioria das oficinandas estariam passando pela mesma experiência:

"Tinha gente que sabia que ia ser assim. Eu não sabia. (...) minha supervisão não passou para mim como que ia ser. (...) Que ia ter que conversar, de ter que falar da sua vida, de ter aberto coisas... (...) a maioria pensou que ia ser tipo palestra (...) Nunca tinha participado de uma Oficina, pelo que eu vi lá, a maioria nunca. (...) Não sei, foi de propósito? Que colocou só pessoas que não tinha (sic) participado, porque ninguém tinha experiência..."

A informação de E8 de que havia um desconhecimento por parte da maioria das participantes a respeito do teor da Oficina, é contraditória com o Relatório Comentado (Anexo 1) onde consta a afirmação de que "Todas receberam, antes do início dos trabalhos, material educativo da organização, objetivos, método, roteiro e bibliografia da oficina", datado de janeiro de 98. Esta dúvida poderia ser esclarecida a partir das entrevistas com DI que cuidou da organização da Oficina e com C1 e C2. A informação é importante no sentido entender como se deu o percurso das informações preparatórias durante a organização da Oficina, tendo em vista a influência deste fato para o aproveitamento das participantes durante os trabalhos.

Lembrou-se da vivência de construção de objeto representativo do processo educativo de cada um (item 4.2.2.), mas somente da construção dos objetos e da representação destes em relação às etapas da vida, sem relacioná-los ao tema que estava sendo focalizado:

"...fizemos (...) colagem, (...) para demonstrar toda a nossa (...) vida, desde a infância, até atualmente. (...) foi passando os momentos que marcaram nossa vida. (...) lembro, (de) um balão, (...) festa de aniversário de criança... (...) quando fui adolescente (...) a parte de profissão, (...) quando era estudante, (do) casamento (...) Com desenhos, não tinha nada por escrito. (...) cada um, depois (...) foi explicando (...) 'isso aqui significa isso na minha vida.'"

A vivência de construção coletiva do conceito de saúde (item 4.2.2.) foi trazida da seguinte forma:

"Uma encenação! (...) o que (...) traz doença (...) a gente representou o pessimismo, o otimismo, (...) coisas más pro corpo da gente. (...) falava da prevenção das doenças, (...) a gente fez um

círculo, onde todo mundo deu as mãos, essa cena foi para mim marcante (...) (C2) era (...) a doença. E ela, entrava: 'você vão fazer um (círculo) fechado (...) para não deixar a doença penetrar em vocês'. (...) 'E vocês não vão deixar eu entrar'. (...) 'Vamos ver qual é a força de vocês'. (...) E ela vira com tudo, não era assim devagarzinho (...) ela começou (...) andando em volta da gente e a gente (...) Se unia (...). Ela falava: 'a doença circula, ela vai'... E (C1) ia falando, e ela só agindo... Daí, ela (...) falava assim: 'a doença chega de mansinho, se você está com uma baixa resistência, ou se (...) não está preparado (...) ela entr(a) e domina, vai depender do seu organismo'. (...) de repente ela vai ficando mais agressiva, querendo entrar, (...) se jogou no chão, (...) foi uma coisa teatral mesmo, (...) entrou por debaixo das pernas da gente, rolava e pegava nas (nossas) pernas (...), era como se a gente estivesse vivendo mesmo. (Esta vivência) Simbolizou (...) que se você não tem a prevenção, não tem a sua boa auto-estima (...) O fato de você não sentir nada, não vai dizer que não vai pegar AIDS (...) Captei desse lado..."

No relato acima poderia ser identificada uma concepção, como a indicada por E10, em que a saúde é vista como ausência de doença, produto do embate e da anulação de uma pela outra, baseada no enfoque da História Natural das Doenças articulada com uma influência de aspectos emocionais ("uma boa auto-estima"). Sua forma de ver estaria mais voltada para enfermidades transmissíveis, onde a vontade individual e o fator biológico prevaleceriam ("vai depender de seu organismo"), apoiados no cuidado embasado em processos biomédicos e na prevenção individual de riscos.

Suas lembranças bastante detalhadas destacaram a forte impressão de realidade da cena, associada ao intenso desempenho da dupla de coordenadoras, principalmente de C2. A entrevistada citou também falas/instruções/marcações de cena que teriam sido feitas por elas e que desafiavam as participantes para o franco embate de um polo contra o outro, contradizendo o enfoque mais dinâmico do binômio saúde/doença, concepção esperada pelas coordenadoras como resultado da reflexão promovida na vivência (item 4.2.2.). Caso estas orientações tivessem sido efetivadas como indicado pela entrevistada, seria mais difícil para as afinandadas vislumbrarem outra perspectiva que não fosse o confronto. Outra possibilidade a ser levantada é a de que a entrevistada tenha dirigido suas lembranças, colocando seus conteúdos/formulações nestas falas, confundindo-as com as expressões das coordenadoras naquele momento.

E, por fim, a vivência de construção de personagem representando a mulher que é atendida no CAISM (Cap. 4.2.2.) foi assim lembrada:

"...montamos (...) uma (boneca), colocamos um nome, como era o nome (dela)? Um fantoche grandão (...) que (...) tinha tudo (...) de ruim: (...) era gestante que fumava (...). Tinha problemas de hipertensão, cardíaca, (...) não aceitava o tratamento, (...) orientação... (...) e a gente fez um mural, cada um (...) falando o que poderia fazer para melhorar (...) dar uma base para ela, sair dessas coisas erradas que ela estava fazendo (...) (de) mal para ela e para o bebê. (...) cada (...) especialidade (...) foi dando dicas, prioridades... Depois juntou tudo, cada um fez (...) os cartazes, a gente se dividiu em grupos e esse grupo (...) falava a (sua) parte (...). E depois juntou tudo para fazer um só."

Segundo a descrição da atividade (item 4.2.2.), a vivência teria ocorrido em dois momentos: no primeiro foi um trabalho de construção mais figurativa da personagem, enquanto no segundo essa figura foi retomada para uma apropriação mais simbólica dela. Houve uma discussão em subgrupos durante a retomada simbólica da personagem, mas de acordo com o relato da entrevistada, ela teria ocorrido no primeiro.

O tema trabalhado nesta vivência foi as RS's que os profissionais têm de sua clientela e do vínculo estabelecido com ela. De acordo com o relato de E8, a abordagem dos profissionais deveria se caracterizar pelo fornecimento de "dicas ou prioridades" para que a cliente "saísse das coisas erradas" que estaria fazendo, pois as orientações são prestadas no sentido de corrigir erros. Desta maneira, coerente com seu depoimento anterior, E8 referenciaria sua atuação na cultura letrada e na transmissão de informações científicas. Conforme referencial teórico da Educação em Saúde apresentado, esta visão seria um exemplo da concepção "preventivista" (STOTZ, 1993), dominante nas práticas dos profissionais de saúde atualmente e bastante criticada pela pouca importância dada à complexidade de fenômeno educativo em saúde, tendo em vista a subjetividade, a cultura e os aspectos sociais e político-econômicos aí envolvidos.

E9, como ocorreu com E3 e E4, iniciou seu depoimento descrevendo algumas vivências de forma bastante detalhada. Na medida em que foi colocando suas primeiras impressões, expressou uma visão positiva à respeito das contribuições que a Oficina teria trazido.

Uma lembrança marcante citada se refere à vivência de construção da personagem representando a mulher que é atendida no CAISM (item 4.2.2.), focalizando a imagem simbólica síntese da clientela e do vínculo estabelecido com a ela:

"...montamos uma Maria (...) que iria passar no CAISM. (...) a gente imaginou (...) como (...) taria vestida, se fosse (...) idosa, (...) grávida (...). Acho que era Maria o nome dela... (...) (C1) foi colocando: '(...) vai ter cabelo, (...) usa óculos, (...) vai ter bengala, (...) descalça, (...) de chinelo...' (...) Cada um tem (...) contato com uma paciente diferente aqui dentro(...). Então cada um foi colocando como via sua paciente no dia-a-dia."

"...no final da Oficina (...) fizemos um desenho, o que representava a mulher? Não lembro... (...) Entrevistadora: Essa era a Maria? Entrevistada: Não. O que cada um via como mulher... (...) Tinha gente que falava umas palavras, depois (...) tínhamos que desenhar. (...) lembro que eu fiz um mar, um rio, (...) relacionando à vida e à mulher. (...) a gente dependendo das ondas,...) contra a correnteza, a favor da correnteza, poderia ser calmo, às vezes agitado... (...) o desenho era alguma coisa disso. (...) para desenhar a mulher, ou como se via (...)."

Neste depoimento, a detalhada descrição da entrevistada não trouxe uma associação entre a construção da primeira imagem figurativa da cliente e a imagem

simbólica reconstruída, relacionando-a a representação de uma mulher qualquer ou de si mesma.

A vivência da construção coletiva do conceito de saúde (item 4.2.2.) foi outro momento bastante significativo, em que as diferenças de compreensão quanto aos papéis apresentados em cena trouxeram importantes repercussões:

"Vem depois a questão da doença querendo entrar. Aí nós fizemos uma roda, na equipe. Tinha uma pessoa acho que era (C2)? (...) ela era uma pessoa doente que tava tentando entrar.... (...) E a gente tentava (impedir) (...) Um círculo (...) ficamos bem fechada (sic) (...) de braços assim (demonstra cruzando os braços), (...) pertinho uma da outra e (C2) tentava entrar. (...) Entrevistadora: (...) (C2), o quê que ela representava? Entrevistada: A doença. (...) Aqui (o grupo) era a instituição, não deixando ela entrar."

Ao descrever a vivência a entrevistada indicou, num primeiro momento, que a coordenadora representava "uma pessoa doente". Quando questionada, trouxe outra informação que correspondia à proposta encenada, mas na continuidade de sua descrição contou que o círculo formado pelas oficinas representava "a instituição" e não a saúde, conforme o que ocorreu. As diferenças de compreensão colocadas tiveram profundos efeitos na forma como ela simbolizou a vivência, uma vez que desta forma estaria sendo negado a um paciente o cuidado solicitado.

"...aquilo me chocou, porque (...) na verdade, não era a doença. Era uma pessoa que tava tentando procurar ajuda (...). E eu depois vi isso. (...) depois que a gente conversou eu falei: 'puxa, poderia ser uma pessoa tentando entrar aqui dentro' (...) Não conseguimos estabelecer um contato (...) (A personagem representada por C2, acabou se transformando) num cliente. (...) Não perceberam que isso aconteceu. No começo, foi uma brincadeira (...) 'Vamos imaginar que eu sou uma doença querendo entrar na sua casa...' Alguma coisa que tinha que barrar isso (...) (...) Quando entra uma pessoa procurando ajuda e (...) ninguém teve uma parada para refletir (...) me lembro que ela forçou muito. (...) se jogava no chão, empurrava um, tentava ir pela outra... E, no que ela entrou, ela falou: 'até que enfim, consegui ajuda!' (...) era uma pessoa querendo ajuda."

Conforme indicado anteriormente, neste momento, quando estavam em cena a saúde e a doença, estava em curso uma dramatização no nível da fantasia, o terceiro passo da Metodologia Psicodramática, em que se buscava uma generalização, mediante uma testagem do conhecimento até ali construído, através de explicações a respeito do tema abordado proporcionada pela co-criação do grupo (ROMAÑA, 1996). Num primeiro momento há o embate entre dois pólos e posteriormente uma composição mais harmônica entre ambos, evidenciando formas diferentes de interação entre personagens/conceitos. Não é possível saber o que teria havido para que um personagem do nível da realidade e da experiência (a casa, a instituição) tenha sido trazido ou tenha permanecido em cena em lugar dos representantes do nível da fantasia, como acreditava E9. Pode ser que, caso a fala da coordenação tenha ocorrido ou sido percebida da forma indicada pela oficina, tivesse se desencadeado um tipo de

relação em cena que direcionasse simbolicamente para esta compreensão posterior. Sabe-se, por outro lado, que a representação da vivência impactou-a profundamente, levando-a a tentar entendê-la, elaborá-la, procurando encontrar outros possíveis encaminhamentos para a cena, fazendo-a refletir e reorientar seu papel profissional, tendo em vista a reafirmação do trabalho com a clientela.

Considerou a Oficina como uma novidade na instituição, especialmente por ser antiga na instituição, pela troca multiprofissional e pela abordagem de temas como relacionamento, papel e opção profissional, concepções de doença, numa situação em que "não (se) conhece praticamente nada aqui dentro do CAISM. Nem as pessoas (...)".

E9 também se lembrou das condições institucionais, os motivos que a levaram a participar da Oficina e seu receio inicial de participar de atividades como esta, porque identificava ser uma estratégia autoritária de expressão/exposição no grupo:

"Foi o pessoal da Oncologia (que me convidou) (...) Por ser uma equipe (multiprofissional) (...) Pelo horário também, porque (...), não poderia se fazer hora-extra, então teria que ser do interesse da pessoa de tar participando...."

"No começo (...) tive receio, porque (...) achava que era (...) um grupo fechado, numa imposição de todo mundo ter que falar..."

Destacando, inicialmente, o fato de nunca ter participado de uma atividade como esta, E10 se recordou do prazer de viver o entrosamento no grupo, das reflexões a respeito de sua infância, desenvolvidas a partir da vivência de construção de objeto representativo do processo educativo de cada um, da vivência de construção coletiva do conceito de saúde e dos relatos de situações do cotidiano que dizem respeito à relação com clientes da instituição (item 4.2.2.):

Em relação ao resgate de sua infância retomou o seguinte:

"...trouxe muita coisa do passado (...) que (...) tinha até esquecido (...) minha infância foi muito gostosa (...) lembrar de colegas, das brincadeiras... (...) cada uma lembrou da sua (...). Entrevistadora: O tema que estava sendo trabalhado era infância? Entrevistada: Era mais ou menos isso."

Ao indicar que o tema abordado seria a infância, tornou evidente, mais uma vez, a desconexão entre suas lembranças acerca desse período e o propósito pelo qual a vivência foi desenvolvida.

Referente à vivência de construção do conceito de saúde ela colocou o seguinte:

"Que ela (C2) fez (...) uma encenação, como se ela fosse uma doença.... (...) E fizemos um grupo fechado. (...) O grupo (que) Representava a saúde. (...) Então (C2) queria mostrar como que a doença entrava dentro da saúde... (...) tínhamos que fazer força (...) para não deixar a doença entrar. Entrevistadora: E foi ela que falou que vocês tinham que fazer força para (ela) não entrar? Entrevistada: Isso, fechar o círculo de tal maneira que a doença não entrasse. Aquilo me marcou bastante. (...) Como que a gente não faz essa força para que a doença não entre na vida da gente.(...) Um grupo tão grande e que precisava muita coisa mesmo para deixar uma pessoa só entrar.(...) A gente se importa pouco em se cuidar. Em evitar que a doença entre no nosso corpo."

(...) Depende de cada um. E aquilo de vez em quando vem à minha mente (...) A gente tem que ficar alerta (...)."

A primeira questão a ser salientada neste depoimento é o fato da entrevistada ressaltar como ficou marcado em sua memória esta vivência, a ponto dela, às vezes, recordar-se da experiência. Esta repercussão já foi anteriormente indicada, uma vez que a afinadora sugeriu sua utilização com suas clientes. Aqui evidenciou novamente a compreensão da saúde enquanto negação da doença, enfatizada também no depoimento de E8, fruto de uma responsabilidade individual em antecipar-se à enfermidade. Também como aquela entrevistada, salientou que teria ocorrido ou percebido falas/marcações de cura das coordenadoras, que reforçariam o confronto com a doença.

Outra lembrança marcante é a que se referiu à vivência da técnica dos relatos sobre situações de trabalho a respeito do atendimento da clientela:

"...a assistente social trouxe um caso, de um rapaz que foi adotado, que não sabia... (...) Elas (as demais participantes) (...) reafirmando uma coisa que eu penso (em relação à conduta da mãe-cliente). (...) Acho que a gente não deve mentir se adota uma criança (...) Mentira em geral, ódio. Mas essa principalmente, porque (...) se aquela mãe (não) tivesse esse (comportamento) com o rapaz, talvez ele não tivesse sofrido tanto (...). De chorar feito uma criança na frente do público."

É interessante notar que o conteúdo significativo desta lembrança para a entrevistada se referia à postura da paciente ("não se deve mentir") e não qualquer referência à conduta do profissional, que foi o foco da discussão a partir da vivência.

Ressaltando novamente o fato de nunca ter tido contato com esta forma de trabalhar, lembrou-se de ter sido estimulada a participar da Oficina por uma colega e o pequeno interesse demonstrado, relatando que "nunca participei. (...) Só teve essa chance (...) (E2) (...) me incentivou a ir... (...) Aí eu fui com ela, para fazer companhia."

Foram muitas e detalhadas as lembranças de E11. Referiam-se ao seu contato anterior com esta abordagem educativa, à boa relação que estabeleceu com as coordenadoras e ao significado terapêutico da Oficina:

"Eu fiz várias Oficinas (...) nós tivemos coordenadoras, um grupo (...) muito legais. (...) (C1) e uma muito legal... (...) (C2)! (...) ficou muito próxima, as dinâmicas que elas utilizaram (...)."
 "Essa oficina foi uma terapia para a gente, para mim (...). Eu estava precisando (...) Essa oficina é para se preparar (...) mais para as nossas clientes e para nós mesmos."

No trecho a seguir, seu relato se aproxima da descrição da vivência relativa ao segundo momento de reconstrução simbólica da personagem representante da clientela do CAISM, mas a forma como relatou manteve possíveis associações com outros objetos de representação como "a instituição" ou "a saúde" (item 4.2.2.):

"...tivemos que construir algo relacionado com a instituição, à saúde, à Tereza (nome da cliente construída, segundo E11), a essa usuária... (...) Uns construíram com cores, outros (...) com

papéis, outros (...) com material de madeira... (...) Sucata... (...) Tinha que falar o que estavam sentindo (...) uns (...) construíram um hospital, outros (...) o usuário.”

Assim, a associação entre a clientela figurativa e simbolicamente construídas não pareceu estar presente para esta entrevistada.

Apontou ainda suas lembranças relativas à dinâmica dos relatos sobre situações do cotidiano de relação com clientes da instituição, a troca de opiniões a respeito da abordagem realizada, em que relatou uma postura inadequada ("elitizada") de uma profissional com a usuária e um compartilhamento de impressões e emoções identificadas a partir desta dramatização (item 4.2.2.):

"...como estaria ouvindo ela? (...) cada profissional que estava ali. (...) E junto ela estava trazendo, uma complicação de um irmão (na verdade, filho) (...) ela vinha procurar assistência (...) mas tinha o fator do conflito (na) família (...) estava (...) preocupada porque (...) não sabia a dimensão do caso dela, mas queria resolver a situação do irmão.(...) Resolvemos. (...) em seguida (...) tivemos uma reflexão, em que cada um (fazia) uma abordagem diferente. Infelizmente aquele que sabe muito (...) (faz uma abordagem) Elitizada, com muitos termos científicos (...) aquele ser humano não está entendendo disso (...) aí (...) tivemos um momento do grupo se reunir em círculo, e colocar o que estava sentindo (...) não de si próprio, mas (...) no respeito com o outro, falar (...) uma frase, ou uma palavra."

Percebeu-se que, pelo menos um dos colegas de equipe a que ela se referia como vaidoso e arrogante, cujo contato seria difícil, estava presente na Oficina. É possível, então, indicar que a principal repercussão da atividade teria ocorrido, conforme apontado anteriormente, mediante o contato com esta colega/oficinanda, num contexto de maior conhecimento e intimidade com suas características pessoais e história de vida.

Relatou também momentos de avaliação subjetiva e compartilhamento de sentimentos, a respeito dos quais se discutirá num momento subsequente.

5.2. Conseqüências para a equipe de coordenação

As conseqüências, insuficiências e lembranças marcantes aqui apresentadas, a partir dos depoimentos da coordenação, pretendem também seguir a forma como foi realizada com as oficinas.

A proposta de levantar os desdobramentos da Oficina para a coordenação se prende ao referencial freireano que ressalta a condição de permanente aprendiz do educador.

Nestes sentido, os depoimentos apontaram tanto as conseqüências que as realizadoras viram para si próprias, quanto as repercussões que perceberam no grupo de oficinas.

5.2.1. Análise somativa

5.2.1.1. Repercussões diretas

Ressalvando que os benefícios não diziam respeito a esta especificamente, mas ao processo de realização de oficinas, a coordenação identificou desdobramentos como a confirmação e o aprofundamento da reflexão sobre o trabalho desenvolvido, o conhecimento de novas pessoas, o crescimento pessoal, o aperfeiçoamento do papel de educadora, o aprimoramento do trabalho do grupo de educadores que compõem o Laboratório e o aprofundamento da compreensão sobre o papel da emoção no processo educativo.

"...essa, como todas as oficinas (...) Tiveram um papel (...) De aprofundar a reflexão..."

"...porque trabalhamos da mesma maneira como (...) na disciplina de Educação em Saúde (no CESP) e nas demais oficinas. (...) no fundo (...) serviu para confirmar positivamente o modo de trabalhar que criamos e desenvolvemos no LACES, que considero muito adequado."

"É um processo que tem sido muito bom (...) Pensar como (...) ia pra uma oficina (...) Adrenalina fazia efeitos horríveis (...) hoje em dia não. (...) vou muito mais segura (...) Eu tô segura do que eu não sei. Que eu tenho uma experiência pra passar, pra vivenciar... Essa reflexão nossa aqui (...) Essa parceria. Entrevistadora: (...) esse processo de fazer essas oficinas (...) foi aumentando (...) (sua) autonomia (...) Entrevistada: Ah, sim. (...) avancei em limites que eu tinha. E reconheci outros e consigo olhar pra outros, (...) tem outros que (...) ainda não olho, porque (...) não os reconheço (...) tem nitidamente um processo de avanço."

"E eu consigo perceber uma evolução nossa... Muito grande, enquanto grupo de educadores (...) um desenvolvimento de uma segurança pessoal nesse papel... (...) Eu não tenho mais medo do medo... Eu tenho medos... (...) Essa coisa de ir com os medos, com as inseguranças, com o não saber... (...) É uma apropriação gradativa desse papel (de educadora). (...) (Eu sou) Alguém (...) que quer se relacionar, passar coisas, passar uma vivência, que acha que pode contribuir, mas (...)

não tem nenhuma verdade, pronta, clara... (...) Do não saber (...) Da entrega no processo de relação, de vínculo... Do acolhimento... Da apropriação daquilo que tá propondo... (...) Eu vejo isso como uma vivência muito séria nossa! Assim, com muito sofrimento, (...) dor, (...) dificuldade, (...) desgaste, com momentos duros, nossos, mas com uma coisa muito legal. (...) tão significativa na minha vida, quanto a minha vida familiar. (...) E aí se misturam mesmo essa coisa do pessoal e do profissional... (...) Que eu tô vivendo lá, tem repercussões aqui... Que eu tô vivendo aqui, têm repercussões lá... (...) Fazem parte do papel (...) Que lá também eu fico nesse papel de educadora... De continência...(...)."

"A gente vai chegando nessa coisa do papel da emoção no processo educativo (...) Como uma coisa séria, importante, boa e que (...) é um componente da Educação (...) Inevitável e necessário. (...) de ser visto, olhado, pensado. Inevitável, porque ele tá presente... (...) a gente tá propondo esse espaço. (...) Pra minha emoção, pro meu desconforto, pro meu medo, pra minha insegurança".

Três pontos vejo como necessários de serem destacados nesta fala: um se refere à concepção do papel do educador, outro indica a necessária coerência entre teoria e prática educativa, ou seja, entre o que faz na vida como pessoa e como profissional e ainda um em que se busca evidenciar a questão do emocional no processo educativo. Em relação aos dois primeiros aspectos, pode-se encontrar tais questões referenciadas na obra e na práxis dialógica freireana (GADOTTI & ROMÃO, 2000). Nesta perspectiva, o educador não recusaria as "verdades" a serem "passadas", a partir de sua vivência e da reflexão sobre ela, mas estas idéias ou verdades não estariam prontas, isto é, estariam sempre em processo de constituição. Este permanente constituir-se se relacionaria, de um lado, ao "não saber" e ao "incômodo" característico do aprendiz, "do não medo de ter medo" diante de uma atividade que se realiza, e, de outro, pela necessária reflexão a respeito da práxis educativa, que precisa ocorrer em todos os espaços em que o educador se vê envolvido. O terceiro aspecto apontado explicita a inevitabilidade e o papel eminentemente positivo da emoção ou dos afetos envolvidos nos processos educativos desencadeados, evidenciado na potencialização da ação do educador/profissional de saúde, mediante um processo de reconhecimento de si e do outro, compreendidos na intersubjetividade da relação grupal e num estar no mundo voltado para sua transformação, também já referido anteriormente. Estas considerações expressam conceitos fundantes do referencial teórico analisado, como também reafirmam a experiência de trabalhar em oficinas como disparadora da constituição de uma forma de fazer Educação em Saúde do Laboratório.

Foi indicado também o fortalecimento da relação de parceria das integrantes da coordenação e do vínculo com o grupo de oficinas, mediante a complementaridade de enfoques:

"Foi uma coisa boa. (...) que marcou muito. (...) a partir daí a gente conseguiu se ver como parceiras... (...) que é rica a nossa parceria, (...) nossas posturas, nossos enfoques, nossas formas

de olhar e são muito complementares... (...) foi uma coisa boa de viver (...) o grupo fez um vínculo importante (...) com as diferenças nossas..."

Em relação ao aspecto frisado, acerca das diferenças de enfoque dos membros da coordenação, seria importante destacar a especificidade da atividade educativa escolhida como estudo de caso. Pareceu interessante à pesquisa explorar este aspecto, no sentido de contribuir para reflexões a respeito do trabalho de coordenação.

5.2.1.2. Repercussões indiretas

Em consonância com os relatos das oficinas, a equipe de coordenação ressaltou o envolvimento e a integração vivenciada durante as atividades, que aproximou o grupo, transcendendo a presença afetiva conquistada ali e que alicerçava novas possibilidades de relacionamento no trabalho:

"...fica muito evidente (...) um vínculo diferenciado que permanece. (...) Depois (...) encontrar com essas pessoas é outra coisa. (...) tem um brilho nos olhos (...) Uma lembrança afetiva... (...) Eu percebi um processo de vínculo se estruturando (...) de confiança. (...) A grande diferença que eu senti foi do início para o final da Oficina, foi nesse sentido (...)."

"...é possível relacionar-se de uma forma... Mais... Confiante, mais solta (...) (tive) um depoimento, (...) ao encontrar com uma das pessoas dessa Oficina... (...) A relação entre elas mudou. (...) não são mais as mesmas quando se encontram no ambiente de trabalho. (...) Porque se a gente quer mexer em vínculo (...) se a gente quer trabalhar a relação no trabalho... (...) é o mínimo que a gente pode esperar. (...) É suficiente? (pausa) No tempo que a gente tem..."

Neste trecho, uma questão ressaltada se relacionaria à evidência de que um importante objetivo da intervenção teria sido alcançado, em função deste reconhecimento do entrosamento grupal expresso na fala de uma oficina, tendo em vista os limites de duração da intervenção.

Outro desdobramento apontado pela coordenação se refere à valorização pelas oficinas, em relatos havidos durante as atividades da Oficina, da dimensão do sofrimento e morte no trabalho em saúde, como componente da abordagem competente da clientela e que, infelizmente, não é reconhecida institucionalmente:

"...com depoimentos (...) (sobre o) sofrimento no processo de acompanhar pacientes (...) se percebendo todo o tempo desvalorizadas (...) não podendo manifestar (...) Esse sofrimento. E, a oficina, como um momento, onde elas puderam validar essa sensibilidade (...) Como alguma coisa positiva (...) que faz parte do trabalho (...) que está... Dentro do processo terapêutico desses pacientes. (...) elas (...) Não se percebem aceitas assim (...) nem legitimadas enquanto profissionais competentes (...) Quando sentem, (...) choram. (...) isso veio à tona, de uma forma muito intensa, muito rica, (...) porque sofrem muito sim (...) Evidentemente que... (...) Precisa de supervisão (...) precisam de algum espaço de continente (...) Pra essa dor, os profissionais de apoio. E a instituição não oferece."

Uma contribuição também indicada é a experiência de processamento teórico do primeiro momento de construção do representante do cliente institucional (item 4.2.2.),

em que se considerou ter havido integração entre conteúdos vivenciais e teórico-reflexivos, pois foi "...um momento muito interessante da Oficina, (...) foi o encontro no qual as participantes discutiram (o) texto sobre 'Comunicação e Educação em Saúde' (L'ABBATE, 1997) e conseguimos, juntas, fazer as articulações entre o que estava escrito e o que estava sendo vivido e experimentado na Oficina."

Outras repercussões destacadas foram as tentativas de avaliação/continuidade que se desenvolveram em função do trabalho realizado pela Oficina. Indicando que foram pelo menos duas tentativas de reunir o grupo de oficinas para avaliação, o depoimento a seguir destacou as dificuldades que inviabilizaram o primeiro encontro e a realização do segundo com a presença de cerca de sete pessoas:

"Houve uma tentativa. (pausa) De um processo de avaliação com o grupo.(...) E teve um desencontro de agenda (...) E afinal aconteceu num dia que não tava marcado...(...) Parece que (foram) sete pessoas... Porque (...) que teve um momento que foi quase ninguém... (...) A gente preparou. (...) Um processo (...) na data 'x' e (...) apareceu uma pessoa, a gente conversou com (ela) longamente... (...) eu questionava isso (...) Que significado tem (...) O pessoal não aparecer... (...) é um indício de alguma coisa (...) De avaliação...".

É interessante notar que havia uma dúvida se a ausência na primeira reunião poderia estar evidenciando algum fato relativo à avaliação. Este resultado poderia indicar uma avaliação negativa, ou pelo menos, uma certa indisposição em participar do processo. Ao contrário, sem saber de antemão sobre as tentativas e desencontros, o que se percebeu com esta pesquisa foi a disponibilidade e o interesse em fornecer informações por parte das oficinas. Este aspecto indicado, em todo caso, vem demonstrar o cuidado e perspicácia da coordenação com aquilo que não é dito, mas se expressa na forma de agir do grupo onde se intervém, conduta muito valorizada numa abordagem da afetividade presente no contexto educativo.

Junto com os desdobramentos voltados para a continuidade do trabalho com as oficinas, foi destacada uma repercussão para a própria equipe de coordenação, que envolvia a produção de um texto sobre a experiência, para divulgá-la academicamente, a partir do material produzido na reunião avaliativa anteriormente mencionada. Esta tentativa de sistematização do trabalho realizado, tomando como referência o olhar da clientela acerca da atividade, encontra respaldo nas propostas de avaliação de oficinas indicadas por AFONSO (1997a). Segundo esta autora, a equipe de coordenação de uma oficina deve procurar esclarecer pontos, que envolvem a dinâmica e a produção grupal, inserindo-a no contexto institucional, as formas de continuidade alcançadas pela atividade, como também as eventuais repercussões do trabalho para os envolvidos (Anexo 6), a serem analisados durante e após a realização de uma Oficina.

Outra consequência para a equipe de coordenação se refere às inevitáveis diferenças na condução do processo de realização de uma oficina. Neste estudo de caso, durante a construção da representante da clientela do CAISM, a produção da Cida (item 4.2.2.), houve uma situação em que a condução se deu diferentemente do planejado, em função da percepção momentânea de uma das integrantes da equipe de coordenação. Os motivos que fizeram esta coordenadora intervir, dizem respeito à sua percepção de que a busca de conteúdos simbólicos propiciaria às oficinas uma construção mais sensível e afetiva de sua clientela. Sua iniciativa não estava programada e partiu de "um sentimento de angústia", quando identificou esse distanciamento entre profissionais e cliente representada. O resultado foi considerado produtivo. Este foi um momento relatado como "conflituoso e que depois ficou melhor", após conversas e esclarecimentos.

Para a equipe de coordenação, a condução do trabalho em oficinas supõe diferenças de formação e de "formas de ser". Nesta Oficina houve uma "combinação razoável" na parceria, pois "acho que conseguimos fazer uma combinação razoável das diferentes formas de trabalhar, (...) Logicamente há diferenças na forma de conduzir o trabalho. Penso que algumas dessas diferenças tenham a ver com diferentes abordagens, mas penso também que muitas vezes elas se relacionam às maneiras diferentes de 'ser' das pessoas."

Além destas, outra repercussão salientada foi o aprimoramento em lidar com as emoções próprias, que aparecem nos processos educativos desencadeados:

"Essa coisa (de focar o) emocional. (...) O quê que a gente faz com isso? (pausa) Eu tenho a pretensão de achar, que, (...) as pessoas que passam pela gente, e a gente mesmo, muitas vezes, (...) percebo (...) num aprendizado que tá em curso (...) que hoje (...) consigo identificar (...) a gente precisa saber o que faz com a emoção, com aquele desconforto, ou com aquele conforto. (...) Com a emoção confortável, é mais fácil. (...) É, manifestar isso (...) A emoção desconfortável (...) não lembro da gente já ter feito manifestações inadequadas dessa emoção desconfortável, em oficinas anteriores (...). (pausa) Foi uma oficina que rolou (...) muito legal (...) Muito inteira. (...) Do ponto de vista dos conteúdos, da seqüência, das atividades."

Neste depoimento a coordenação indicou seu intuito de expor sentimentos seus e de provocar/induzir a expressão dos de outrem, para que seja possível dar-se conta das emoções e potencializar a abordagem da clientela institucional. Ressaltou também que, tanto para as oficinas, quanto para a coordenação é um processo difícil e pouco comum e que seria particularmente complicado quando sentimentos "desconfortáveis" fossem reconhecidos. Conforme ANDALÓ (2000), o coordenador de grupos está envolto em dificuldades relacionadas à necessária articulação de seu duplo papel de participante e de investigador da dinâmica grupal. Assim, esta autora preconizou algumas medidas para o equacionamento deste dilema, entre as quais destacou o

reconhecimento permanente dos próprios sentimentos e evidentemente de saber o que fazer com eles no aqui agora, dentro do processo de treino de papel que aí se desenvolveria.

Como uma repercussão para o Laboratório, reconheceu-se a necessidade de impulsionar a formação de novosicineiros, através da supervisão de laceanos mais experientes, especialmente "caso apareçam outras demandas desse tipo, não só entre os próprios laceanos, como entre ex-alunos do Curso de Saúde Pública"

Outra consequência intrigante relatada é a surpresa de ver ex-participantes voltarem a novas oficinas, porque relatam "gostar" de vivenciá-las: "Aliás, a gente teve uma surpresa nessa última Oficina (que realizamos). Vieram três pessoas que já tinham... (...) feito essa mesma oficina (...) 'Porque era oficina do LACES...' E sabiam que era bom, (...) gostoso (...) a gente se olhou e (...) se reconheceu (...) uma pessoa (...) que (...) Não era (...) Tão... (...) Manifestamente presente."

Desta forma, destacou-se uma situação realmente estranha porque seriam pessoas que não demonstravam grande envolvimento com a proposta durante a atividade, reforçando uma dificuldade e ao mesmo tempo uma necessidade de entender o que estaria acontecendo com os participantes.

5.2.1.3. Insuficiências

Uma insuficiência marcadamente evidenciada pela equipe de coordenação se relacionaria ao não alcance, de maneira mais frutífera, do processo de reflexão conceitual a respeito dos conceitos de saúde e doença, após terem constatado a desconexão entre o experienciar a vivência e as conclusões escritas durante a sistematização solicitada (item 4.2.2.). Foi indicado também uma necessidade de aprimorar o processamento teórico da vivência, integrando o vivido com os discursos correntes a respeito do tema, dedicando "mais tempo" a esta articulação:

"Porque (...) A gente fez o compartilhar (...), pra mim, intenso (...) Eu coloquei (...) a forma como eu tinha me sentido, o poder que eu tinha sentido (frente ao grupo... (...) (que) na força o grupo não me continha (...) no final (C1) pediu que para (...) escreverem o conceito de saúde e doença. (...). E o grupo retornou, com aqueles conceitos tradicionais... (...) todas as pessoas fizeram... 'Saúde: equilíbrio (...) (dos) aspectos bio-psico-sócio...'. (...) 'Doença: a falta de um desses...'"

"...trabalhar mais profundamente a relação entre a vivência do processo saúde/doença e o discurso sobre esse processo (...). Isto porque desconfio (tenho quase certeza) que no momento de acolher e orientar a clientela, é o discurso que prevalece e não a experiência. Assim, ao abordar o processo saúde/doença, a Oficina deve dedicar mais tempo à 'essa passagem' de um plano vivencial para um plano mais reflexivo/conceitual."

Em relação à sugestão de aperfeiçoar a forma de fazer o processamento da vivência, há uma correspondência entre o que foi indicado na análise da atividade (item

4.2.2.) e a proposta da coordenação em promover a desejada articulação entre conteúdos vivenciais e reflexivos.

Ainda em relação a este aspecto, a equipe de coordenação ponderou que poderia ter havido algum tipo de repercussão em relação à vivência, se se considerar tanto a riqueza da experiência vivida pelo grupo, como a impossibilidade de captar, no nível consciente, toda a complexidade de contribuições da experiência:

"Não me passa que não adiantou nada, porque (...) não consigo negar que aquele processo vivido não tenha sido significativo... (...) Eu verbalizei muita coisa no compartilhar que pode não ter sido entendida (...) Foi (...) impactante... (...) Pra muita gente. (...) que significado teve aquilo (...) Não chegou a ser processado (...) (Talvez) Não tenha sido (racionalizado)... Porque eu me espantei muito quando veio (...) Aquelas definições (tradicionais)".

Segundo as hipóteses levantadas por esta pesquisa, que procuram focar a forma de fazer o processamento, foi indicada durante a análise da atividade (item 4.2.2.), uma possível superposição entre os momentos de compartilhamento e processamento, como também este último pode ter sido realizado mais no nível simbólico, ou mesmo sem uma referência mais explícita em torno das concepções correntes a respeito do processo saúde/doença implicadas no desempenho dos profissionais de saúde, como sugeriu a coordenação. Desta forma, acredito que, para haver uma reformulação conceitual de acordo com o esperado, ou seja, houvesse uma ressignificação no sentido da "relação SAÚDE/DOENÇA, enquanto processo dinâmico" seria necessário um trabalho dirigido especificamente às formas de ver ou aos discursos sobre o tema combinados com analogias a respeito do que havia sido identificado durante a vivência, bem como um cuidado especial com o encadeamento do processo de reflexão, demarcando melhor os contextos de sua realização.

Outra questão indicada pela coordenação como um limite importante da Oficina é sua forma de estruturação em encontros periódicos, que provocaria interrupções na frequência, a necessidade de um cuidado especial em "aquecer" o grupo mais vezes, dificultando a otimização do tempo. Uma explicação levantada para os problemas de frequência dizia respeito à maior facilidade de "escapar" que as participantes teriam, em função do incômodo que o trabalho sobre as próprias emoções geraria:

"...nem todas as pessoas estiveram presentes a todos os encontros, o que sempre prejudica um trabalho desse tipo."

"Não foi tão inteira, do ponto de vista da frequência das pessoas. (...) foi (...) boa, ótima, mas não (...) 100 % (...). Isso é um problema desse tipo de organização de oficina (...) sem imersão completa. (...) As pessoas acabam enganchando pra chegar mais tarde, sair mais cedo... Ou não vir... E como a gente trabalha com emoção, mexendo muito (...) tá muito provocada essa possibilidade de (...) não voltar, sair mais cedo (...) Quando a pessoa está na imersão, ela não tem muita escapatória (...). Ela tem que sair por outras (maneiras)... (...) é difícil de otimizar o tempo. Porque... Tem um aquecimento... Toda vez, tem as faltas, tem o atraso..."

Dada a incerteza acerca das repercussões de uma intervenção episódica como esta, a equipe de coordenação sugeriu que a descontinuidade do processo seria uma importante insuficiência da Oficina, relacionando-a as necessidades de supervisão e acompanhamento, para que se tivesse um aproveitamento mais adequado do trabalho. Questionava-se "sobre o que realmente permanece para as pessoas de um trabalho de curta duração como esse. (...) fica cada vez mais clara a necessidade de estabelecer estratégias de supervisão/acompanhamento, para dar suporte aos profissionais."

Há que se ressaltar que, no caso desta Oficina, um tipo de acompanhamento teria ocorrido, através do grupo de estudos. A supervisão do trabalho propriamente dita teria se desenvolvido junto à equipe da Seção de Educação em Saúde, mas não com as oficinas, conforme parte delas solicitou.

Outra insuficiência indicada se relacionava ao aproveitamento de algumas oficinas. Suspeitava-se de que algumas não tivessem aproveitado ou se envolvido com a proposta:

"Uma pessoa que (...) ficou (...) um enigma... Eu não sei como ela aproveitou essa oficina... Gostaria de saber... (...) Ela não participou da Oficina todinha. (...) no final, ela me marcou (...) era uma pessoa que eu ficava tentando ouvir... (...) não se manifestava... (...) Isso era importante ter (...) O outro lado."

Em relação a este depoimento ficou evidente a atenção dedicada às participantes individualmente no grupo (suas expressões e seus não ditos). Em que pesem os questionamentos quanto às limitações de uma pesquisa em captar a riqueza e a complexidade de uma abordagem educativa, mencionados no capítulo sobre Método, pontuou também a necessidade de identificar o que estaria acontecendo com o "outro lado", das que não se manifestam.

5.2.2. Análise formativa

5.2.2.1. Lembranças marcantes

Nesta categoria frisou-se, inicialmente, o envolvimento e a disposição das oficinas em participar das atividades, a entrega dos programas à organizadora da atividade para disponibilização junto à clientela interessada, o pequeno tamanho do grupo, a organização em encontros periódicos, os contratempos e a redação prazerosa do relatório:

"A primeira lembrança que me vem é a maneira como o grupo de profissionais do CAISM, que decidi fazer a oficina se dispôs a participar de todas as atividades, fossem elas de tipo vivencial, fossem de tipo reflexivo."

"Me lembro que esse programa foi entregue à (chefia da Seção de Educação em Saúde) que distribuiu aos interessados."

"...essa (...) Oficina (...) ficou mais marcada. Tanto pelo (...) grupo pequeno do que costuma ser... (...) E o esquema do tempo (...) com (...) intervalo. (...) Teve alguns contratempos... (...) Teve um dia que eu tive que faltar. (...) Tinha um compromisso (...) Não pude estar com o grupo um período. (Pausa) Mas é uma lembrança boa. (...) Eu fiz o relatório com gosto (...)."

A vivência sobre conceito de saúde foi lembrada pela equipe de coordenação, destacando a potência da intervenção da coordenação durante a vivência e da intensidade com que viveram o momento:

"...dois grupos (...) apresentaram, histórias, de saúde. E teve aquele processo, de chegar até a imagem de saúde. (...) era um negócio... Todo... Doce... Tranqüilinho... No ritmo... (...) Eu disse: (...) (risadas) 'Eu acabo com essa saúde aí...' (...) eu entrei, devagar... E fui sentindo espaço (...) as pessoas foram reagindo, tudo corporalmente (...) Queriam me dar remédio, depois queriam (...) Me imobilizar (...) E não conseguiram (...) Eu entrei no papel (referindo-se ao seu intenso desempenho) (...) percebia que aquele grupo não esperava aquilo. (...) se surpreendia com o que eu ia sendo capaz de fazer. (...) Rolava no chão, espermeava... E (...) tentavam me segurar... Pelas mãos e pés... (...) depois tentaram me tirar fora. (...) e eu voltava... Se desfez a imagem de saúde, que (...) tinham montado (...)...e (...) eu, enquanto doença, acabei (pensando) '(...) deixa eu dar um tempo aqui'... (...) Porque não ia ter fim aquilo. (...) Ai, uma pessoa percebeu o (novo) ritmo que eu ia tentando imprimir (...)... entrou num ritmo comigo, e (...) devagarinho o grupo foi entrando (também). (...) Foi muito forte aquilo. (...) Eu comecei a tentar puxar uma (uma nova postura) (...) nesse momento, eu deixei de ser só a doença (...). Eu tentei me (...) harmonizar minimamente com aquela luta, com aquela briga, ingloria (...) É estranho, porque eu podia acabar com aquilo ali. Eu sentia que eu tinha força, energia, pra... Ficar pra sempre. (...) Ficar crônico o processo (e controlá-lo). (...) O grupo não me continha. (...) Foi minha iniciativa de mudar o (rumo das coisas)... "

"Me vem à memória a dinâmica do processo saúde-doença, em relação a dois aspectos: 1) a dinâmica em si, com a imagem corporal de todo o grupo sobre saúde-doença, que representava esse processo como algo extremamente dinâmico e podendo ser visto de várias perspectivas; 2) o momento seguinte, quando se solicitou às participantes que colocassem no papel, a definição do conceito saúde/doença trouxe uma decepção, pois a forma escrita nada revelava sobre a representação corporal feita."

Salientando o relato em que se dispôs a "acabar" com a imagem "tranqüilinha" de saúde encenada inicialmente, comportando-se como uma doença briguenta através do confronto, inclusive, físico, pareceu estar sendo confirmado o que já foi indicado na análise da atividade (item 4.2.2.). Naquelas considerações apontou-se que a auxiliar da diretora desempenhou um papel de antagonista, característico de uma interpolação de resistências, em que se vislumbrava uma desestruturação brusca a fim de lidar com uma relação estereotipada e propiciar a co-criação coletiva (ROMAÑA, 1996). Nesta perspectiva, a forma de atuação do grupo encontrou complementaridade na composição do personagem, o que poderia explicar a intensidade com que ambos, tanto a saúde quanto a doença, se compuseram em cena, dificultando, inclusive, outra opção de desempenho no decorrer dos trabalhos. Outro fato a destacar foi a precisão da lembrança a respeito da mudança de comportamento das oficinandas durante a vivência,

em que se indicou a referida intervenção como determinante, mas também a reação diferenciada que uma participante desenvolveu durante a dramatização. Estes apontamentos foram colocados no sentido de complexificar a análise, procurando realçar problematizações possíveis para análise da condução das vivências, que vão desde a opção pela utilização de um recurso cênico que acentua características presentes até a evidenciação de concepções das próprias coordenadoras misturadas às das oficinandas, que contribuiriam para o encaminhamento da cena, de forma a indicar menos certezas quanto às repercussões esperadas.

Detalhou-se também a vivência de retomada de construção da Cida, focalizando a reformulação da visão do grupo que teria ocorrido em relação à clientela do CAISM, chegando à "essência" da personagem e do vínculo das profissionais com ela:

"Eu não vi a construção da Cida. (...) no encontro seguinte, a gente trabalhou (...) O que tinha ficado (...) pra elas (...) A Cida concreta. (...) era de classe muito pobre, ou (...) mais remediada... (...) E eu queria saber mais d(ela). (...) Simbolicamente. (...) Tinha uma coisa da agressividade... (...) 'A Cida não sabe o que a gente quer fazer por ela' (...) a Cida acabou sendo representada por uma estrela do mar. (...) era uma imagem bonita (...) a gente trouxe a questão da sexualidade... (...) uma figura, amena, frágil... (...) foi modificando a percepção da Cida. (...) no simbólico".

Outra lembrança marcante da coordenação se refere ao contrato grupal, um momento prolongado, mas necessário no desenvolvimento da Oficina, especialmente neste caso em que se evidenciou um clima bastante tenso no início dos trabalhos:

"Tinha muita fala no início da desconfiança, das relações... De uma possível repercussão (na Oficina), de relações do serviço... Ruins (...) A gente não pode falar... (...) tem dificuldade... (...) o contrato foi muito... (...) minucioso. (...) A gente pegou um por um... Os medos, as dificuldades, as perguntas... (...) montou o perfil do grupo com todas as falas... E as pessoas falavam muito... Foi cansativo. Mas (...) foi muito interessante, porque foi uma forma do grupo lidar com essa coisa das relações de trabalho (...) Se misturam pessoal com profissional, as chefias são difíceis... (...) Me lembro desse clima (...) Me lembro que as disposições e regras (...) ficou interessante (...) entender o que é a disposição, o que pode ser uma regra (...) E naquele caso foi pouca regra e muita disposição."

Com este depoimento caracterizou-se, de forma bastante enfática, a interação existente no grupo anteriormente à Oficina, dando um referencial importante sobre o clima de pouca confiança que prevaleceria no CAISM na época. Tomando as reflexões de AFONSO (1997a) a respeito do que chamou de influências do contexto no trabalho de oficinas, a coordenação indicou sua abordagem sobre os processos de comunicação internos ao grupo e a demanda deste perante o que estava sendo proposto pela coordenação neste momento inicial. Pode-se imaginar que a tensão das oficinandas diante da proposta de expor sentimentos e opiniões a respeito de si e do trabalho que realizavam na instituição, foi incrementada pelo desconhecimento da abordagem, a partir do que referiram algumas oficinandas. Desta forma, a falta de comunicação prévia

a respeito da atividade, mesmo tendo sido disponibilizado o programa às chefias de setor das oficinas, conforme indicado, trouxe maiores dificuldades à já característica tensão do momento. Neste sentido, o contrato grupal (a construção de consenso entre a proposta da coordenação e a demanda do grupo) e os subseqüentes procedimentos que visavam ampliar a integração entre os participantes, foram fundamentais para que não ficasse nenhuma dúvida a respeito do compromisso que estavam assumindo a partir daquele momento, condição imprescindível para iniciar os trabalhos grupais.

Outra situação apontada foi a forma flexível como se deu o planejamento da atividade:

"O Planejamento da Oficina foi feito (...), tendo por base o programa da disciplina Educação em Saúde do Curso de (Especialização em) Saúde Pública. Pensamos no que era fundamental, e fomos construindo juntas (...), pensando e planejando as dinâmicas, o material a ser utilizado, etc. (...) após cada encontro (...) avaliávamos o que havia sido feito e replanejavamos o que viria a seguir."

Os educadores do LACES costumavam trabalhar durante a realização das oficinas, semelhantemente ao que foi apontado por AFONSO (1997a). Esta forma de trabalhar demandava um alto nível de confiança entre as integrantes das equipes de coordenação. De toda forma, seja pelo compromisso com esta maneira de planejar, construída passo-a-passo, baseada na confiança mútua, que supõe os conflitos e as convergências presentes a cada momento, seja pela complementaridade das maneiras de ser e conduzir os trabalhos mencionados anteriormente, se torna mais relevante as reflexões a respeito do processo de coordenação da Oficina.

5.3. Conseqüências para a demandante institucional

5.3.1. Análise somativa

Mantendo as mesmas categorias empíricas, uma ressalva que caberia fazer, entretanto, refere-se ao fato desta entrevistada, além de fornecer os dados aqui descritos, indicar também questões relativas ao contexto institucional do CAISM, acrescentadas no capítulo 4, Resultados e análises anteriores às entrevistas e grupo focal.

5.3.1.1. Repercussões diretas

Em que pese a consideração de que é difícil fazer essa relação direta entre a Oficina e eventuais mudanças na atuação das participantes, uma vez que elas participam de outras coisas também e seu contato com elas é pontual, a atividade teria colaborado com a discussão, promovida pelo setor, sobre a dimensão educativa do trabalho do profissional de saúde no CAISM, bem como teria sido um espaço privilegiado que contribuiu para as reflexões das oficinas no sentido delas lidarem melhor com a pressão por produtividade, denominada por ela como "demanda da assistência":

"...foi (...) mais uma (atividade educativa) em que a gente colocou (...) o papel de educador do profissional da área de saúde. Porque (...) anteriormente, quando eu fiz parte da equipe (trabalhando diretamente na assistência à clientela), (...) sentia que isso não era muito claro. (...) 'Eu sou nutricionista, mas eu tô educando (...)?' Em que momento? Não, tô cuidando da dieta.' (...) ou então (...): 'eu educo no momento em que eu tô no grupo educativo'. (...) (A Oficina falou) desse papel que é inerente a todo profissional de saúde."

"a Oficina (...) colabora, pra tirar um pouquinho os profissionais da demanda da assistência e parar pra pensar no que ele faz. (...) Um espaço privilegiado. (...) todas as vezes que a gente consegue fazer (...) o retorno que a gente tem é dizer: 'olha, consegui, discutir o que eu faço, (...) Vou tentar melhorar por aqui...' Ou 'Aquilo lá tava tão legal!' (...) Isso daí sempre aparece."

Neste último trecho do depoimento, poderia ser evidenciado um dilema indicado por VASCONCELOS (1999) como central na atuação do profissional de saúde. Diz ele:

"O intervir e o compreender são duas atitudes que, ao mesmo tempo, se completam e se antagonizam. Compreendendo, intervém-se melhor. Intervindo, compreende-se. Mas, intervindo, também se fecha para a compreensão. E ainda mais: o empenho na compreensão resulta em passividade. A síntese entre essas duas atitudes, intervir e compreender, acontece por conflito e colaboração entre atores que, com vocações diferentes, privilegiam uma das dimensões. Ou então pela sucessão histórica de etapas em que se enfatizam alternadamente as diferentes atitudes. Pela natureza de sua prática, o profissional de saúde tende mais para o intervir. Uma intervenção que, muitas vezes, não respeita os valores da população." (p. 126)

Longe de propor uma compreensão que produza profissionais passivos, esta abordagem defenderia a realização de momentos periódicos, em que fosse possível uma compreensão da intervenção para aprimorá-la tanto quanto possível.

5.3.1.2. Repercussões indiretas

Identificou dois tipos de posicionamento das oficinandas frente à atividade analisada: um, daquelas que teriam críticas à atividade, conforme apontado anteriormente por outras oficinandas, e outra, para as que gostaram e queriam aprofundar-se no tema trabalhado, reconhecendo, inclusive, que estariam aplicando estas reflexões e conhecimentos desenvolvidos a partir da atividade, de forma a repensar o acolhimento da clientela, os grupos educativos que realizam e as possibilidades de atuação no campo da Educação em Saúde. Salientou que estas repercussões nas práticas das profissionais não teriam atingido o CAISM, porque foi envolvido um número pequeno de participantes, alocadas em diferentes setores, o que diluiria eventuais efeitos ampliados de mudanças.

"Quem participou, se por um lado, teve essa dificuldade de expressar crítica, (...) por outro, outros participantes (...) queriam continuar. (...) aprofundar. Queriam mais vezes (...) foi um momento muito válido pras profissionais. Porque de alguma forma eu acredito que elas estejam usando isso no dia-a-dia delas. (...) Acho que (a utilizam) repensando as práticas de atendimento, de acolhimento, de grupo. (...) Eu tenho essa impressão. Pela proposta e depois pelo que a gente conversou (com as oficinandas)."

"...algumas até, (...) mudaram atitudes mesmo. (...) de enxergar as possibilidades da Educação em Saúde dentro do hospital. (...) o que pode ser feito, (com) (...) pacientes ambulatoriais, internados... (...) tem um mundo muito vasto. (...) a repercussão da Oficina é mais individual pra quem veio fazer. (...) (pausa) Por que (...) as profissionais que vieram, (...) pertencem a grupos bem diferentes (...) a sua própria chefia, a (...) própria proposta de trabalho..."

Outra repercussão indicada se referia à aproximação das participantes ao trabalho desenvolvido pela Seção de Educação em Saúde, ampliando a credibilidade do Setor na organização:

"Eu identifico (...) Uma aproximação de quem particip(ou) (...) com a Educação em Saúde. Porque aprovou a Oficina. (...) uma credibilidade nos trabalhos subsequentes... (...) maior interesse em participar das outras atividades que vieram depois... (...) certo respeito pelo trabalho que vêm em acréscimo ao fato de ter participado de um trabalho sério (...)."

Ao ser questionada se gostaria de fazer alguma observação em relação à Oficina, solicitou o agendamento de outra, demonstrando, mais uma vez, que seria necessária a continuidade do trabalho.

5.3.1.3. Insuficiências

Respondeu negativamente à pergunta sobre insuficiências da Oficina, duas vezes. No primeiro questionamento, ressaltou que seria difícil indicar qualquer uma, em função do tempo transcorrido entre entrevista e Oficina. A segunda negativa foi acompanhada do depoimento em que salientou o aumento de credibilidade do setor, devido a respeitabilidade adquirida com as oficinas.

5.3.2. Análise formativa

5.3.2.1. Lembranças marcantes

A entrevistada iniciou seu depoimento lembrando-se do tema que foi trabalhado durante a Oficina, dos critérios de seleção para composição do grupo, como foram as combinações do Setor com o Laboratório para a efetivação do trabalho e seus objetivos colocados dentro de uma estratégia geral do setor:

Em relação ao tema e objetivos do trabalho, conforme indicado anteriormente, teria sido abordada "a comunicação do dia-a-dia da assistência" e a "postura no contato direto com as pacientes", de forma "mais concreta" e que extrapolasse "as informações técnicas", vendo essa paciente enquanto "pessoa, cidadã", como mais uma atividade que contribuisse para "melhorar essa situação no atendimento".

Quanto aos critérios colocados para participação mencionou que a Seção os teria definido e que seriam dois: o fato dos participantes realizarem grupos educativos, a disponibilidade de tempo de participar definida pelas chefias de setor e o interesse próprio do profissional. Citou que algumas participantes compareceram mesmo estando fora do seu horário de trabalho, situação já indicada por algumas oficinas. Neste aspecto, chamou atenção algumas nuances de compreensão entre DI e a equipe de coordenação. Mesmo considerando que as coordenadoras não participaram desta "seleção" de participantes, apenas definindo um número máximo de quinze, foi esclarecido que, haveria, basicamente, dois critérios para participar da atividade: o interesse e o trabalho direto no atendimento à clientela institucional. Ambos critérios se relacionariam ao objetivo e método da proposta, isto é, ao fato de ser uma proposta em que a participação deve ser voluntária e seus participantes com experiência no cuidado

em saúde, não se restringindo evidentemente àqueles que realizam grupos educativos. A não coincidência de critérios demonstra que, provavelmente, a composição do grupo resultou de uma composição destes aspectos.

Os acertos do Setor com o Laboratório teriam se dado da seguinte forma:

"Nós fizemos contato com o LACES, (...) com aquela bateria de oficinas que já existia e (...) ficamos interessadas em várias delas. A única que foi possível viabilizar, foi essa (...) fizemos o contato, e amarramos o agendamento. Que era muito difícil. (...) aconteceu em março, nós fizemos esse agendamento mais ou menos uns seis ou oito meses antes."

Neste relato chamou atenção a dificuldade de agendamento, conquistado após meses de insistentes iniciativas de DI para efetivá-lo. Assim, o caráter pontual da atividade não se explicaria somente pela não priorização institucional, mas também pelo fato do Laboratório não conseguir atender a demanda, devido, basicamente, à maneira como se estrutura, pois conta com muito poucos profissionais vinculados institucionalmente e mesmo estes têm outras atribuições voltadas para o trabalho de docência no DMPS. Com este quadro, a proposta colocada pela coordenação de formar novos oficinairos que se apoiem na abordagem do Laboratório, é um desafio a ser enfrentado não de forma simples, uma vez que demandaria algum tipo de interesse das instituições envolvidas – universidade e serviço de saúde—para viabilizar a proposta como uma diretriz de sua política de formação profissional.

Outra lembrança marcante detalha a questão das críticas de algumas oficinandas feitas a ela após a Oficina, já relatada anteriormente. Lembrou que estas críticas não foram esclarecidas nem durante os encontros propriamente ditos e nem na reunião de avaliação ocorrida depois e coordenada pela Seção. Enfatizou que este tipo situação já teria ocorrido anteriormente, em relação a outras atividades, e que sugeriu às pessoas que efetivassem suas críticas no momento mesmo da atividade ou particularmente com as coordenadoras da Oficina. Opinou também que a dificuldade de expressar as críticas seria pessoal, em função de terem que se expor "em público".

Lembrou-se também, após ter sido questionada pela entrevistadora, da intermediação das chefias no contato anterior com o grupo:

"Nós encaminhamos o programa, que constava, assim, dos objetivos, a metodologia... (...) Antes. Conversamos com a chefias, explicamos o que era aquela proposta (...) E as chefias é que foram atrás das participantes. Então, nós não convidamos as participantes diretamente. Entrevistadora: Se houve algum preparo, você não sabe (...). Entrevistada: Provavelmente, não."

Este dado é esclarecedor quanto à falta ou distorção de informações colocadas por algumas entrevistadas, quanto ao que seria o trabalho a ser desenvolvido na Oficina, uma vez que teria ficado na dependência do interesse e da disponibilidade das chefias de

setor a sua divulgação. A repercussão no trabalho desenvolvido, evidenciado nas dificuldades de comunicação inicial que caracterizou o momento do contrato, é um importante analisador da dinâmica institucional, que precisaria ser levado em conta na configuração da proposta de trabalho de uma atividade como esta (AFONSO, 1997a).

6. Análise das polêmicas relativas à abordagem em Oficina

6.1. As polêmicas nas entrevistas das oficinas

À medida que as entrevistas iam sendo realizadas foi tomando corpo e se confirmando a impressão de que havia não-ditos nas falas das oficinas a respeito da atividade. Eram controvérsias ou questões polêmicas, que poderiam indicar limites ou críticas relevantes à nossa análise. Assim, procurou-se evidenciá-los, a fim de explicitar melhor pontos para discussão, que puderam ser melhor esclarecidos no grupo focal.

As análises feitas a seguir têm o objetivo de reconstruir a forma como estas questões foram sendo colocadas durante as entrevistas e, ao mesmo tempo, foram sendo tomadas por essa pesquisa.

6.1.1. A expressão de sentimentos, opiniões e conteúdos pessoais nas vivências

E1 enfocou esta questão, referindo-se ao momento de construção coletiva do conceito de saúde, constatando diferenças de percepção e expressão de sentimentos entre as oficinas, indicando "...quanto aquilo gerava um incômodo, às vezes... E como algumas pessoas se sentiam (...) mal... Um foram acolhidas, umas se sentiram excluídas durante essa dinâmica..."

Este relato supõe uma acuidade de observação da dinâmica grupal que a oficina já tinha antes da Oficina. E também uma indicação de sua opinião sobre o desenvolvimento adequado da dinâmica, em relação ao trabalho dos afetos presentes no grupo. Mais tarde, a entrevistada faz uma avaliação mais completa, citando novamente a exposição de sentimentos das participantes durante as vivências, relacionada à questão da coordenação do processo grupal:

"Eu acho que se bem conduzido, não. Complicado é quando não é bem conduzido, pode aflorar... Sei lá... A pessoa, às vezes, não se sentir acolhida... Em nenhum momento eu senti que isso aconteceu... Mas (...) acredito que, tenha situações que tem pessoas que não (têm) capacidade (...) de coordenar... Pode aflorar uma série de emoções, de conteúdos (...) o que é que cê vai fazer (...) Mas (...) foi o meu sentimento, né? Acho que tem a ver também a história... (...) faço terapia há muito tempo... Tem algumas coisas, que (...) consigo trabalhar (...) lá fora (...) Então... Não sei se as pessoas se sentiram expostas..."

Este depoimento pareceu indicar dúvida da entrevistada quanto à questão da exposição inadequada dos sentimentos durante o processo grupal. Ela ressaltou que quanto à ela isso não ocorreu, mas não poderia assegurar isso em relação às outras oficinandas. Refere que, de qualquer forma, isso parecia não ser um grande problema para ela porque tem retaguarda terapêutica, que lhe permite abordar em outros espaços, alguma questão que possa ter ficado inadequadamente trabalhada durante a Oficina.

E2 colocou-se frente a esse aspecto, indicando uma situação vivida durante a Oficina, onde duas oficinandas sentiram-se não acolhidas durante uma vivência:

"...tínhamos no grupo 2 pessoas que são evangélicas. E (C2) fez uma técnica de relaxamento em que você (...) Relaxando (...) acaba(ria) entrando mais em contato com você, de meditar... (...) avaliaram que a igreja delas não permite esse tipo de técnica. (...) gostaram (...) da oficina, mas não (...) dessa técnica. E para mim foi uma surpresa (...) Como isso é muito da gente, não dá para separar o profissional do pessoal, das crenças (...) não conseguiram ver aquilo no enfoque de uma técnica profissional, achando que era uma questão religiosa (...)"

É interessante perceber que a entrevistada reconheceu a dificuldade de separação entre o pessoal/religioso e o profissional, mas tomou esta dificuldade como uma limitação quanto à religiosidade das oficinandas, não refletindo sobre outra forma de como esse episódio poderia ter sido conduzido pelas coordenadoras. As oficinandas, ao se perceberem incomodadas com a técnica, tiveram oportunidade de explicitar seu incômodo, escolhendo entre participar ou não daquele momento? Em situações como esta, deveria ficar a cargo das oficinandas, isto é, de sua capacidade de se expor no grupo, a explicitação do incômodo? Ou a coordenação deveria deixar claro, sempre, a opção em participar de qualquer técnica que trouxesse incômodos de qualquer tipo, facilitando as coisas e protegendo quem não quisesse se expor no grupo?

Estas questões deveriam vir à tona num outro momento, em que se esperava contar, inclusive, com as oficinandas, protagonistas do episódio, de forma que pudessem expressar, se o quisessem, como se viram naquela situação, ajudando-as a elaborá-la, e, ao mesmo tempo, trazendo luz para o aperfeiçoamento da abordagem desenvolvida pelo Laboratório.

Como já foi destacado anteriormente, E9 indicou possuir uma visão crítica a respeito do que seria trabalhar em oficina, que pressupunha um autoritarismo embutido na proposta, relacionado à imposição de participação.

Em relação a este mesmo aspecto, E8 externou o ponto de vista de quem se incomoda, pelo menos, um pouco, com a questão da exposição de conteúdos pessoais, expressando, inclusive, estratégias de triagem na exposição desses conteúdos.

"(As coordenadoras) iam fazendo e deixando a gente bem à vontade (...) saindo daquela coisa muito fechada (...) põe pra fora o que (...) tá sentindo... (...) Entrevistadora: Essa coisa de falar da vida pessoal, como é que você vê isso? Entrevistada: (...) vejo (...) como uma coisa (...) muito produtiva. Entrevistadora: É? Entrevistada: É, porque ao mesmo tempo que é um desabafo, uma coisa que está ali engasgada, você troca experiência (...) que eu posso melhorar e crescer (...) tem um lado positivo nessa parte. (...) Mas (...) (na Oficina) (...) foi tudo (...) bem 'light' (...) Podia falar à vontade que não tinha que (...) Entrar numa parte muito íntima sua, que (...) não tinha coragem de falar... (...) A gente levava muitas coisas que eram mais... (...) falar na brincadeira (...) Não teve aquela restrição (...) (As coordenadoras) encaminham a gente a fazer as coisas, dando um apoio que te leva a fazer (...) naturalmente. (...) Não se sente pressionada a falar".

"E faz a gente se soltar mais porque (...) tem que falar bastante (...) dar orientação para o paciente (...) Formas de se soltar... (...) para o paciente sentir segurança de se soltar para você também..."

Tomando as reflexões de AFONSO (1997a), é possível reconhecer estas posturas como filtragens, associadas, provavelmente, a uma proibição social, advinda de constrangimentos relacionados aos temas de discussão, pois foi realizada de forma consciente pela oficinanda. Afirmou, entretanto, que a abordagem das coordenadoras facilitando a expressão, fazia com que o processo fosse produtivo porque, apesar de ser desgastante, "um desabafo", há uma libertação em valorizar a própria experiência, no sentido de enriquecer e aprimorar a abordagem dos pacientes. É interessante também perceber a compatibilidade expressa pela oficinanda entre reconhecimento da necessidade do trabalho sobre si com uma abordagem preventivista da clientela, que passaria pelo "dar orientação", uma conduta aparentemente contraditória com a perspectiva da auto-reflexão. Desta forma, ficaria mais evidente a necessidade de articular o trabalho vivencial com um aprofundamento a respeito das concepções presentes nas práticas educativas em saúde, num trabalho teórico-reflexivo, baseado na problematização deste aspecto.

Tendo em vista as necessidades de ampliar a participação do paciente/oficinanda/educando e os desafios advindos da exposição dos sentimentos durante as vivências que vem sendo apontadas, E5 identificou as costumeiras dificuldades no início das atividades. Associando sua situação na Oficina com experiências similares que percebe acontecer com seus clientes, reafirmou sua visão positiva em relação à proposta desenvolvida na atividade, graças à forma de condução que estimulava a participação:

"...porque no começo cê fica até assim (...) Mas (a) forma como vai sendo conduzida a coisa, cê vai ficando mais solta... (...) não é que você fica mais tensa, é que você está tão acostumada a sentar num lugar e ouvir... Ao invés de participar, que aí quando (as coordenadoras) te colocam pra (...) participar, cê fica meio no choque (...) 'agora é minha vez' (...) é um lado que a gente precisa trabalhar muito... É o hábito de tar falando em público, (com) muita gente (...)"

No trecho a seguir a entrevistada demonstrou necessidade de trocar palavras sinônimas ("expor-se" e "mostrar-se") a fim de não dar uma conotação negativa, às suas

explicações, como também evidenciou o incômodo gerado ao trabalhar expressando sentimentos:

"...pôdiã não ser a intenção, mas (...) acaba expondo (...) seu lado emocional (...) Gerava... (...) muito (incômodo) (...) mexeu muito o (meu) emocional. (...) Foi meio que uma terapia (...) acabava se... Não é expondo, mas... (pausa) Se mostrando mais pras pessoas... E no início (...) não tem muita intimidade (...) fica meio retraído, mas, a partir do momento que (...) vê que a coisa está sendo conduzida (...), que tá indo pra frente (...) não vai tendo problemas de se expressar (...) fica mais solta."

Neste sentido, parece que a entrevistada, ao mesmo tempo em que procurava entender o que teria havido com ela (e/ou com outras oficinandas) em relação à exposição de sentimentos (seu incômodo inicial), vai reafirmando também sua opinião positiva sobre este aspecto dentro da proposta da Oficina, realçando que a maior intimidade no grupo combinada à forma de condução facilitaria a expressão, favorecendo o que chamou de "terapia".

E6, também envolvida com a ampliação da participação e da exposição dos sentimentos, defendeu a busca intensa das emoções, focalizando o papel da coordenação nesta proposta:

"...gosto muito das profundezas (...) me identifico com as coisas de ir lá e ficar mexendo... E aprofundando... (...) que mexe muito com a gente mesmo (...) Tem uns papos muito sérios lá... (...) teve coisas (...) que pegam a gente... Não sei (...) Se alguém chorou... Eu me lembro que (...) me emocionei (...) com algumas coisas (...) E realmente dos assuntos eu não me lembro muito bem... (...) porque (as coordenadoras) botam lenha na fogueira e depois têm que dar um jeito (...) de (dar conta da) emoção de todo mundo (...) vem à tona, não tenha dúvida nenhuma. Mas é muito interessante. Precisava fazer outras..."

Em que pese a assumida necessidade de exposição, a entrevistada colocou uma ressalva no meio de sua fala, relativa às perdas em relação à abordagem de conteúdos educativos, que acontecem quando se trabalham as emoções. Reforçou também o papel das coordenadoras em estimular a expressão, que requer capacitação na abordagem, reafirmando, ao final, sua concordância e necessidade de continuidade da proposta.

Ressaltando a necessidade de ampliar a participação dos educandos nos processos educativos de que fez parte na Oficina, E11 destacou o medo de se expor e de aproximação física que viu em outras profissionais durante as vivências. Na sua fala seria possível identificar estas situações nos momentos de avaliação subjetiva e no compartilhar, (item 4.2.2.) que ocorreram durante a vivência:

"E tinha que falar... Porque tem Oficina que você faz, que a pessoa que é calada, passa batido. (...) eu que fui percebendo (...) que tinha espaço para falar... E no finalzinho também tinha umas dinâmicas legais. (...) a gente tinha que falar, uma palavra de otimismo... (...) noutra dia (...) faziam diferente (...) (Era) O quê você estava sentindo (...) O que representou para (a pessoa)".
 "...nos últimos momentos (...) tínhamos que ficar em roda, dar as mãos (...) porque as pessoas têm um medo de dar as mãos (...) Um medo de pegar (...) Às vezes eu brinco (...) 'O meu pretume, a minha cor, não vai passar (...)' Não quero agredir (...) preto com preto, branco com

branco... (...) Se eu tocar vai mexer com o irracional.(...) De repente o toque, essa coisa vai te contaminar (...) O ser humano é muito louco!"

Esses dois trechos expressam uma visão autoritária sobre participação durante processos grupais, na qual todos "precisam" ou "têm" que se colocar ou se "tocar" nas situações em que isto era solicitado pela coordenação. Realçaram também eventuais motivos para a dificuldade na aproximação corporal, como o preconceito étnico ou aspectos relacionados à dimensão do irracional.

Segundo PAGÈS (1982), desde FREUD, se reconhece a relação com o "outro" fundada no inconsciente (ou o que a oficina estaria denominando como "irracional"). A alteridade era, sob aquele enfoque, entendida como objeto de satisfação ou obstáculo do desejo, cuja interação era mediada pelas relações de autoridade estabelecidas com "outros privilegiados" (pais, chefes ou figuras de autoridade). Entretanto, procurando superar dialeticamente este referencial, vem-se buscando compreender e definir as interações que se estabelecem, principalmente colocando o fenômeno grupal no centro destas discussões. O medo* de que fala a entrevistada parece dizer respeito ao contato com "a existência de afetos inconscientes compartilhados por todos os participantes do grupo" (PAGÈS, 1982, p. 291) que estariam associados a mecanismos de defesa contra as ansiedades primitivas do indivíduo, mas também nas relações afetivas vividas no grupo. Nesse sentido, a afirmação de que a indiferença ou o medo são aparências** que escondem "uma não-indiferença mais profunda", não justificaria o toque ou a busca de exposição dos sentimentos deste "outro", a despeito dos limites colocados, porque desta forma estaria se configurando uma relação instrumental e não um espaço co-construído entre sujeitos.

Outro posicionamento que parece estar relacionado à polêmica sobre a exposição de sentimentos/opiniões durante as vivências ficou evidente no depoimento de E10. Esta entrevistada indicou uma possível indisposição ou dificuldade em fazer parte de atividades educativas com a abordagem vivencial-reflexiva.

Explicitando melhor sua dificuldade em trabalhar com esse formato de atividade educativa, ao ser questionada se ela mesma faria uma oficina como a que propôs para trabalhar o auto-cuidado com suas clientes, colocou o seguinte: "Ahhh, eu não, eu não tenho prática. (...) Era bom que elas (as coordenadoras) mesmas viessem (fazer a oficina)."

* BION, W. R. *apud* PAGÈS, M. A. Relação Imediata IN: PAGÈS, M. A. **A vida afetiva dos grupos**. Petrópolis, Vozes, 1982, p. 280-316.

** BION, W.R. *apud* PAGÈS, M. A. Relação Imediata IN: PAGÈS, M. A. **A vida afetiva dos grupos**. Petrópolis, Vozes, 1982, p. 280-316.

Esta opinião poderia estar ligada à pouca familiaridade com a metodologia. Entretanto, no trecho a seguir ficou evidente que este fator está presente, mas sua indisposição em realizá-la estaria relacionada à sua "falta de jeito":

"Entrevistadora: E você (...) com mais tempo (...) de conversa (...) não se sentiria tranqüila para fazer uma Oficina dessa com as suas pacientes? Entrevistada: Mas eu não tenho jeito! (...) Não, não tenho. Entrevistadora : Então tem que ter jeito, é isso? Entrevistada: Eu acho que tem, (...) tem que ter preparo. Entrevistadora: Sim, preparo, sim. Mas o jeito a gente também pode ir desenvolvendo, será que não? Entrevistada: (...) Não é tão, o jeito. Pronto, retiro o jeito... Entrevistadora: (Risada) Entrevistada: Eu acho que é mais o preparo mesmo. (...) Teria que estar preparada para isso, né? Entrevistadora: Isso. E você teria disponibilidade para esse preparo? (...) Entrevistada: Eu não sei."

O que se destacaria é que, mesmo depois de aparentemente concordar com a entrevistadora de que não seria uma questão de "jeito", mas que isso poderia ser desenvolvido com o preparo para o trabalho, E10 desconversou quando foi inquirida se se envolveria num preparo para realizar este trabalho.

Esta opinião, aparentemente contraditória, expressou a dificuldade em se aproximar desta forma de trabalhar. Não se sabe se esta última explicação levantada é a que daria conta da situação, mas, pelo menos, precisaria ser considerada no encaminhamento dos processos formativos do Laboratório. Conforme AFONSO (1997a), a proposta de trabalho de uma Oficina deve ser sempre uma proposição e não uma imposição, alicerçada no compromisso ético de maior autonomia dos sujeitos. Neste sentido, os limites impostos por eles precisam ser levados em conta para que o trabalho possa se realizar no sentido apontado.

Nos depoimentos até agora colocados, de forma geral, o valor mais positivo que atribuíam à proposta, considerando a capacidade de ampliar a participação durante as atividades, fazia com que argumentassem em favor dela, sendo esta uma conduta bastante marcante em várias entrevistas. Apesar desta tendência, algumas ressalvas já iam ficando claras: o fato de ter uma retaguarda terapêutica externa facilitaria a disposição em participar, a necessidade de suporte e capacitação adequada da coordenação durante os trabalhos, a conseqüente dificuldade de apropriação de conteúdos teóricos nos momentos em que os sentimentos estivessem muito aflorados, a pequena afinidade ou disponibilidade pessoal em participar das vivências e o receio de autoritarismo da exposição compulsória, mesmo levando em conta argumentos legítimos do ponto de vista do processo de ampliação da autonomia dos sujeitos.

6.1.2. O vivenciar sentimentos frente o trabalho teórico-reflexivo

E4 trouxe esta outra polêmica, levantada também por E6 no item sobre insuficiências da Oficina, que é central para a metodologia utilizada pelo Laboratório: as dificuldades de articulação e de ponderação entre o vivenciar a expressão de sentimentos no grupo e a abordagem de conteúdos teórico-reflexivos. Do ponto de vista de E4, uma vez que não havia retido os conteúdos para os quais as vivências estariam sendo realizadas, reconhecia que a contribuição mais significativa para ela teria sido a participação nas vivências.

Os trechos indicados, em que refere não conseguir se lembrar a que contexto estava ligada a vivência, foram os momentos de construção do objeto simbólico relativo ao processo educativo de cada um e o do trabalho reflexivo sobre o papel de educador e síntese da Oficina no momento do encerramento.

Esclareceu sua opinião quanto ao objeto de trabalho que deve ser privilegiado na Oficina de Educação em Saúde, confirmando a forma que teria sido adotada no conjunto da atividade, a partir de um exemplo de um curso promovido no CAISM, através deste depoimento:

"Nós trabalhamos a questão do aconselhamento. (...) optamos por não tocar na questão do conteúdo do aconselhamento, e sim, justamente na questão da comunicação, da interação do profissional com o cliente. (...) É a maior dificuldade. (...) se você trunca (a relação), você vai ter informações muito mais dicotomizadas, bem fragmentadas..."

Esta entrevistada chamou de "conteúdo do aconselhamento" as informações propriamente ditas alvo do aconselhamento. Analogamente, como propõe a abordagem do Laboratório, se poderia identificar o conteúdo educativo do aconselhamento, como a questão da comunicação e da interação profissional com o cliente. Temos chamado estes conteúdos educativos de "conteúdos vivenciais", porque se tem considerado que a aprendizagem significativa seria mais possível de ocorrer, caso se articulem de maneira intencional as dimensões afetiva e cognitiva presentes no contexto educativo. Desta forma, estariam sendo privilegiados conteúdos, só que vivenciais e não técnicos, relativos à enfermidade, onde o aconselhamento é uma das estratégias de abordagem.

Esta ressalva que parece ser somente terminológica, esconderia uma concepção muito corrente nas propostas de trabalho educativo, a partir das quais são entendidos como conteúdos, apenas aqueles reconhecidos como teóricos, cuja aproximação se dá através do uso da razão ou da reflexão sistematizada. Os conteúdos vivenciais, por sua

vez, admitiriam uma aproximação mais impalpável, que pode se dar utilizando outros recursos como os da arte, por exemplo, acessados através da intuição.

Tomando esta consideração, poderia se criticar a indicação do privilegiamento das vivências em detrimento do trabalho sobre conteúdos, se se restringe os conteúdos à percepção de que seriam somente apropriáveis através da razão. Ao contrário, se a perspectiva é aumentar a complexidade das formas de apreensão, de maneira que outros canais possam estar abertos à percepção, a priorização do trabalho vivencial se coloca porque permitiria a aproximação intuitiva, mas também deveria ser compatível com o processo reflexivo de análise e, quem sabe, de síntese.

Neste sentido, se a proposta de focalizar a questão vivencial não estiver acompanhada da problematização que amplia e integra conceitos, a ação educativa se configuraria numa sensibilização que recomendaria um aprofundamento reflexivo subsequente, prevalecendo a separação indicada entre razão e sentimento.

Levando-se em conta a perspectiva de priorizar a vivência em detrimento da reflexão conceitual ou a crítica relativa aos momentos de desconexão entre experiência vivencial e reflexão conceitual indicados por E4, seria interessante levantar possibilidades desta proposta ser desenvolvida durante a Oficina de Educação em Saúde. Por um lado, a referida priorização não estava devidamente explicitada com as oficinas desde o início da atividade. Se assim fossem encaminhados os trabalhos, não seria necessário refazer o contrato com o grupo, de forma que a proposta passasse a focalizar os temas emergentes do grupo e não mais a dimensão educativa do trabalho em saúde? Qual seria o objetivo de uma oficina de Educação em Saúde? Tomando, por outro lado, as evidências de separação entre vivência e reflexão conceitual ocorridas durante a Oficina, não seria necessário reconhecer eventuais problemas na forma de realização destas reflexões, ou o tempo disponibilizado para elas, ou quaisquer outros aspectos que indicassem possíveis aprimoramentos da abordagem? E ainda, não seria a proposta de focalização do método no trabalho vivencial, uma forma de atender uma necessidade conhecida reprimida nas instituições de saúde de que seus profissionais expressem seus sentimentos no espaço do trabalho hegemônico pelas tecnologias duras e leve-duras (MEHRY, 1997a e b)? De qualquer forma, as questões aqui levantadas apontam mais uma polêmica em que se envolveria a abordagem desenvolvida pelo Laboratório, que, mesmo não tendo respostas definitivas, colocamos desafios importantes para reflexão.

Também em relação a esta questão, E1 parece não percebê-la como uma contraposição entre vivência e conceito, ou sentimento e razão. Identificou a necessidade de integração do trabalho vivencial com a conceituação teórica, principalmente no trabalho de temas do campo da Educação em Saúde, porque é mais eficaz no tratamento de temáticas complexas carregadas de subjetividade. Em sua entrevista colocou isto da seguinte forma:

"...a reestruturação curricular (do curso de Medicina), (...) tenho ouvido algumas coisas, que (...) tem sido muito mais na linha das vivências... Os treinamentos, eu dava uma parte que era mais teórica... Nunca foi teórica (totalmente), a gente dava dinâmica de grupo, mas (...) sempre tinha (sic) as avaliações (...) e (...) sempre (optamos pela) vivência. (...) acho que toca mesmo as pessoas... (...) Nada como você sentir (...) até se identificar (...) pra ter uma mudança de comportamento. (...) eu percebo que todas as dinâmicas de grupo que eu vivenciei, (...) guardo muito mais, e (...) consigo administrar depois de uma forma muito melhor do que as outras que eu leio no livro (...) Você consegue tar mais atenta aos detalhes (...) Eu acho que é bárbaro..."

6.1.3. O objeto da educação em saúde na Oficina: informação em saúde ou relação entre profissional - pessoa em cuidado

Como já foi evidenciado em análise anterior sobre os depoimentos de E5 relativos a insuficiências expressas durante a Oficina, ela também se colocou discutindo a questão do objeto da Oficina de Educação em Saúde. Ao ser questionada se havia se lembrado de algum tema que teria sido trabalhado durante a Oficina, respondeu o seguinte:

"...o tema, mesmo, não me lembro... A gente trabalhava muito (...) essa coisa do eu (...) do interior, quer dizer, eu me sentia bem (...) Você aprendendo (...) a se conhecer ou se aprofundar mais nas coisas, acho que (para) passar melhor... (...) entender melhor (...) As coisas, as pessoas... O retorno... Como lidar com as pessoas... Porque acaba mexendo um pouco mais, com o vínculo".

"É pegar a coisa como um todo (...) Não é um tema. Todos os temas foram importantes, tanto que é que todos eles geraram isso. (...) Então não vou falar naquele tema (...) o conjunto (...) Da produção da Oficina. Não sei se era isso mesmo que elas queriam passar, mas foi isso que ficou pra mim."

No primeiro trecho, a entrevistada referiu que o tema central trabalhado seria a relação dos profissionais consigo mesmos, acreditando que o trabalho sobre si poderia contribuir com a qualificação do vínculo que se estabelece com "as pessoas", os pacientes, no caso. Esta seria, para ela, a estratégia utilizada pela coordenação para focalizar a dimensão educativa do trabalho em saúde.

E7 afirmou seu entendimento de que a Oficina de Educação em Saúde teve como objeto principal trabalhar a questão dos relacionamentos. Fez esta associação ao

ser questionada se se lembraria de algum tema que a Oficina teria abordado, respondendo o seguinte:

"Temas específicos? (pausa) (...) específico, não. Mas eu sinto que ela trabalhou muito com o relacionamento da gente. (...) Com meus colegas de trabalho, com a minha família... Porque (...) não trabalhou só o relacionamento (no) trabalho (...) (mas) de vida mesmo. (...) Eu não sei te explicar (...), mas (...) sinto que em vários momentos foi trabalhado esse tipo de conhecimento. Acho que até foi direcionado pra isso. Não lembro direito, mas eu sei que foi muito gostoso (...) Esse relacionamento que eu acho que aí que foi a mudança, que.. (que aconteceu comigo)".

Ambos depoimentos de E5 e E7 tomaram características complementares da questão do objeto a ser priorizado neste tipo de ações educativas em saúde: de um lado, a primeira focalizou a questão do auto-reconhecimento do profissional no sentido de melhorar seu vínculo com a clientela, de outro, E7 localizou o trabalho sobre os relacionamentos de forma não fragmentária, procurando integrar as dimensões profissional e pessoal na perspectiva de trabalhar os aspectos educativos ou o papel de educador do profissional de saúde.

Essas percepções indicadas, entretanto, precisariam ser conferidas num momento posterior, reforçando a necessidade de criarmos um espaço, em que fossem focalizados os aspectos mais críticos da Oficina, resguardando a fala dos possíveis descontentes.

Como já foi indicado no capítulo sobre Método, procurou-se criar um espaço que desse conta de investigar as opiniões controversas sobre esses aspectos, tentando resguardar a participação daqueles que expressassem com maior dificuldade suas indisposições ou ambigüidades, para delas retirar reflexões sobre os limites e as possibilidades da proposta.

6.2. As polêmicas, a continuidade e sugestões de aperfeiçoamento apontadas no grupo focal

Conforme apontado, o grupo focal contou com a participação de sete das 11 entrevistadas: E1, E2, E5, E6, E8, E9 e E11. Coincidentemente ou não, entre as ausentes estavam algumas das que fizeram os depoimentos, a partir dos quais foi possível identificar algumas das questões controversas. O desafio colocado, então, era saber se as participantes daquele momento se envolveriam com a discussão a ponto de aprofundá-la, indicando, principalmente, os limites da abordagem analisada.

O estranhamento inicial delas quanto às questões propostas para reflexão e discussão coletiva poderia estar relacionado à forma como foram formuladas e apresentadas, como já referido. Por outro lado, também poderia dizer respeito ao fato de, pelo menos para algumas delas, não haver tanta clareza a respeito das reflexões realizadas durante as entrevistas.

A partir destes apontamentos é que será iniciada a descrição e análise das discussões, sendo apresentadas dentro do mesmo encadeamento em que ocorreram no grupo.

6.2.1. O vivenciar sentimentos frente ao trabalho teórico-conceitual

C apresentou esta primeira questão às participantes, mas foi necessário um esclarecimento de P para que se sentissem em condições de debatê-la.

Após esta colocação, E2 fez um longo depoimento, com o qual o grupo foi demonstrando concordar. Nele confirmou a opinião de que a vivência teria ficado mais forte, em função do entrosamento grupal, da troca multiprofissional e do reconhecimento de que é educativa a dimensão do trabalho em saúde. Junto com a percepção de que seria necessário aprofundar a sensibilização ocorrida durante a Oficina, reafirmou sua impressão de que alguns ("uns dois ou três") profissionais não teriam percebido nem a vivência como importante, isto é, que a Oficina não teria trazido contribuições para eles.

Houve concordância com E2 a respeito de que a vivência foi o mais importante, destacando-se que a troca entre profissionais, que se solidarizavam com as angústias uns dos outros, promoveu frutos, principalmente o grupo de estudos. Foi ressaltada também

a importância do aprofundamento teórico, que não foi possível continuar em função da viagem ao exterior de uma das coordenadoras.

Foi reforçada a opinião de que houve um enriquecimento da abordagem dos pacientes, porque foi priorizado "deixar solto para cada um expor aquilo que sente", para ser trabalhado com o paciente desta forma na prática. Foi considerado que havia um "respeito à individualidade do outro" na Oficina, que apontaria para uma abordagem que procura:

"Em vez de só você dar as informações, mas ter essa coisa recíproca, de (...) ter podendo ouvir, pra poder descobrir (...) que lado trabalhar (...). Deixando a pessoa (livre para) entrar no espaço... Não se colocar como educador, mas também como participante do grupo, como se fosse um aprendiz. Assim você também pode trabalhar as angústias, os anseios dos pacientes."

Confirmando esta opinião, apontou-se a falta de individualidade no atendimento dos pacientes como característico do CAISM, onde também os profissionais não se conhecem. Esta troca seria necessária à abordagem dos pacientes para que suas necessidades fossem consideradas.

C destacou, então, que este conceito de Educação enquanto espaço de troca foi evidenciado durante a Oficina, levando-se a pensar que mesmo ressaltando o trabalho vivencial, este conteúdo teórico teria sido trabalhado.

Por outro lado, foram focalizadas as dificuldades de integrar conteúdos vivenciais e teóricos porque durante as vivências "você sente, tem "insights", se vê numa relação diferente, interage com as pessoas, mas existe uma dificuldade de fazer a ponte com o teórico, o que táva ali por trás. Tem uma proposta que a Oficina foi estruturada... Acho que existe essa dificuldade. De aliar (vivência) ao conceito."

Estas considerações ajudaram a ampliar a complexidade das próximas colocações, que ressaltaram a eficácia do trabalho do conceito de Educação não autoritária trazido de Paulo Freire, indicando entretanto a necessidade continuar estudando e aprofundando as reflexões. Salientou-se ainda que depois da Oficina, aquilo que havia ficado claro, era difícil aplicar no dia-a-dia. Argumentou-se que no cotidiano profissional há sempre a pressão do tempo, do número de pessoas a serem atendidas, que dificultam as coisas. Novamente reforçou-se a necessidade de fundamentação teórica posterior. Foram colocadas também situações comuns ao cotidiano hospitalar em que preponderam uma postura profissional vaidosa e autoritária, onde o profissional supõe uma abertura do paciente às suas orientações.

Q questionou as participantes afirmando a cisão entre "sentimento" e "razão" e perguntando se quando o sentimento está muito presente, é possível pensar/refletir também.

Em resposta ao questionamento, afirmou-se que o “pensar” e o “sentir” foram trabalhados na Oficina, onde teria ocorrido uma articulação das duas dimensões:

"Não é separado sentir do pensar. Você pode só pensar, bloqueando o sentimento, mas você pode pensar sentindo. Naquele momento eu acho que a gente pensou sentindo... (...) No momento em que pensamos na paciente, na postura dela chegando, como você atendia... Como você a via... Você sentia, se identificava, se emocionou... Teve momentos que foram puro sentir, por exemplo, quando você se reportou à sua infância, à sua educação, como (...) foi educado, não foi pensar, foi sentir... Mas teve momentos em que (...) chegou a pensar como eu atendo, o que eu faço, quando vou colocar um caso, a gente pensava sobre ele. Você conseguia identificar. Então eu acho que aconteceu as duas coisas. Diferente de algumas oficinas que você vai para falar, tem medo de não estar à altura intelectualmente. Lá a gente sentiu, vivenciou e colocou também as questões de conceito de cada um. Não dá pra gente se reportar a pessoas que não estavam... "

Foi reafirmada a proposta da Oficina de integrar os dois conteúdos, salientando-se entretanto que:

"A gente tem as duas coisas dentro da gente, mas eu acho que em termos de vivência, às vezes a emoção fica mais forte sim. Claro que não é de uma maneira desorganizada, que tem uma razão, uma reflexão e é difícil integrar as duas coisas. Acho que a emoção fica à flor da pele. E a gente pode integrar depois ou não. Teve situações (sic) que a gente sentiu mais. E isso é particular de cada um também".

Durante esta fala o grupo vai expressando sua concordância com seus pontos de vista. Neste sentido, reafirmou-se a abordagem acerca sentimentos realizada, uma vez que se percebia o que estava sendo trabalhado, isto é, cada um "saía de lá pensando... Tentando amarrar as coisas...", encontrando-se depois para conversar sobre o que tinha se passado.

C, após consultar o grupo se haviam esgotado suas colocações a respeito da questão, procurou articular as considerações sobre a polêmica, levantando que, num primeiro momento, a vivência teria ficado mais forte como repercussão da Oficina, junto com o conceito de que inevitavelmente se faz Educação em Saúde no cotidiano profissional. Que o entrosamento vivido fortaleceu o conceito de Educação enquanto troca de saberes, mas que também seria necessário o aprofundamento teórico posterior para ser possível, de fato, integrar o vivencial e o conceitual. Que os desafios da prática também dificultariam a concretização desta ponte, devido às pressões institucionais por produtividade e às exigências técnicas relacionadas necessidade de adesão ao tratamento pelos pacientes. Que, enfim, seria possível pensar e sentir ao mesmo tempo, mas que, mesmo o sentir ficando mais forte, é possível ocorrer essa integração em diversas gradações. Num momento o sentimento é mais forte, mas as participantes saíam desses momentos sensibilizadas, refletindo sobre eles.

Há que se notar que, ao apresentar estas conclusões, não houve, por parte do grupo, qualquer consideração que corrigisse ou indicasse necessidade de uma

renegociação do que foi coletivamente construído. Este fato poderia ser explicado por ser esse o primeiro momento do grupo focal, quando ainda não havia aquecimento suficiente para colocar-se de forma mais assertiva. Outro aspecto que pode ser apontado é a ausência de uma das entrevistadas que polemizou de forma bastante rica e direta em relação a esta questão.

Mesmo com estas ressalvas, é necessário apontar que as referidas considerações reafirmaram, apesar de ressaltarem o trabalho vivencial como o foco do trabalho desenvolvido na Oficina no início, a ocorrência de algumas apropriações conceituais, como a inevitável Educação em Saúde que é realizada no cotidiano e a Educação enquanto processo de troca de saberes entre profissionais e usuários. Em que pese as dificuldades reais e práticas em estabelecer a integração entre as duas dimensões apontadas, os exemplos citados pelas oficinas confirmaram a existência desta integração, se fossem extrapolados os momentos vividos na Oficina, ou seja, aqueles em que iam embora pensando, no contato posterior com as oficinas em que comentavam o que havia acontecido e no grupo de estudos.

6.2.2. A expressão de sentimentos, opiniões e conteúdos pessoais nas vivências

O convite à discussão desta polêmica foi feito por C, partindo do reconhecimento de uma visão comum nas pessoas de que a exposição de sentimentos conferiria à metodologia utilizada na Oficina um caráter manipulatório.

Há que se ressaltar que se optou por trabalhar com o termo “manipulação”, mesmo considerando que as entrevistadas não o tivessem adotado durante seus relatos anteriores. Na literatura estudada esta terminologia é comumente utilizada quando se quer fazer uma crítica aberta à metodologia. Tanto ROMAÑA (1996), quanto AFONSO (1997a) ressaltaram que a abordagem analisada pode ter um conteúdo manipulatório, na medida em que se busca, em geral em contextos de formação profissional, a utilização de técnicas para, a todo custo, produzir relaxamento, o desempenho de habilidades ou criar um falso clima de harmonia entre os participantes, a despeito das necessidades colocadas pela dinâmica grupal ou pela busca de autonomização dos sujeitos. Desta forma, procurou-se garantir que aquele espaço pudesse ser usado a fim de explicitar todos os aspectos relacionados à abordagem de Oficina, de maneira mais clara possível.

Durante a polêmica anteriormente discutida, esta questão já havia sido levantada por uma das participantes. Naquela ocasião foi colocada uma opinião favorável quanto à abordagem da coordenação da Oficina, que "conduz" os trabalhos de forma que as participantes sintam-se à vontade para participar e se expor. Esta disponibilidade também seria propiciada pela falta de oportunidades que as profissionais teriam em expressar-se durante o trabalho que desenvolvem. O exemplo das coordenadoras deveria ser seguido pelas oficinas com seus clientes: "Da mesma forma que vocês nos deram oportunidade de se expor, a gente procura (...) estar fazendo isso também com a cliente, dando oportunidade dela se expor. Porque nem sempre aquilo que você vai falar com ela, é o que ela quer". Contrapondo-se a esta opinião, outra oficina argumentou que o que vale para as profissionais também deve acontecer com as clientes, ou seja, como há profissionais que não querem trabalhar num formato como o da Oficina, porque não gostariam de se expor, também aconteceria isto com os pacientes, o que seria legítimo. Neste sentido, a condução que a coordenação exerceria com as oficinas, deveria levar conta esta disposição em participar de cada uma.

Retornando ao momento subsequente à apresentação da questão para discussão do grupo, foi constatado certo incômodo e discordâncias de várias delas, com comentários realizados ao mesmo tempo, procurando colocar as opiniões frente ao tema que estava sendo discutido.

Havia um desconforto com o termo manipulação utilizado:

E6: "Não, ela manipula, ela induz..."

(...)

E6: Como eu disse: vocês jogam (a) coisa e cada um reage de um jeito.

(...)

E6: Mas foi uma indução, não manipulação. Quer dizer, se você for ver, pode ser uma forma de manipulação, né? Você manipula de uma forma mais...

E2: (...) bem sutil (...) Mas você não sente...

E6: E era isso mesmo que vocês queriam, com certeza, acho que sim.

C: Vamo traduzir o termo manipulação. (...) É o uso para outras finalidades, que não do processo educativo. (...) Mesmo que a pessoa não queira, ela é objeto de..."

Confusão, barulho entre as participantes...

(...)

E5: "(...) Essa palavra manipulação causa um negócio meio..."

E1: É meio pejorativo...

E5: É, isso é coisa meio do mal, assim..."

Este último comentário gera riso no grupo e ficam mais relaxadas.

C: "Ou seja, a palavra manipulativa não se aplica?"

(...)

E6: Pra mim são duas coisas iguais. Você induzir e manipular é a mesma coisa.

(...)

E1: Eu entendo diferente indução de manipulação. Indução pra mim é quando (...) Você dá início ao processo mas você não manipula o processo. (...) Manipular é quando você está meio que cerceando... (...) Tem uma diferença.

(...)

E6: A manipulação (...) que (...) quis dizer (...) é uma forma de te induzir. Pra mim indução e manipulação caminham juntas..."

Chamou atenção a forma com que E6 se contradiz no decorrer da discussão no entendimento acerca do que seria manipulação: num primeiro momento diferencia manipulação de indução, referendo a primeira como um fenômeno mais sutil, e depois as identificando como sendo "a mesma coisa". Muito provavelmente esta participante, ao mesmo tempo em que se expressava, ia refletindo sobre aquilo que falava, modificando ou reconhecendo novas idéias à medida que a discussão avançava.

O incômodo a respeito do termo, foi ficando mais evidente, enquanto a polêmica prosseguia. As participantes foram apontando, com exceção de uma, que manteve sua posição de utilizá-lo, a palavra "indução" como mais próxima daquilo que foi feito na Oficina. A fala que diferenciava os termos, soou mais convincente ao grupo. Estava-se entendendo manipulação, então, como um cerceamento, uma imposição, sendo consensuado que isto não teria ocorrido durante a atividade analisada.

C buscou uma primeira síntese em relação ao uso do termo "manipulação" afirmando que "talvez possa se pensar numa idéia de manipulação, onde aí aparece a manipulação como uma palavra (...) inadequada (...) muito forte... (...) ninguém se identificou... (...) o máximo que (E6) conseguiu fazer foi: 'Ah, talvez, se a gente pensar na manipulação como uma indução...'"

Retomando a polêmica propriamente dita, sobre a exposição de sentimentos e opiniões ultrapassando limites pessoais das oficinas durante as vivências, houve um resgate das dificuldades iniciais em "se abrir" pela pouca familiaridade entre as pessoas. A impressão era de que as participantes procuravam ir "sentindo o que ia acontecer...", interagindo aos poucos. Houve quem referisse a integração mais rápida de algumas, conforme a maior ou menor abertura ou timidez de cada um e as possibilidades de "entrelaçamento" que a Oficina ia criando, de forma que foi "evoluindo para um lado bom, porque todo mundo foi se soltando...". Considerou-se que houve uma exposição de todos entre si, "meio de igual pra igual". A impressão que perpassava nesta fala é de que estariam sendo incluídas as coordenadoras entre estes que se expuseram como os demais.

Foi trazido, então, um fato ocorrido durante a Oficina, que envolvia duas oficinas, que não estavam presentes àquela reunião. Estas participantes teriam se sentido incomodadas durante a realização de um relaxamento com música, em função de questões relacionadas ao seu credo religioso, o que as indispunha a realizá-lo. Teria havido um mal-estar por estarem sendo levadas a fazer algo de que não gostavam. Sobre esta questão E2 opinou da seguinte forma:

"Eu não me senti manipulada. E não senti que a Oficina manipulou. Mas (...) (a) técnica de oficina propicia que você possa manipular... E se (...) não tomar cuidado, (...) pode desembocar em alguma coisa, que você não tem como controlar. Eu, pelo menos, no uso de oficina, tomo muito cuidado com isso. Porque se uma pessoa entrar em catarse, eu tô preparada pra segurar essa catarse?... (...) Então, eu sei que ela é uma técnica que pode levar a isso. E já participei em outros lugares onde isso aconteceu e uma pessoa foi parar em pronto-socorro (...) Não falando daquela técnica em si, mas acho que pode. Talvez o que tenha causado esse mal estar foi essa técnica de relaxamento. (...) De achar que é uma coisa (...) que vem de fora... Trouxe o jeito dela (da coordenadora) ser, pra passar pro grupo."

A partir desta fala, que o grupo ouviu atento, haveria uma indicação sobre a imprevisibilidade da apreensão individual de técnicas como esta, sendo necessário, portanto, ter precauções em relação ao seu uso. Muito provavelmente as oficinas viram que aquela proposta podia mudar a visão de mundo que tinham e não estavam dispostas a correr este risco. Outra dificuldade que o procedimento poderia trazer foi indicada na possibilidade de que uma das participantes entrasse "em catarse", necessitando até de socorro médico.

Considerando esse relato, Q reorientou a discussão, questionando as participantes sobre se houve, durante a Oficina, algum esclarecimento sobre a opção de não participar, caso fosse este o desejo. Diferenciou indução de manipulação, salientando que no primeiro caso haveria um oferecimento ou um convite à participação, enquanto que no outro a escolha não estaria aberta.

Foi reforçada a idéia de que a oficina que não participou da vivência, percebia, embutida na técnica, uma visão de mundo diferente da sua:

"Teve uma pessoa que não entrou nessa técnica (...) depois explicou porquê. (...) 'não participei porque eu achei que tão (...) Querendo passar coisa religiosa...' (...) Pela religião da pessoa, ela não pode entrar em processo (...) De relaxamento (...) Vocês prestaram atenção que uma das pessoas não participou do relaxamento?"

As participantes respondem que não haviam se dado conta de que isso teria ocorrido e começaram a se questionar sobre a necessidade da coordenação deixar explícita a possibilidade de não participar de técnicas ou procedimentos que tragam constrangimentos ou exponham conteúdos pessoais. Uma delas demonstrou se dar conta desta percepção durante este momento do grupo focal. Outras reafirmaram a sensação de que havia espaço livre para recusarem a participação:

E1: "A condição interna de cada um fala assim: não. (...) Talvez seja um cuidado interessante, né?"

Q: Se você não coloca isso, fica na fraqueza ou na fortaleza de cada pessoa. Eu agüento, tem que ser forte.

E1: Sim, sim.

Q: Quem banca isso?

E8: Agora que cê tá falando isso, eu não lembro, se antes de fazer alguma... Se elas falavam antes pra nós. Acho que não. Se tinha alguém que (não) queria participar... (...)

E5: Ali era muito às claras. Eu me lembro muito disso...

E2: A gente tava num jogo tão aberto que...

E5: Acho que era tudo muito de igual para igual... Acho que tinha espaço para falar sim... (...)

E8: Mas isso não foi esclarecido.

E1: Mas isso foi explicitado pelos coordenadores... Olha, a gente vai propor isso, e quem não tiver..."

(...)

E2: "Acho que não, não ficou explícito.

E8: Declarado não foi. Assim: 'olha, nós vamos fazer tal procedimento, né? E quem não quiser participar...'

E8: Não tinha pensado... A gente nem percebeu? Que essa pessoa não participou...(...)"

Neste sentido, o grupo identificou que este seria um cuidado a ser tomado antes da aplicação de qualquer técnica, principalmente as de relaxamento, isto é, seria necessário fazer uma consulta às participantes a respeito de sua disposição ou impedimentos pessoais ou de outra ordem. Retomando as reflexões a respeito da definição de ROJAS-BERMÚDEZ (1980) da música sendo utilizada no relaxamento como "objeto intermediário", isto é, um meio de levar o paciente a penetrar em seu "mundo interno", sem contudo, levá-lo a "reações de alarme". O que teria ocorrido neste episódio relatado foi algo diferente disso, sugerindo, novamente, um cuidado especial nestas situações.

Procurando esclarecer se havia ocorrido algum tipo de imposição na situação exemplificada com as duas oficinas que não entraram na vivência, E2 relatou o que se segue:

"Eu não sei se ela se sentiu forçada. (...) Ela participou e a outra optou por não participar e não foi (forçada)... (...) foi tão sutil, que (...) tava todo mundo deitado de olhos fechados e não percebeu..... (...) Elas também não chegaram a trazer pro grupo, sabe? Que (...) se a coordenadora tivesse forçado, isso teria ficado explícito, porque ela iria se manifestar pelo não."

C retomou sua síntese do que tinha sido discutido até o momento, conferindo da seguinte forma: "Então não foi exposta a possibilidade de não entrar, e é possível que algumas pessoas possam entrar ou não entrar, mas não se trabalhou isso aí".

Foi feito, então, um questionamento se estas oficinas tiveram algum tipo de retaguarda por parte das coordenadoras da Oficina, mas se considerou que não, supondo que elas não teriam tomado conhecimento do ocorrido. Esta pergunta, talvez indicaria a possibilidade de abordagem individual da questão pela coordenação, caso se tivesse sabido do ocorrido.

Quanto à ocorrência de outras situações como esta no decorrer da Oficina, foi tomado como um fato isolado.

Em relação, ainda, à esta controvérsia sobre exposição durante as vivências, foi tornando-se evidente que este tema trazia dificuldades adicionais do grupo em colocar sua percepção sobre a condução dos trabalhos, como também sobre as próprias

idiosincrasias em lidar com sentimentos e emoções durante a Oficina. Neste sentido, depois do relato do caso das duas oficinandas, foi reafirmado por uma participante sua opinião sobre a manipulação durante a Oficina:

"Eu acho que teve manipulação, sim. Vou ser honesta. (...) uma manipulação (...) não é só no sentido só crítico (...) até pode ser (...) saudável mesmo, mas a partir do momento que cê tá induzindo, cê tá manipulando... (...) É, ao meu ver... (riso nervoso) Quer dizer, cê tá induzindo alguém a fazer alguma coisa, (...) de uma forma ou de outra cê tá manipulando para que ela chegue àquilo. Então, pra mim houve manipulação, sim. Desde que houve uma indução. Induziu àquilo."

Enquanto estas opiniões eram colocadas, o grupo se expressava fazendo movimentos de dúvida (balançavam a cabeça pendularmente, os olhos procuravam respostas, as mãos seguravam queixo e orelha reflexivamente). A fala, bastante repetitiva e nervosa, ressaltaria um conteúdo de direcionamento para um objetivo pré-definido pela coordenação, não colocado explicitamente durante a Oficina.

E1 se contrapôs da seguinte forma:

"Pra mim tá meio implícito, a coisa da vivência (...) de você poder se dar conta, de (...) sentir coisas... Agora, (...) os coordenadores (...) têm que estar preparados... Eu acho que eles estavam bem preparados. Pra dar conta (...) do que surgir ali. Fica confuso pra mim a história da manipulação, porque (...) existe um objetivo (...) quando você propõe uma atividade, (...) cê tá esperando trabalhar com essas técnicas, mas, (...) pode despertar milhões de coisas diferentes... Acho que cada grupo é um grupo. Cada momento vai despertar coisas diferentes. Então, não sei..."

Este depoimento, ao contrário, foi menos enfático, afirmando certa condescendência com a explicitação de conteúdos pessoais durante as vivências, na medida em que um de seus objetivos seria esse mesmo, isto é, propiciar momentos de reconhecimento e percepção sobre si. Por outro lado, condicionava este procedimento à segurança e à capacitação das coordenadoras, afirmando que as realizadoras da Oficina estavam bem preparadas para dar conta dos imprevisíveis desdobramentos que estes momentos podem trazer.

Na fala seguinte ficou explícito qual seria, para uma oficinanda, o objetivo da coordenação. Seria o de provocar a expressão de sentimentos durante as vivências, para "conhecer a reação de cada um":

"Mas a manipulação é justamente isso! Pra te induzir, a esse tipo de coisa... Cada um tem uma reação diferente. (...) Não esperando que cada um (...) tivesse a mesma reação. (...) Pra conhecer a reação de cada um. Ao meu ver ficou realmente claro isso. Induziu a pessoa a ter um tipo de reação, sabe lá qual, mas eu acho que mais pra provocar aquilo que ela (queria saber)"

Argumentou-se, ao contrário, "...que a indução aqui é mais pra parar pra pensar em alguma coisa..."

A explicitação desses dois pontos de vista trouxe perspectivas diversas a respeito dos objetivos que estariam norteando a utilização de técnicas propiciadoras da

expressão de sentimentos. No primeiro depoimento, poderia se identificar uma abordagem provocadora de reações nos participantes, reveladoras de seus conteúdos íntimos, escamoteando o intuito de verificação e controle. No outro, estaria sendo buscada a auto-reflexão sobre esses conteúdos, para amparar a abordagem dos usuários.

A continuidade das discussões demonstrou a tensão que estava presente nas argumentações e nas idéias expostas. E6 reagiu à resposta colocada por E1, relativizando os motivos pelos quais as técnicas seriam utilizadas, parecendo não se dar conta do que tinha expressado, colocando o seguinte: "Tudo bem. Independente do que seja (o objetivo da coordenação)."

Enquanto o grupo ficou alvoroçado, com participantes falando ao mesmo tempo, E1 demonstrou seu desconcerto, pedindo para que a coordenação relembresse qual seria a pergunta que estavam discutindo. Ouvem-se risos. C não respondeu ao pedido, imediatamente, mas o grupo solicitou que se repetisse o enunciado. E5 fez algumas considerações confirmando a indução que as técnicas propiciavam, quanto à expressão de sentimentos, mas voltou a discussão para a questão do termo manipulação, colocando que não concordava com ele, por reforçar um lado ruim da abordagem, reafirmando que não se viu manipulada durante a Oficina. Considerou que as pessoas que se sentem manipuladas, o fazem porque "não gostam de se expor".

E6 voltou a reafirmar sua opinião de que induzir e manipular são a mesma coisa e E5, que acabara de contradizê-la, concordou com ela. Algumas participantes riem da reação contemporizadora de E5. Algumas delas referiram que a defesa daquela posição seria difícil para E6. Esta colocou, por fim, o seguinte:

"Não quero dizer que tá errado... Eu tô me sentindo mal com essa manipulação... Não é isso! Essa indução talvez (...) seja uma consequência de vocês quererem mostrar, exatamente aquilo que eu falei. (...) essa coisa de você (...) De colocar pra fora... É uma manipulação saudável! É uma indução saudável."

Procurando reforçar um aspecto positivo da manipulação, que seria o fato de ampliar a participação/expressão individual, sem abrir mão da sua opinião anterior de que indução e manipulação seriam a mesma coisa, E6 expressou seu incômodo pela maneira como o grupo estaria percebendo suas argumentações, tentando demonstrar que não haveria tanta diferença de opiniões.

Depois deste momento, várias participantes, encabeçadas por E1, colocaram-se reafirmando que não se sentiram manipuladas durante a Oficina. Mais ao final da conversa sobre este ponto, foi trazida uma polêmica em função do mesmo tema, mas C interveio:

E11: "Pra mim a Oficina e outras que eu participei é pra reflexão mesmo. Não me incomoda.

E6: A manipulação o que eu quis dizer é que é uma forma de te induzir. Pra mim indução e manipulação caminham juntas..."

Várias falam ao mesmo tempo.

E11: "Pra mim os dois caminham separados.

C: E aí, não tem importância. Ver manipulação de um jeito, o conceito que (E6) tá passando é esse que (é) igual à indução."

As diferentes visões apresentadas a respeito dos objetivos da coordenação da Oficina ao trabalhar a partir da explicitação de conteúdos pessoais nas vivências, trariam uma primeira constatação de que o trabalho com o grupo focal atingiu seu objetivo de desvelar opiniões que, nas entrevistas, tinham ficado pouco evidentes. Outro apontamento que se faz necessário é de que este esclarecimento não se fez sem que houvesse também tensão e incômodo, tanto para quem conseguiu expressá-la, quanto para quem discordou.

Da mesma forma, os aspectos levantados durante a discussão deste tópico, a divergência de opiniões entre os objetivos controlistas ou reflexivos da coordenação da Oficina, o entendimento de que o que teria ocorrido na Oficina foi uma indução à expressão de sentimentos e não uma manipulação. O fato de ter sido mais difícil participar no início, quando ainda não havia o entrosamento e integração grupal e as precauções indicadas quanto à consulta ao grupo anteriormente à aplicação de técnicas vivenciais como o relaxamento, por exemplo, serão pontos a ser considerados na análise a ser realizadas mais adiante.

6.2.3. O objeto da Educação em Saúde na Oficina: informação em saúde ou relação entre profissional – pessoa em cuidado

Esta foi a terceira questão levantada por C, quando também foi necessária intervenção de P para esclarecer o grupo, que frisou o dilema entre como fazer para ter "eficiência de passar (as) informações" em saúde e o "trabalhar a interação entre as pessoas para que isso possibilite uma construção de conhecimento" em saúde.

Foi colocado, logo de início, um posicionamento que privilegiava a relação, mesmo quando a abordagem a ser utilizada não fosse a da Oficina. Nesta perspectiva, o mais importante seria saber "pontuar o saber" das clientes, ou seja, reconhecer o que elas sabem sobre aquele assunto, sendo que isso só seria possível de se realizar, se se adotasse o ponto de vista que focaliza a prática de relação. Assim, a simples

disponibilização de informações seria insuficiente, caso, por exemplo, o componente religioso influenciasse nas decisões de um grupo. Nestas condições seria possível identificar que informação se tornaria mais adequada para trabalhar com o grupo.

As participantes pareceram ter dificuldade de entender estas afirmações e apresentavam já alguns sinais de cansaço. Umas com dúvidas, outras confirmando aquela fala, indicaram uma necessidade de fazer um atendimento mais demorado, através de uma entrevista, para captar os motivos pelos quais determinada conduta da paciente está ocorrendo, a fim de conhecê-la "realmente". Neste sentido, E6 reconheceu que "a adesão ao seu tratamento vai muito da simpatia..." C retomou a diferença entre conceitos de simpatia e empatia⁷³. E6 prosseguiu sua fala reforçando a necessidade da vinculação com a clientela, "senão, a adesão àquilo que cê tá passando, acaba não tendo um bom resultado".

Ao contrário, E1 opinou contradizendo a perspectiva de focalizar a relação, retomando a polêmica discutida anteriormente (trabalho vivencial X trabalho conceitual) e afirmando a necessidade de integrar relação/vivência com informação/reflexão, a partir da seguinte fala:

"enquanto estratégia, as 2 coisas têm que funcionar. (rindo) Porque na vivência, a questão da inter-relação é super importante. Mas também, nos treinamentos que a gente faz, quando a gente trabalha só com dinâmicas, parece que falta integração com o racional... Com o conteúdo teórico. Então eu acho que tem que ter esses dois momentos. Talvez num primeiro momento dar a questão da relação, trabalhar enquanto vivência, mas depois você tem que dar um gancho com a teoria, sim. Mesmo nos atendimentos do dia-a-dia... Você vai trabalhar a relação, mas às vezes cê tem que dar informações concretas".

A perspectiva aqui adotada trata como iguais a focalização da "relação" e o "trabalho vivencial", como também o faz tendo em vista a "transmissão de informações" e ao "trabalho reflexivo-conceitual". É necessário frisar que não são a mesma coisa, apesar de terem conteúdos análogos. Explico: a escolha pela abordagem da relação com o paciente em contraposição à abordagem pelo aprendizado a partir da transmissão de informações em saúde são escolhas a respeito do objeto da Educação em Saúde. São escolhas a respeito do foco a ser priorizado, tendo em vista que se compreende que o objetivo geral do trabalho é a promoção da saúde. No caso de trabalhar a partir de uma forma "vivencial" combinada com um "trabalho reflexivo-conceitual" são duas opções que dizem respeito ao método educativo, como E1 mesmo se referiu. Nesse sentido, os pares "relação" e "vivência" não são sinônimos, porque o primeiro diz respeito ao

⁷³ Segundo o Dicionário Aurélio (1986), simpatia resulta de uma "tendência ou inclinação que reúne duas ou mais pessoas" ou ainda "sentimento caloroso e espontâneo que alguém experimenta em relação a outrem". Empatia, por outro lado, é um conceito trabalhado pela Psicologia, que diz respeito a uma "tendência para sentir o que sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por outra pessoa".

objeto das ações educativas em saúde e o outro ao método criado para abordá-lo. Por exemplo, é possível trabalhar vivencial ou teoricamente, tanto o ponto de vista que prioriza a relação, quanto aquele que privilegia a informação.

Continuando a descrição da discussão, houve concordância quanto a necessidade de integrar vivência e conteúdo, com grande envolvimento das participantes nesta temática. A discussão passou, então, a focalizar os motivos pelos quais seria inadequado "passar informações" sem priorizar a questão da relação. Identificaram que, desta forma, haveria falta de adesão, associando este tipo de prática aos médicos. Ficou marcante a concordância e a implicação do grupo quanto a este apontamento. Com a mudança do foco da discussão para a questão da prática médica, várias falas destacaram a postura das profissionais que apoiariam a clientela diante dos limites da relação médico-paciente. Entretanto, aquilo que anteriormente estava sendo trabalhado a partir da argumentação de E1, de que não bastaria o trabalho sobre a relação, mas que seria necessário integrar novas informações, saiu de cena.

Q entrou na discussão, tentando que elas se aproximassem da questão novamente, a partir de outro ponto de vista, mas apresentando-o de forma bastante complexa:

"...pensando (sobre as) falas de vocês que eu li do relato da Oficina, tô me perguntando se há uma especificidade do tipo, pra chamar de algum jeito, (...) de relacionamento que caracteriza essa questão de qualificar o processo de ensino-aprendiza(gem). Que me parece que aí entra essa coisa de articular teoria com prática. Tá claro das falas assim: 'eu vou ter que ter algum tipo de troca pra fazer clínica'. Qualquer clínica que eu faça. Esse médico (...) também faz troca. Agora, qual é o tipo de troca... Porque existe ou não existe (...) uma especificidade que possa ser instrumentalizada até teoricamente, pra propiciar processos de ensino-aprendiza(gem). Inclusive, aquilo que vocês defendem nas pessoas também, a capacidade de continuar aprendendo autonomamente."

Seu questionamento sobre a especificidade no relacionamento que se estabeleceria com o paciente, no sentido de saber se é possível qualificar o processo de ensino-aprendizagem que aí se desenvolve, gerou dúvidas, concordâncias e discordâncias, com as participantes falando ao mesmo tempo. Primeiro confirmou-se a existência desta especificidade, considerando-a, entretanto, relacionada à formação de cada profissional. Concordando com esta opinião, argumentou-se que o processo vivencial ("se você não passou pela situação e sentiu") é necessário para que a apropriação desta especificidade da relação possa se realizar, porque seria difícil "aplicar", partindo somente da teoria. A questão colocada desta forma expressava aspectos importantes da questão colocada por Q, uma vez que dirigiu sua atenção para um método de

aprendizagem mais adequado à dimensão educativa do trabalho em saúde, que era o alvo daquela discussão.

Respondendo ao pedido de esclarecimento de algumas das presentes, Q procurou especificou melhor seu questionamento:

"a pergunta diz: o objeto da Educação em Saúde (...): informação em saúde versus relação educativa. Eu tô perguntando: essa relação educativa tem alguma qualidade, alguma especificidade que a distingue de outros tipos de relação? Não é igual a relação que eu vou ter com meu marido, com minha filha, com meu amigo, me parece. Há uma especificidade na relação educativa?"

Várias continuavam falando ao mesmo tempo, tentando se esclarecer, demonstrando não terem compreendido a questão. Foi mencionada a sensibilidade do educador como especificidade da relação educativa na saúde. Outra tentativa de aproximação, inquiria quanto ao tema, indicando a possibilidade de instrumentalização do profissional de saúde como ponto de partida para qualificar a relação educativa. C interveio, pedindo que falassem um de cada vez, procurando direcionar a reflexão para a questão da especificidade na relação educativa em saúde.

Havia concordância quanto à possibilidade de aprimoramento dos profissionais no campo da Educação em Saúde, com algumas afirmando a diferença das relações profissionais com as relações que ocorrem em outros contextos (na família, na escola, etc.), enquanto uma opinou contrariamente, considerando que a especificidade presente na relação educativa, não depende do contexto, porque se caracterizaria por "dar chance ao diálogo (...) de haver troca com o paciente." Outra participante buscava reforçar a questão da sensibilidade como a característica principal da relação, enquanto uma terceira, mesmo concordando com esta idéia, apontava a técnica, vista como o saber do profissional na condução da interação com o paciente, como a especificidade da relação educativa em saúde. Demonstrando algumas dúvidas, esta visão indicava a didática como conteúdo específico deste saber, reafirmando novamente que a relação estabelecida com o paciente é diferente das demais. Discordando da didática enquanto especificidade do objeto do campo, afirmou-se que o subjetivo seria um aspecto muito importante a ser considerado no aprimoramento profissional e não apenas a apreensão teórica. Houve concordância quanto ao papel da subjetividade na formação do profissional, apontando o "jeito de ser", como condição *sine qua non* para o aprendizado da dimensão educativa em saúde. Este posicionamento do grupo nos remete ao depoimento individual de E10, que se considerou "sem jeito" para trabalhar neste formato. A partir da colocação desta entrevistada e de falas de outras que informavam seu desconhecimento ou visão

distorcida prévios quanto à esta proposta de trabalho educativo, este estudo vem assumindo uma idéia de que haveria um relevante aspecto a considerar no desenvolvimento de oficinas, qual seja, um esclarecimento anterior combinado à disponibilidade pessoal do participante em se envolver com as atividades propostas. Estas reflexões realizadas no grupo focal, que realçaram a dimensão subjetiva condicionante do aprendizado a respeito da temática e do formato adotado pela Oficina só vêm reforçar a ponderação referida nas entrevistas individuais.

Tomando as reflexões de AFONSO (1997a) seria importante levantar algumas considerações a respeito da questão da especificidade da Educação desenvolvida no âmbito dos processos de adoecimento. Para esta autora, não seria possível descontextualizar a relação educativa, na medida em que esta, como qualquer interação, é social, isto é, é mediada pela linguagem, por regras e expectativas produzidas socialmente, como também há um inevitável conteúdo inconsciente que a fundamenta. Desta forma, o contexto da saúde onde se inserem as ações educativas de que falamos, influenciaria, inevitavelmente, estas últimas, caracterizando-se, assim, numa Educação recriada nesta situação. Como apoio a esta reflexão, seria importante resgatar as formulações de PITTA (1999). Esta autora focalizou a dimensão do lidar com a dor e morte como ofício característico do trabalho em saúde, em cuja intersubjetividade a relação educativa se inseriria, reconhecendo a tendência comum em negar ou recusar aproximação com processos que eludam dor e morte, especialmente entre os profissionais de saúde. A dificuldade em identificar a referida dimensão como natureza central de seu trabalho, se combinaria ao fato de recorrerem aos saberes cristalizados para tentar substituir ou ultrapassar seu sentimento de impotência. E9, em determinado momento de sua entrevista, quando se referia ao impacto causado pela participação na vivência sobre saúde, aproximou-se da percepção desta autora, referindo que são raras as oportunidades de abordar a questão durante a formação ou na vida dos profissionais de saúde em geral, mas que em seu trabalho na Oncologia tem buscado fazer isso, de forma pouco sistemática ainda. Entretanto, estando presente no grupo focal, não associou estas reflexões ao momento em que Q colocou os questionamentos relativos à esta temática. Caso tivesse havido o reconhecimento de que a natureza do trabalho em saúde passaria pelo lidar com estes fenômenos, seria mais fácil argumentar sobre a relevância da subjetividade nos processos de formação profissional no campo da Educação em Saúde, como reconheceu fazer uma das participantes do grupo focal.

Como se pode perceber, as oficinas levantaram diversos posicionamentos a respeito da especificidade do papel de educador que se desenvolveria em meio ao processo saúde-doença, que iam desde sua negação até uma definição de que seria necessário um método específico de formação a partir do trabalho vivencial. Neste sentido, os desdobramentos dos trabalhos no grupo focal priorizaram, na seqüência, a reflexão a respeito da possibilidade de aprimoramento no campo da Educação em Saúde.

Ao serem questionadas por C se a abordagem vivencial no campo da Educação em Saúde poderia ser aprendida, houve concordâncias, discordâncias, dúvidas. Reportaram-se à Oficina, para afirmar as diferenças de aprendizado e de atuação de cada uma, considerando que não seria uma questão técnica ou teórica a aprendizagem nesse campo, pois este tipo de formação envolveira "sentimento" e dimensões da individualidade de cada um. Reafirmou-se a possibilidade de aprender Educação em Saúde, referindo-se à fala de uma das participantes do grupo sobre sua mudança de atuação no pós-Oficina. Foi pontuada, então, que seria necessário à atuação do profissional de saúde, tanto a questão da abordagem da relação com o paciente, quanto os conhecimentos científicos para conseguir a adesão ao tratamento. Contrapôs-se, por outro lado, a idéia de que seria possível aprender o "jeito de fazer", uma vez que deve haver, antes, uma "disponibilidade interna de cada um". Concordando com este posicionamento, exemplificou-o, salientando que as mudanças de atuação reconhecidas anteriormente, ocorreram devido à disponibilidade pessoal para o aprendizado⁷⁴ de quem as relatou. Vai-se demonstrando maior concordância com esta opinião, ao referir que, com a Oficina, houve uma sensibilização, um aperfeiçoamento e não uma formação, argumentando que, quem não passou por este momento, não foi se aprofundar. Contradizendo o argumento da "disponibilidade pessoal", houve quem relatasse, por outro lado, um contato com integrante do grupo de oficinas, a partir do qual a questão mais importante seria o amadurecimento pessoal e profissional para trabalhar no formato de Oficina. De qualquer forma, poderia ser colocado também que este aspecto está fortemente associado aos limites pessoais acerca deste tipo de trabalho educativo.

⁷⁴ Segundo o que se vem afirmando nesta pesquisa, o exemplo ao contrário que evidencia esta situação seria o de E10, que demonstrou pouca disposição pessoal para o trabalho proposto, o que a levou muito provavelmente ao reconhecimento de poucos desdobramentos positivos à sua atuação profissional.

C iniciou a retomada da fala do grupo, procurando "negociar" uma síntese possível. Colocou que percebia, inicialmente, uma ênfase maior na questão da relação, mas que depois pareceu que não haveria uma priorização, isto é, tanto o conteúdo, quanto o amadurecimento da relação seriam fundamentais para a ação educativa eficaz. Por outro lado a Oficina traria a ênfase no polo da relação, uma vez que o convencional é aprender sobre o conteúdo e não sobre o como fazer para garantir a adesão. A síntese é escutada com atenção por parte do grupo, com algumas manifestações de cansaço e dispersão.

À medida que C vai reafirmando seu entendimento sobre a igualdade entre os dois polos para o grupo, algumas realçaram a questão da relação. C questionou, então, se estavam realmente indicando uma igualdade entre os polos do dilema, uma vez que percebia no grupo uma tendência em "conceder" ao conteúdo uma importância, mas que prevaleceria uma maior valorização da relação. Algumas concordaram, havendo falas que confirmavam esta apreensão como esta: "se for pra escolher entre um dos dois, acho que a relação é mais importante". Q também confirmou a impressão de C.

Q retomou, então, a questão da especificidade da formação no campo da Educação em Saúde, perguntando se havia "possibilidade de se aprimorar conscientemente pra fazer essa relação". Respondeu-se afirmativamente à questão, destacando que isso não se daria teoricamente ou sem disponibilidade interna. Haveria uma necessidade de buscar conscientemente este objetivo, fazendo-o através de um método vivencial, como acontece na formação do psicólogo, que faz terapia. Algumas concordaram e C arrematou: "a relação é mais enfatizada e pode ser desenvolvida". E E1 adicionou: "desde que a pessoa..." e C completou: "esteja aberta."

Outras falas confirmaram a necessária apreensão vivencial da Educação em Saúde e C procurou verificar se estava percebendo o que o grupo entendia: "a relação foi mais enfatizada e pode ser desenvolvida, desde que a pessoa esteja disposta e a Oficina estimule essa disposição". A síntese é festejada pelo grupo. Há comentários sobre o esforço coletivo em fazê-la, risadas, muitas pessoas falando ao mesmo tempo.

A síntese construída passo-a-passo retratou as dificuldades, o envolvimento do grupo e também a complexidade do tema. Em relação à polêmica anterior, que foi bastante citada durante este momento, de maneira a confundir uma e outra, parece ter ficado mais claro que no caso do trabalho vivencial e reflexivo, seria necessário integrá-los (apesar de levantarem elementos de que nem sempre o momento propriamente dito da Oficina teria criado esta possibilidade), mas no caso do foco do trabalho da Educação

em Saúde a perspectiva a ser adotada, como teria ocorrido na Oficina, seria a de priorizar a interação entre profissional de saúde e pessoa em cuidado, a fim de promover saúde. Outra conclusão do grupo diz respeito à formação do profissional no campo da Educação em Saúde. Tendo em vista a forma vivencial da abordagem, seria necessário o reconhecimento de limites pessoais e de uma disponibilidade interna do profissional para desenvolvê-la.

6.2.4. A continuidade da Oficina: alguns esclarecimentos

A quarta questão discutida referia-se a esclarecimentos a respeito da iniciativa do grupo de estudos após a Oficina. Havia a informação, que consta do item 11.1.11. do Anexo 1, que teria ocorrido uma reunião após a Oficina, com objetivo de avaliá-la, na qual as participantes (sete Oficinandas e duas outras profissionais do CAISM) colocaram seu interesse em continuar o trabalho desencadeado, através de "uma supervisão ("assessoria") do trabalho para o grupo: (para) mesclar grupo de estudo com supervisão do cotidiano do trabalho". Em contrapartida havia sido viabilizado, durante mais ou menos um ano, um grupo de estudos.

Os esclarecimentos obtidos neste ponto do grupo focal relacionavam-se à realização do grupo de estudo como um desdobramento da Oficina, definido como uma diretriz institucional do setor demandante. O objetivo desse grupo era "estudar um pouco... Aprofundar (...) sobre Educação em Saúde, sobre Educação...". Além disso, ocorreu uma reunião avaliativa, após algumas dificuldades de agendamento entre coordenadoras, oficinandas e Seção de Educação em Saúde, que organizara a reunião. No grupo esclareceu-se também que houve uma assessoria semanal à equipe técnica da Seção de Educação em Saúde e a realização, primeiro quinzenal, depois mensal, do grupo de estudos, ambos coordenados por C1.

6.2.5. Limitações e sugestões de aperfeiçoamento

Originalmente a pergunta final seria feita, abordando uma síntese que as participantes teriam a respeito das discussões sobre a Oficina, entretanto, avaliando que isso já teria se realizado no decorrer das discussões e conferindo com as participantes se

poderia ser mudada a questão, C solicitou que se colocassem indicando os limites da atividade.

C indicou que já havia sido colocado a necessidade da equipe realizadora da Oficina ter muito claro os princípios e os limites de sua atuação. As participantes identificaram também a importância de que se conhecesse antes "um pouquinho" os participantes, em função da escolha das técnicas a serem utilizadas. Foi confirmada esta percepção, relatando-se uma situação similar em que este expediente teria sido utilizado durante a preparação de um trabalho educativo realizado no CAISM. Outra indicação seria que se observasse bem quais seriam os objetivos da atividade e quais os da pessoa que a está solicitando, fazendo uma análise de contexto da equipe na qual a Oficina irá se realizar e observando que significado tem fazer parte da proposta para sua clientela, de modo a avaliar as técnicas a serem adotadas. Frisou-se a questão da música para relaxamento, tendo em vista a experiência ocorrida com as participantes que se sentiram induzidas a participar. Reforçou-se ainda a questão do cuidado com a música de relaxamento, a partir do relato de uma experiência em outra oficina, em que uma pessoa se descontrolou lembrando-se de experiências familiares. As falas que se seguiram eram todas no sentido de alertar quanto ao cuidado em explorar dimensões como a da sexualidade e o sofrimento em situações similares.

Foi sugerido fazer mais oficinas, para aprofundamento dos conhecimentos e vivências. Fez-se, então, uma análise mais ampla, enfocando o trabalho do Laboratório, retomando o impacto de tomar contato com esta forma de abordagem pela primeira vez, ressaltando a necessidade de que outras pessoas pudessem ter acesso a ela. Foi salientado novamente que o principal aspecto a ser cuidado é o saber lidar com as emoções, uma vez que as realizadoras "conseguem trazer a emoção à tona mesmo!", reforçando-se também a percepção do grupo de que a coordenação tinha bastante preparo para lidar com a questão.

Entretanto foram também retomadas as dificuldades de integrar esse tipo de perspectiva no cotidiano do trabalho, principalmente no caso da Enfermagem. As pressões por produtividade no serviço e a falta de apoio institucional, podiam ser exemplificadas no fato de que muitas vezes participam de atividades educativas exclusivamente pelo seu interesse, pois as frequentam fora de seu horário de trabalho, como aconteceu com a Oficina. Todas falaram reforçando a falta de estrutura institucional para participar de atividades como esta. Quando uma profissional se ausenta, sempre fica a sobrecarga nas outras.

6.3. As polêmicas segundo a equipe de coordenação

Tendo em vista os posicionamentos colocados pela oficinas até o momento, em que ora se defendia o privilegiamento da “vivência” em detrimento dos processos de “reflexão teórico-conceitual”, ora se reforçavam os desafios colocados pela necessidade de integração entre vivência e sistematização conceitual, a coordenação procurou se dedicar a entender e explicar as dificuldades relativas à integração destes aspectos.

A partir das reflexões já indicadas relativas à vivência de construção do conceito de saúde, procurou-se explicar a referida desconexão pela existência de uma cisão entre o “vivido” e o “pensado”, como uma característica comum da relação do profissional de saúde com sua clientela e da compreensão que este teria sobre o processo saúde/doença, em função de sua forma de conceber o conhecimento do mundo e de si mesmo que separaria teoria e prática:

"Então, parece que tem uma cisão entre o que é sentido e o que é pensado (...) um processo (...) com o profissional de saúde (...) (d)a relação dele com o paciente... Com o processo saúde-doença mesmo. (...) O que é pensado não é pensado a respeito do que foi vivido... (...) O que é pensado é aquilo que se pensa, aquilo que se estuda, aquilo que se escreveu, aquilo que se sabe, aquilo que foi ensinado (...) O que foi vivido (...) foi bom, (...) interessante, (...) bonito, (...) difícil (...). Mas não repercute no pensar...."

A compreensão aqui referida como a perspectiva dos profissionais de saúde se caracterizaria, então, pela separação entre o que seria reconhecido como conhecimento científico – “aquilo que se pensa, (...) que se estuda, (...) que se escreveu, que se sabe, (...) que foi ensinado” – e a experiência vivida. No caso da Oficina, a experiência seria mais valorizada, mas não repercutiria no conhecimento teorizado sobre o tema. Nos depoimentos de algumas oficinas pode-se encontrar esta forma fragmentária de ver o processo de conhecimento.

Outra explicação também colocada pela coordenação para esta separação está relacionada às dificuldades em transpor o nível vivencial, em que prepondera o sentimento, para uma dimensão conceitual, onde predomina a razão, pois “...me parece que o fato (a desconexão) revela a dificuldade (não do grupo, mas de vários de nós) de transpor nossas vivências de carga mais emocional para um plano mais reflexivo e/ou conceitual.”

Aprofundando as explicações do mesmo dilema, tendo em vista a vivência de retomada simbólica de construção da representante da clientela do CAISM, procurou-se explicá-lo pelas dificuldades de articulação entre as simbolizações emergentes na

vivência e a reflexão conceitual, de forma que não se tem conseguido incluí-las no processo de apropriação:

"Então, é mais ou menos o mesmo processo (...) Uma tentativa de fazer avançar do (...) pensamento concreto, pruma abstração, pruma simbolização (...) Porque eu vivo muito intensamente esses processos (...). Pra mim são muito esclarecedores... (...) não sei o quanto disso... (...) A gente consegue passar pro grupo (...)."

É colocada uma certa frustração quanto a efetivar este processo reflexivo com os grupos com os quais se costuma trabalhar. Há um incômodo, porque esse tipo de trabalho de simbolização, em que se faz uso de metáforas, de analogias, da estética, muitas vezes poética, complexificaria a análise, e geralmente fica a sensação de que não há uma apropriação pela maioria dos participantes. Reconheceu-se que há muita dificuldade nos grupos com os quais se trabalha em trabalhar metaforicamente. Essa forma de encantamento utilizada no trabalho é cultivada, mas com enormes dificuldades de reprodução.

Uma questão que poderia ser ressaltada se refere ao sentido que estas metáforas e as analogias assumem frente aos conceitos já presentes na vida e no trabalho das oficinas, associando-se ou não às concepções ou discursos recorrentes nos seus grupos de contato e na sociedade em geral. Conforme a necessidade apontada por AFONSO (1997a) de combinar a linguagem simbólica com a linguagem reflexivo-verbal, caso a primeira não consiga articular minimamente os discursos que se realizam no senso comum com eventuais visões críticas a seu respeito, provavelmente estas metáforas não farão sentido para a clientela da atividade educativa e nem facilitarão a ampliação, recriação e complexificação de suas visões de mundo.

Em relação ao "objeto preferencial da Educação em Saúde" proposto pela Oficina e pelo Laboratório, a coordenação acentuou uma perspectiva importante que pode ser trabalhar a percepção das relações que se estabeleceriam no cotidiano dos serviços, vendo os conteúdos presentes como "caminhos" ou "meios" para trabalhar a percepção de si e da relação com o outro. Assim, ficaria justificada a "lacuna" de entendimento do conteúdo, como mediação para o estudo das relações, pois haveria "uma lacuna (...) Nessa questão do processamento (...) é uma lacuna que eu não sei se a gente tem que preencher... (...) Ou se o nosso trabalho é isso mesmo. (...) Isso é uma coisa que a gente (o grupo de profissionais atuantes no Laboratório) precisava conversar mais."

A idéia que pareceu prevalecer seria de que a Oficina deveria focalizar mais a auto-percepção das participantes, utilizando um ou mais temas eixo para viabilizar esse objetivo. Como já foi citado, esta percepção é fruto do reordenamento do campo da

Educação em Saúde, encontrando apoio e consonância com as reflexões de expoentes como CARVALHO (s.d.). Neste sentido, o foco na vivência das relações em detrimento do conteúdo informativo em saúde se colocaria enquanto centro desta abordagem educativa. Trabalhando-se a relação intersubjetiva no trabalho e na vida, estaria sendo desenvolvido, neste enfoque, um conceito de papel de educador (e de Educação e de Educação em Saúde), onde forma e conteúdo caminhariam juntos.

Outro tema trazido diz respeito à polêmica “da abordagem de conteúdos pessoais, opiniões e sentimentos” que são expostos durante o processo de realização da Oficina. Diante desta questão, a coordenação indicou uma percepção marcadamente positiva dessa faceta da abordagem, uma vez que este seria o diferencial que propiciaria o estreitamento do vínculo entre as pessoas, assumindo os riscos que essa opção traria:

"...o que rolou ali (...) deve ter marcado muito, a ponto das pessoas, ao se encontrarem, terem outro vínculo (...) tem alguma coisa que a gente viveu junto e que foi significativo. (...) a gente se expôs (...) tem uma cumplicidade (...) no cotidiano a gente não pode se expor assim, porque (...) Parece que tem um segredo (...) Então a gente não tem controle sobre o que acontece... Por isso (...) eu defendo (...) que é pela emoção que (...) tem que trabalhar sim. E correndo alguns riscos! (...) a gente trabalha noutra nível. (...) com (...) Uma discussão conceitual a partir do que é sentido (falando pausadamente). É uma construção de um grupo. (...) uma crítica construída. (...) esse trabalho (...) pode ser (feito) de diferentes formas."

Neste trecho da entrevista, ao reforçar a necessidade do trabalho sobre a exposição dos sentimentos, como substrato para a constituição de um vínculo diferenciado durante as Oficinas, a equipe de coordenação assumiu riscos relativos aos afastamentos da proposta de trabalho provocados pelas dificuldades conscientemente percebidas ou não pelas participantes em lidar com seus próprios sentimentos. O fato do trabalho ser baseado no "respeito às individualidades" e na "construção conceitual de grupo a partir dos sentimentos" resguardaria a abordagem de possíveis imposições ou autoritarismos. Considero que essa perspectiva acentuaria o lado eminentemente consciente ou voluntário da situação educativa, quando oficinandas e coordenadoras seriam capazes de reconhecer e evidenciar no grupo suas idiossincrasias, medos, dificuldades de variados matizes.

A equipe de coordenação trouxe também uma questão polêmica que se referia a diferenças não explícitas entre os objetivos da instituição e os do Laboratório ao fazer a Oficina. Seria verdade que ambos preconizavam o aprimoramento do atendimento prestado à clientela, mas só que o Laboratório entenderia que o trabalho sobre a relação profissional – pessoa em cuidado, exigiria um tipo de aperfeiçoamento que supõe uma contrapartida institucional realizada através da abordagem continuada do sofrimento profissional no contato com a dor e a morte de suas clientes:

"Eu acho que a instituição tem muito medo da dor. (...) Foi (o setor demandante que pretendia que fosse) uma Oficina de Educação em Saúde. Desenvolvimento de papel de educador (...) Na perspectiva do vínculo, da relação com o usuário.(...) Entrevistadora: De certa forma, a própria instituição (...) pleiteava um tipo de abordagem dessa questão (...). Entrevistada: Dessa questão da continência (...) Pra emoção, pro sofrimento, pra dor do profissional? Acho que não. (...) Nós propomos trabalhar o papel de educador, através da consciência e da qualificação do vínculo. (...) A instituição, quer esses profissionais muito adequados na atenção aos usuários. (...) Quando pede uma Oficina de Educação em Saúde (...) Não tá se criticando que não tem espaço de continência pro profissional que chora, que dói, que sente dor, que sofre... Se tivesse pedindo isso, não seria uma questão tão eventual, tão... Esporádica, faria parte da estrutura da instituição..."

Esta diferença se evidenciaria pelo fato de iniciativas como as da Oficina e outras que trabalhem este tema num formato mais próximo da realidade vivida pelo profissional e seu cliente, serem tão esporádicas e não concebidas de maneira integrada à formação profissional no cotidiano do trabalho.

7. Discussão: comparando as manifestações dos sujeitos envolvidos

Na análise apresentada a seguir procurou-se estabelecer comparações entre os discursos dos sujeitos envolvidos, mediante a utilização das mesmas categorias empíricas, tentando colocar algum sentido no produto que vai sendo desenhado, mediante aproximações sucessivas e sínteses, mesmo que parciais. Esta busca é uma continuidade daquela operação à que me referi anteriormente como o puxar o fio no emaranhado do novelo de lã, só que agora, o interesse não é mais puxá-lo em sua singularidade, mas num conjunto mais ou menos ordenado, que informe uma imagem ainda tosca que vai, gradativamente, se tornando mais nítida à medida que vai sendo reconstruída, conforme o que se queria entender.

7.1. Coincidências, disparidades e complementaridades para as oficinas

7.1.1. Análise somativa

7.1.1.1. Quanto às repercussões

Ao realizar as associações propostas percebeu-se muita afinidade nos depoimentos analisados quanto aos desdobramentos relativos à temática central da Oficina, isto é, o desenvolvimento do papel de educador ou da dimensão educativa do papel profissional do trabalhador de saúde, em seus dois aspectos, tanto em sua visão ampliada, que compreende qualquer ação na abordagem da clientela institucional, quanto na abordagem grupal desta mesma clientela. Foi identificada, então, uma nova categoria empírica denominada “quanto ao desenvolvimento do papel de educador”, que comporia uma análise somativa das repercussões da Oficina.

7.1.1.1.1. Diretas

A maioria das oficinas considerou que a atividade teria trazido repercussões ao seu papel de educadora, tanto entendido na sua forma mais restrita, enquanto coordenadores de grupos, como no aspecto ampliado relacionado à interação com as pessoas sob seu cuidado.

As que focalizaram as repercussões sobre seu papel de coordenadora de grupos, referiram que a Oficina teria confirmado sua perspectiva de trabalhar aprofundando o enfoque sobre a questão da dinâmica grupal, como também teria ajudado na reformulação da atuação na condução de grupos, pela utilização de recursos didáticos e lúdicos de maneiras diversas a fim de ampliar a reflexão e autonomia das clientes, ou mesmo teria contribuído na valorização do tempo necessário à absorção de conteúdos pelos participantes durante as atividades educativas. Ressalvaram, entretanto, que estas repercussões se relacionariam também a uma aproximação anterior com os processos educativos conduzidos daquela forma, ou a uma predisposição interna, que combinava um clima de mudança institucional favorável com uma mudança de setor onde haveria maior envolvimento com a temática desenvolvida na Oficina, ou seria advinda de uma

formação anterior no campo da Educação (formação em Grupos Operativos e Especialização em Sexualidade Humana), que ajudava no acolhimento de conteúdos desenvolvidos, ou mesmo de uma reduzida utilidade das contribuições apontadas, devido à mudança de atribuições, pelo afastamento do trabalho educativo desenvolvido na instituição.

Tomando as contribuições relativas ao papel mais amplo de educador, aquele que acontece no cotidiano do profissional de saúde, quase todas as entrevistadas destacaram que teria havido mudanças pessoais, a partir do trabalho de auto-reconhecimento realizado, que aprimoraram sua atuação com a clientela no sentido de ampliar a troca, o “saber ouvir o outro” e o respeito à individualidade, melhorando seus resultados na vinculação com as clientes e na adesão ao tratamento. Algumas procuraram ressaltar o reforço de aspectos como a apreensão de novos conceitos, a motivação para o trabalho, a possibilidade de aplicação dos conhecimentos obtidos na área de atuação específica, o trabalho sobre a onipotência do profissional de saúde combinado a uma forma mais tranqüila de lidar com as pressões institucionais por produtividade no atendimento, ou ainda indicaram conseqüências importantes para melhoria de seu relacionamento com os colegas de trabalho, reorientando situações cotidianas onde havia importantes focos de conflito e desmotivação, mediante o amadurecimento na abordagem de posturas profissionais arrogantes e desrespeitosas. Relativizando o papel das repercussões assinaladas, poderiam ser apontadas também afinidades ou buscas anteriores no aprimoramento de seu papel profissional no sentido apontado.

Algumas também enfatizaram uma mudança pessoal no pós-oficina. Este desdobramento poderia ser minimizado, uma vez que se admitiriam as dificuldades inerentes à realidade dos serviços, que dificultam a aplicação do que foi desenvolvido na atividade, confirmando também que os conceitos trabalhados trazem um fortalecimento diante das atividades educativas realizadas e que já estava presente uma busca anterior que apontava na direção proposta pela atividade. Ao contrário, há argumentos que reforçariam a importância da Oficina para a vida pessoal e profissional, visto que o momento de transição profissional potencializou o trabalho específico no campo da Educação em Saúde, criando necessidades de reflexão e aperfeiçoamento que impulsionaram concretamente a atuação, como também o contato com atividades reflexivas do Laboratório e a supervisão do trabalho da equipe ajudaram no aprofundamento de conceitos e na renovação da práxis.

Outras oficinas indicaram repercussões não diretamente relacionadas ao desenvolvimento do papel de educador. Estas contribuições relacionavam-se à troca multiprofissional que ocorreu devido à Oficina, trazendo maior auto-valorização e motivação no trabalho. Houve ainda quem não soubesse identificar em que sentido teriam ocorrido as contribuições reconhecidas, argumentando não ser possível fazer esta associação direta, possivelmente devido ao caráter pontual da atividade.

Também houve quem, ao contrário das demais, visse como positivo o entrosamento grupal, mas negasse repercussões em seu trabalho, seja porque trabalhava de forma isolada das demais e não poderia reproduzir o que foi vivido, seja porque nenhum conteúdo novo havia sido colocado sobre abordagem da clientela durante a atividade.

7.1.1.1.2. Indiretas

De uma forma geral, os depoimentos ressaltaram contribuições durante a entrevista que se coadunam e complementam às diretamente mencionadas.

Em relação ao papel ampliado de educador, várias oficinas reafirmaram os aspectos já realçados em suas falas anteriores, destacando apenas questões como a possibilidade da abordagem mais integral e menos massificadora da clientela, dificultada pelas diretrizes institucionais que visam impedir o trabalho educativo com grupos, a retaguarda ou respaldo teórico-metodológico da atuação voltada para a qualificação do vínculo com os usuários frente às pressões por produtividade das chefias da instituição, a maior responsabilização com a resolutividade dos casos atendidos, o envolvimento com propostas de solidariedade social, o fornecimento e contextualização de informações na coordenação de equipes visando a reorientação de condutas dos profissionais, o aperfeiçoamento da abordagem da clientela em função da troca multiprofissional na análise de situações e a revisão do próprio papel profissional, a partir da relativização dos papéis do par cliente-profissional, da motivação para o trabalho tendo em vista o atendimento à clientela e da atenção voltada para as dimensões da dor e da morte presentes no trabalho em saúde.

Uma consequência bastante mencionada pelas participantes se referiu ao entrosamento grupal durante a atividade, que teria produzido desdobramentos relativos ao vínculo afetivo para além daqueles momentos. Como evidência deste processo, foi apontada a forte identificação ocorrida no grupo, que teria facilitado a comunicação

posterior entre os setores institucionais, o reconhecimento da necessidade de ampliar a integração grupal na instituição, o enfrentamento de desafios colocados pela instituição em outros momentos, como também teria tornado mais possível uma aproximação de pessoas que tinham dificuldades anteriores de contato.

Outra repercussão muito indicada pelas entrevistadas é sua participação nas iniciativas de continuidade desenvolvidas a partir da atividade. Foi mencionada a participação tanto na reunião avaliativa que ocorreu articulada pelas coordenadoras e pelo setor demandante da atividade, quanto do grupo de estudos. Algumas poucas não participaram do grupo de estudos, porque não souberam de sua realização. Algumas fizeram sugestões sobre a melhor forma de continuidade: foi indicado que, do ponto de vista institucional, o mais interessante seria continuar na forma de oficinas, porque seriam atividades com término previsto. Considerou-se importante envolver profissionais que não tivessem realizado a primeira atividade, ampliando o acesso ao trabalho realizado. Este acesso poderia ser ampliado também em relação à clientela institucional, mediante uma iniciativa voltada para a temática do auto-cuidado. Seria necessário também que os encontros ocorressem com menos tempo de intervalo, pois foi muito difícil equacionar horários que compatibilizassem interesses institucionais e profissionais. Foram apontados impedimentos institucionais, principalmente da Enfermagem e a tradição do trabalho de formação mais voltado para as questões técnicas e administrativas, que dificultavam a implantação das propostas de continuidade.

Tomando a questão do papel de educador enquanto coordenador de grupos, algumas pontuaram contribuições relativas à reflexão sobre a atuação que teria permitido aperfeiçoá-la, através da aplicação de técnicas que ampliavam o contato afetivo entre participantes, do reforço a propostas que priorizam a autonomia dos usuários atendidos ou a disponibilização de informações mediante uma contextualização dos motivos para a adesão ao tratamento.

Em relação à questão do aprimoramento no campo da Educação em Saúde foi destacado o estímulo ao aperfeiçoamento da especificidade de papel educativo dos profissionais, pela participação em reflexões a respeito de temas como a Avaliação em Educação em Saúde, pelo interesse por atividades formativas promovidas pelo LACES, pela busca de continuidade de atuação neste papel mesmo mudando o campo de atuação profissional, pela proposta de fazer um curso de Dinâmica de Grupo, pela continuidade

de participação em iniciativas promovidas pelo grupo de Educação Nutricional e pela realização de algumas leituras sobre temas específicos do campo.

Algumas citaram as repercussões positivas da Oficina para a maioria das oficinas, a ampliação da credibilidade do setor demandante da atividade perante outros setores do hospital, a motivação para o trabalho devido à quebra da rotina representada pela atividade, a reformulação positiva de concepções a respeito do trabalho da coordenação, o trabalho de auto-reconhecimento criando oportunidades prazerosas de reconhecer os significados da atuação pessoal e a confirmação do questionamento da visão estática do grupo sobre os processos de adoecimento.

Procurando relacionar os vários aspectos aqui elencados enquanto repercussões positivas da atividade indiretamente apontadas pelas oficinas, seria necessário salientar a relevância dos aspectos relacionados ao desenvolvimento do papel de educador inerentes à atuação do profissional de saúde, ao entrosamento grupal e às iniciativas de continuidade da atividade promovidas pela instituição. Em relação ao primeiro aspecto, comparando com o que foi apontado como contribuição direta da atividade, há uma confirmação da ênfase na atuação ampliada do educador/profissional de saúde, indicando também uma predominância de concepções que buscam ampliar a autonomia dos usuários e a relativização do papel do profissional enquanto mediador. Esta perspectiva apontaria para a efetivação do objetivo da atividade proposto pelo setor demandante, voltado para o aperfeiçoamento do atendimento prestado mediante a qualificação do vínculo com a clientela e o desenvolvimento do papel profissional. De seu lado, as repercussões sobre o entrosamento grupal reforçariam a perspectiva adotada que ressaltam o reconhecimento de si e do outro no grupo como ponto de partida para o fortalecimento dos profissionais e a ressignificação das interações que ocorrem no contexto institucional, como propôs a equipe de coordenação no programa da Oficina. E, por último, ficaram mais acentuadas as contribuições relativas à continuidade da atividade do que o aprimoramento da especificidade educativa do profissional de saúde no campo da Educação em Saúde. Uma explicação possível para esta vantagem assinalada seria o fato do primeiro tipo de repercussão ter sido fruto de iniciativas institucionais, enquanto que a outra ser derivada principalmente do envolvimento pessoal das oficinas com o próprio aperfeiçoamento profissional. As dificuldades já colocadas quanto à pressão por produtividade que enfrentariam estas profissionais no seu cotidiano de trabalho e o incipiente investimento institucional em propostas de trabalho formativo que privilegiem a temática e a abordagem trabalhada na Oficina,

poderiam alicerçar a compreensão desta situação. Se se tem como proposta a superação das dificuldades relativas ao atendimento dos usuários, a situação apontada reforçaria a necessidade do redirecionamento das prioridades institucionais no que tange a formação de seus profissionais.

7.1.1.2. Quanto às insuficiências

Um aspecto já mencionado no capítulo sobre Método se refere ao fato das entrevistadas terem uma tendência em ressaltar mais sua visão positiva da Oficina. Como venho indicando no decorrer desta análise, a maior parte delas tinha contato com este tipo de abordagem, a partir de trabalhos do Laboratório ou não, o que provavelmente fez com que a maioria se interessasse em participar. Por outro lado, o CAISM, em algumas iniciativas mais recentes, vem criando oportunidades de trabalho com enfoque multiprofissional, que visam facilitar a troca e a integração entre diferentes especialidades de formação na realização do trabalho, como também vem privilegiando, ainda de forma incipiente, a temática e o enfoque proposto pela atividade analisada.

Desta forma, a maioria das oficinas ressaltaram os aspectos positivos, uma vez que parecem ter percebido a necessidade de continuar o processo ali vivenciado, como também pela falta de alternativas de educação continuada com este formato e tema, apontando a necessidade de que a instituição tornasse a iniciativa mais frequente em seus processos formativos. Neste sentido, podem ser exemplificadas situações em que uma oficina referiu não perceber as insuficiências da atividade, ressaltando a necessidade de continuidade do processo iniciado, porque não tinha participado de outra, para que pudesse comparar, identificando esses aspectos.

Outra ressalva já apontada em outros momentos, diz respeito ao tempo transcorrido entre Oficina e entrevista, que fizeram com que algumas oficinas não conseguissem indicar eventuais insuficiências da atividade, uma vez que seria mais fácil destacar o que foi positivamente marcante. Mas este aspecto precisaria ser relativizado também, se fossem tomadas as opiniões colhidas logo após a atividade, que eram caracteristicamente favoráveis à Oficina.

Tendo em vista estas ressalvas, as manifestações expressamente colocadas como limites da Oficina estavam relacionadas ao tempo, à abordagem utilizada, à forma de participação das oficinas e a aspectos organizativos.

Em relação ao fator tempo, foi identificado que os encontros duraram excessivamente. Argumentou-se, de um lado que, como as oficinas se sentiam pressionadas por não estarem atendendo a clientela, havia um sentimento de angústia nas participantes que as fazia adiantar a saída, atrasar a chegada ou interromper sua presença na atividade. Esse argumento explicitaria as condições de trabalho caracterizadas pela pressão pelo atendimento da demanda, já indicada, como também uma concepção de que a educação continuada dos profissionais, seria mais uma recompensa pessoal do que um investimento institucional. Por outro lado, tomando um aspecto mais metodológico, haveria também um menor aproveitamento das participantes, que também se sentiriam rompendo o compromisso firmado no grupo com a proposta de trabalho. Como sugestão, foi apontado que os encontros fossem mais curtos e que se aumentassem o número deles.

Ainda em relação ao fator tempo, tomando a questão do momento da realização da atividade fora do horário de trabalho de algumas profissionais, foi reconhecido um aproveitamento menor do que o desejável, no caso de quem trabalha no horário noturno. A sugestão de que as atividades ocorressem em períodos de menor pressão pelo atendimento durante aquele turno de trabalho, considerava a difícil operacionalização pela instituição. Sua proposta, por um lado, levaria em conta as pressões pelo atendimento à clientela próprias da organização do trabalho e, por outro, daria conta da necessidade sentida de que esta formação profissional ocorresse integrada ao cotidiano dos serviços, considerando a organização do trabalho em turnos, como um esforço e investimento institucional. Além destes aspectos, houve também quem considerasse que a Oficina, como um todo, teria durado pouco, indicando a necessidade de continuidade do processo.

Em relação à abordagem do Laboratório, foi apontado que ocorreu, durante o encerramento da Oficina, uma incompatibilidade entre o trabalho reflexivo de conteúdo e as necessidades de expressão dos sentimentos colocadas pelo grupo, com pouco aproveitamento dos temas trabalhados. Houve também um posicionamento defensivo de algumas oficinas que, ao serem questionadas a respeito das insuficiências da atividade, procuraram reafirmar a seriedade do trabalho, seus resultados terapêuticos, ressaltando a adequação do trabalho realizado pelas coordenadoras. Outra oficina identificou uma mudança no que se constituiria como objeto de uma oficina de Educação em Saúde, que passaria agora a priorizar os aspectos pessoais do educador, demonstrando certa dúvida em relação a esta escolha. E ainda outra participante marcou

sua dificuldade de relacionamento com uma das coordenadoras, que teve mais dificuldade no contato e cujo papel de coordenação não teria ficado muito claro.

Quanto à participação das oficinas, foi identificado um certo descompromisso ocorrido logo nos primeiros encontros, mas que teria sido superado no decorrer dos trabalhos, devido, provavelmente, ao entrosamento e integração grupal e ao envolvimento com a proposta por parte da maioria das participantes.

Relativamente aos aspectos organizativos, foram apontadas dificuldades com a sala em que se desenvolviam os trabalhos.

Mesmo considerando as ressalvas colocadas que dificultavam o levantamento de aspectos negativos da atividade, pontos relevantes foram reconhecidos, que corroboram o aprofundamento da análise. Questões como as dificuldades com a longa duração da atividade frente a pressão pelo atendimento e por produtividade, com a realização de atividades formativas que levem em conta o trabalho em turnos, as desconexões entre trabalho vivencial e conceitual, as dúvidas quanto ao objeto de conhecimento a ser privilegiado durante a atividade, as relações transferenciais entre participantes e coordenadoras e o descompromisso inicial com a atividade envolvem aspectos importantes que já fazem parte da análise em curso e indicam diretrizes de aperfeiçoamento da proposta.

7.1.2. Análise formativa

7.1.2.1. Quanto às lembranças marcantes

O momento mais lembrado pelas entrevistadas foi a construção de objeto representativo do processo educativo de cada uma. Duas oficinas resgataram esta vivência associando-a ao tema trabalhado. Foi enfocada a importância do resgate da história de vida, das emoções desencadeadas, dos valores embutidos no processo educativo revisto e do método de recordar a educação em sua experiência infantil e escolar, a partir da representação em sucata, detalhando os objetos construídos. As outras quatro entrevistadas que se lembraram desta vivência, não a relacionaram ao tema abordado. Uma recordou-se, com detalhes, do belo produto de sua construção, mas inquietou-se ao não conseguir identificar o objetivo que teria sido trabalhado naquele momento. Outra, que recordou alguns objetos construídos, referiu que o tema abordado

seria o resgate da história de vida de cada uma. A terceira, por sua vez, lembrou-se da construção em sucata, mas não identificou o que teria produzido ou o tema abordado, enquanto a quarta, realçou a retomada de sua infância, referindo-se, com alguma dúvida, a este período da vida como tema da vivência, sem resgatar também qual objeto teria produzido.

Assumindo que a vivência mais citada seria a de maior significado para as oficinas, chamou atenção a diversidade de apreensões a respeito dela e o fato da maioria entre as que recordaram, não a relacionarem ao tema trabalhado. Além disto, aquelas que estabeleceram esta relação, não especificaram conceitualmente os processos educativos ali focalizados. Considerando a análise realizada por esta pesquisa (item 4.2.2.) que indicou um processo intenso de vivência simbólica, sem que o processamento avançasse no uso da linguagem verbal-reflexiva, seria possível afirmar, concordando com AFONSO (1997a), que esta situação ocorreu em função do pequeno “resgate pela palavra” proposto como necessário, por esta autora, ao trabalho de oficina (p. 12). Mas, esta reflexão precisa ser relativizada levando em conta o tempo transcorrido entre entrevista e Oficina, uma vez que a vivência emocional, conforme o impacto envolvido na experiência, ficaria muito mais facilmente fixada na memória, ao passo que os conteúdos conceituais seriam mais dificilmente recuperados. Além do tempo transcorrido, outra questão que poderia estar influenciando o descolamento entre vivência e tema abordado, é a necessidade de equacionamento do tempo de duração frente à focalização dos objetivos propostos para a atividade. Em outro momento desta pesquisa, ficou assinalada uma diferenciação entre os objetivos propostos pelo setor demandante, que via como necessário focalizar mais diretamente a dimensão educativa do trabalho em saúde voltado para a interação com a clientela, e a priorização da equipe de coordenação que propunha a qualificação das diversas interações dos profissionais que se constituem no contexto da saúde. Como foi indicado pela coordenação, o tema priorizado, efetivamente, foi a qualificação do vínculo com a clientela. Parece que no decorrer dos trabalhos, foi-se indicando este como tema a ser privilegiado. Neste sentido, muito provavelmente houve uma opção em não aprofundar o processamento ao nível teórico-reflexivo a partir da vivência, não associando, por exemplo, as características comuns e complementares dos processos educativos vivenciados pelas participantes daquele grupo, às concepções e discursos a respeito da Educação nas práticas sociais hegemônicas e contra-hegemônicas correntes.

Outro aspecto muito mencionado pelas entrevistadas foi o trabalho de reconhecimento pessoal e do papel profissional. Foi salientado este ponto, exemplificando, como relatado acima, a vivência do processo educativo e, da mesma forma, foi destacado o incentivo da expressão individual, como recurso de aprimoramento pessoal e profissional. Algumas participantes identificaram a Oficina como uma terapia, destacando mudanças internas que ocorreriam em função da participação na atividade e que refletiriam no trabalho com a clientela. Por outro lado, também foi reforçado o trabalho sobre si, sem identificá-lo com seu aperfeiçoamento profissional, destacando sua importância como vivência pessoal somente. Seria importante destacar que a indicação do trabalho de auto-reconhecimento de si e do outro, quando associada ao aperfeiçoamento da abordagem da clientela, é uma repercussão que reforçaria a idéia sobre o alcance do principal objetivo da Oficina já pontuado, enquanto uma sensibilização para o tema.

Outra situação bastante lembrada é aquela em que se construiu uma representante da clientela do CAISM. Três oficinandas mencionaram a vivência, sem caracterizar as formas de contato que se estabeleceriam com a clientela, ou as concepções que as norteariam. Uma descreveu a maneira como foi construída a personagem representante da clientela e a interação desenvolvida em cena com ela, as demais recordaram da construção simbólica da personagem, mas não a associaram à clientela construída de forma figurativa no momento anterior. Ao contrário, outras duas expressaram diferentes concepções de abordagem da clientela, a partir da vivência. Uma relembrou as diversas maneiras de vê-la, procurando entrar em contato com os aspectos emocional e social, levando em conta os interesses e sentimentos da cliente nesta abordagem. A outra, por sua vez, reforçou mais uma visão negativa da clientela, assumindo como necessidade a correção de seu comportamento inadequado, através de informações que seriam indicadas pelos diferentes profissionais.

Como na vivência sobre processo educativo, a associação entre vivência de construção do personagem-cliente e os conteúdos das abordagens da clientela pelos profissionais ocorreu, mas não para a maioria das entrevistadas. É necessário ressaltar, entretanto, que entre as duas entrevistadas que evidenciaram mais claramente abordagens realizadas pelos profissionais em seu trabalho, uma delas trouxe mais fortemente a perspectiva preventivista, sem indicar qualquer posicionamento mais crítico em relação à esta visão. Esta perspectiva evidenciada sugere a necessidade de explorar melhor as concepções de abordagem da clientela presentes no grupo de

oficinandas. Destaca-se o fato de que este era o tema central da Oficina, e que, segundo as análises realizadas da atividade (item 4.2.2.), foram proporcionados momentos de reflexão simbólica e verbal, que teriam permitido uma melhor sistematização a respeito da temática. Neste sentido, deveria ser considerado um limite da proposta da Oficina e seu caráter sensibilizador para o tema central desenvolvido, reconhecendo a necessidade, diante dos limites de tempo, de priorizar o trabalho sobre as concepções a respeito das diversas formas de perceber e abordar a clientela e/ou desenvolver uma proposta de continuidade que aprofundasse a apropriação das concepções sobre práticas realizadas. Há que se relativizar também as influências, neste caso, do tempo transcorrido entre Oficina e entrevista, como foi indicado anteriormente.

A vivência de construção do conceito de saúde foi lembrada por quatro oficinandas, que descreveram como momento mais significativo, a dramatização no nível da fantasia, quando foi encenado o enfrentamento entre os personagens da saúde e da doença. Levando em conta a análise das coordenadoras de que houve lacunas importantes na apropriação conceitual das oficinandas a partir do processamento realizado acerca da vivência, destacaram-se os posicionamentos de algumas destas oficinandas que confirmaram esta análise. Estas participantes não expressaram qualquer crítica à maneira como se desenvolveu a dramatização. A perspectiva estática em que acentuaram os componentes biológicos, emocionais e de responsabilização individual e externa, denotaria uma proposta pouco condizente com a prevalência das enfermidades crônicas com que lidam no seu dia-a-dia. De outra forma, a partir de uma simbolização diferente dos personagens representados, outra oficinanda indicou seu desconforto com a postura do grupo que estaria negando ajuda à clientela. Neste sentido, para ela o tema trabalhado nesta vivência seria a abordagem profissional da clientela, e não o conceito de saúde, repercutindo, mesmo assim, na valorização do ponto de vista da pessoa em cuidado e na recriação do papel do profissional. Por outro lado, a percepção da coordenação sobre a atuação diferenciada de uma das participantes em cena e as críticas desta oficinanda relativas à forma de relação do grupo com os processos de adoecimento, sugere uma apropriação do conceito anterior à Oficina ou uma percepção proporcionada pela co-criação coletiva vivida em cena.

Levando em conta as análises destes depoimentos, seria necessário pontuar a diversidade e a complexidade de desdobramentos seja sobre o processo vivenciado, seja sobre o trabalho conceitual. Em primeiro lugar há que se destacar o imprevisto da perspectiva colocada pela oficinanda, que desenvolveu reflexões muito pertinentes a

respeito da abordagem da clientela, a partir de uma vivência em que o tema trabalhado seria outro. Esta repercussão, pelo menos imediatamente, tornaria bastante evidente a sutileza e a riqueza de perspectivas a serem exploradas nestes momentos. Seria pertinente, então, tomar como referência o posicionamento da coordenação, que procurou relativizar as contribuições desta vivência, assumindo que possa ter ocorrido algum desdobramento não reconhecível racionalmente. Por outro lado, uma questão que se colocaria para análise diz respeito à influência da atuação da equipe de coordenação durante a dramatização, com falas e ações estimuladoras do conflito. Neste sentido, haveria uma suposição de que a percepção estática da saúde/doença estaria presente no senso comum de todos, inclusive nas coordenadoras, o que numa construção dramática aparece de maneira mais evidente, influenciando e reforçando a maioria do grupo, na compreensão da doença enquanto anulação da saúde e vice-versa. Mesmo considerando que isto poderia ter ocorrido, acredito que, se o processamento tivesse sido realizado conforme indicado, isto é, mediante a reflexão a respeito dos discursos correntes sobre os conceitos de forma articulada ao que foi vivido em cena, seria mais possível desnaturalizar e tornar mais complexo o que foi experimentado e talvez contribuir para a apropriação conceitual. Entretanto, como já pontuado acerca da vivência sobre processo educativo, este também seria um tema subsidiário na Oficina e, colocando-se a necessidade de otimização do tempo, o momento do processamento teria ficado prejudicado, explicando em parte o que ocorreu. Além disto, conforme levantado na análise das vivências anteriores, seria necessário também relativizar a questão do tempo transcorrido como influenciador das lembranças indicadas.

Três entrevistadas lembraram-se da vivência de relatos de situações do trabalho que focalizavam o atendimento da clientela, em que foi escolhida uma história para ser dramatizada e discutida a dimensão educativa do papel profissional. Uma resgatou que foi a sua história a dramatizada e que teria sido muito importante poder trocar com as colegas, analisando/avaliando sua abordagem na situação. Outra trouxe a lembrança da história, mas tomou o ponto de vista da cliente como foco, discordando de sua postura, pois teria mentido para seu filho adotivo. Já a terceira descreveu alguns momentos da vivência, focalizando seu aprendizado no processo relativo a um colega de trabalho com quem tinha dificuldade de relacionar-se, reconhecendo e refletindo sobre a maneira distante e elitizada de atuar daquele profissional, reforçando seu questionamento a ela.

Também aqui a diversidade de apreensões que vêm marcando outros relatos de vivências teria ocorrido. Neste caso, uma entre duas entrevistadas teria focalizado sua

compreensão na conduta da paciente e não na dos profissionais frente à clientela, caracterizando aí um descolamento entre tema abordado e momento vivencial. As outras duas entrevistadas, por outro lado, apontaram conteúdos característicos da abordagem que precisariam ser levados em conta, a partir da dramatização, isto é, o lado emocional e social da clientela e a necessidade de uma comunicação acessível, respectivamente.

Neste sentido, vem-se percebendo que teria havido diversas gradações acerca do trabalho de reflexão conceitual sobre as quatro vivências relatadas. Especialmente naquelas em que foram abordados temas subsidiários da Oficina, parece que houve uma focalização do tema, sem se aprofundasse uma análise das concepções balizadoras da atuação presentes, havendo uma maior concentração de esforços na “relação com a clientela”, temática central da Oficina, mediante aproximações simbólicas e processamento a partir de estudo de textos sob a condução das coordenadoras. Esta priorização sugere uma busca de atender os objetivos propostos para a atividade, levando em conta as expectativas do setor que solicitou a Oficina, que pretendia uma capacitação da equipe que presta assistência relativa à interação com os pacientes. Mais do que aprofundar a conceituação sobre aqueles temas auxiliares, a Oficina teria pretendido e, tudo leva a crer, conseguiu sensibilizar a maioria dos profissionais quanto ao reconhecimento da dimensão educativa do seu trabalho, fortalecendo, na maioria, uma percepção de que este processo precisa favorecer uma troca de saberes entre profissional e pessoa em cuidado, visando a autonomia do cliente e a promoção de saúde.

Dada a complexidade do processo educativo desenvolvido, mediante a diversificação das compreensões apresentadas, dos diferentes graus de descolamento entre trabalho conceitual e vivencial e das repercussões indicadas a partir do papel educativo do profissional de saúde, reconheceu-se que as perspectivas até aqui apontadas relativas à conduta frente à clientela, ficaram identificadas basicamente em três concepções: aquela que se caracterizaria pelo respeito ao outro, na escuta de seus interesses no sentido de adequar melhor a abordagem a ser realizada e promover autonomia no lidar com os processos de adoecimento (que pode ser encontrada no relato da maioria das entrevistadas), outra mais direcionada a corrigir eventuais equívocos de comportamento, através de orientações sobre conteúdos informativos em saúde e uma outra voltada para o provimento de informações que contextualizem os motivos pelos quais uma conduta precisa ser adotada a fim de promover saúde. Neste sentido, seria possível identificar uma consonância de perspectivas na maioria dos relatos,

principalmente porque teria havido uma confirmação de condutas/concepções que vinham sendo trabalhadas anteriormente à Oficina.

Por outro lado, foram também indicadas tanto mudanças mais significativas para uma oficinanda, muito provavelmente associadas à participação em iniciativas de continuidade como o grupo de estudos e a supervisão do trabalho educativo, ambas promovidas pela instituição, como também nenhuma repercussão ao nível profissional, indicada por outra participante, de forma que a Oficina se resumiria a um momento de reflexão pessoal e convivência prazerosa, sem acréscimos significativos quanto à reflexão conceitual relativa ao tema centralmente abordado.

7.2. Coincidências, disparidades e complementaridades para as coordenadoras frente às manifestações das oficinas

7.2.1. Análise somativa

7.2.1.1. Quanto às repercussões

7.2.1.1.1. Diretas

Em relação às semelhanças, tanto coordenadoras quanto oficinas relataram repercussões quanto ao aprimoramento do papel de educador, ressaltando um percurso anterior que já vinha sendo trilhado. Indicaram estar podendo lidar melhor com as incertezas na relação consigo próprias e com o outro na construção de autonomia voltada para o saber frente aos processos saúde/doença.

Por outro lado, as coordenadoras, ao priorizarem repercussões relativas ao processo de realizar oficinas como um todo, relativizaram desdobramentos desta Oficina, que se relacionaram mais à parceria construída e ao entrosamento vivido no grupo. Distanciaram-se, assim, das oficinas que enfatizaram mudanças ao nível pessoal e profissional a partir da atividade. Outra diferença se relaciona ao fato das coordenadoras verem contribuições para trabalho educativo desenvolvido pelo Laboratório, enquanto as oficinas identificaram, evidentemente, aspectos no nível individual ou grupal, enquanto clientela da atividade.

7.2.1.1.2. Indiretas

A coordenação atribuiu algumas conseqüências às oficinas. Ressaltou-se o entrosamento grupal que teria transcendido a experiência vivida na atividade, confirmando os relatos das oficinas. Realçou-se o envolvimento não só entre as participantes, mas das coordenadoras com as oficinas, fato também relatado em alguns depoimentos de entrevistadas, que salientaram avaliações positivas sobre este contato, indicando, inclusive, reformulação favorável de impressões anteriores. Em relação ao fato da equipe de coordenação reconhecer que a Oficina teria possibilitado

novas formas de interação no trabalho, seria necessário recuperar um desdobramento indicado por uma oficinanda que relatou ter amadurecido seu difícil contato com colegas de equipe a partir da experiência da Oficina.

A suposição da equipe de coordenação sobre os desdobramentos não imediatamente identificáveis relativos à vivência de construção do conceito de saúde, foi confirmada pelo depoimento de uma das entrevistadas que se percebeu bastante mobilizada tanto em relação ao seu papel profissional, reorientando sua perspectiva de atuação junto à clientela, sua motivação para o trabalho e a retomada da reflexão a respeito do sofrimento e da morte, enquanto natureza do trabalho em saúde.

Outras repercussões relativas ao envolvimento em iniciativas de continuidade através de propostas de viabilidade, de reunião avaliativa, do grupo de estudos e da supervisão em serviço, se confirmaram nos depoimentos de coordenadoras e oficinandas, realçando o interesse das últimas na proposta, a carência de atividades deste tipo promovidas pela instituição e as dificuldades de viabilizar a continuidade de forma periódica que compatibilize interesses de profissionais, da instituição e os limites do processo de trabalho hospitalar.

As discrepâncias estão relacionadas aos aspectos que envolvem análises das vivências e eventuais repercussões atribuídas pela equipe de coordenação às oficinandas.

Em relação ao momento de construção da representante da clientela do CAISM, a produção da Cida (item 4.2.2.), em que houve diferenças na forma de condução da atividade, seria importante indicar que, na proposta da coordenação dos trabalhos o encaminhamento efetivado pretendia um aprofundamento reflexivo pela simbolização, a partir do que foi anteriormente construído, numa perspectiva de síntese. Segundo a coordenação este processo teria sido bastante produtivo. Entretanto, dos cinco relatos sobre esta vivência nas entrevistas, apenas dois se lembraram da construção simbólica da clientela e, mesmo assim, não associaram esta construção ao momento anterior. Tendo em vista estes desdobramentos, seria importante retomar o já foi salientado a partir de AFONSO (1997a), considerando que o trabalho desenvolvido numa linguagem eminentemente simbólica, não costuma equilibrar "o uso de técnicas com a intervenção necessária da 'palavra'", onde a não introdução de informações contidas num saber sociohistoricamente construído sobre a temática, dificulta uma elaboração ou apropriação conceitual mais sedimentada (p. 12).

Em relação ao processamento do primeiro momento de construção da representante da clientela do CAISM, a produção da Cida (item 4.2.2.), a equipe de coordenação referiu ter sido possível integrar conteúdos vivenciais e teórico-reflexivos naquele momento, a partir da análise de um texto à luz do que foi vivenciado durante a construção figurativa da clientela institucional. Esta consideração se confirmaria se se tomar a maioria da clientela da atividade. Entretanto, conforme indicado, prevalecem ainda entre as oficinas uma compreensão bastante simplificada e acrítica da própria postura do profissional.

Procurando explicar as discrepâncias acima identificadas, seria necessário levar em conta, conforme mencionado em outros momentos da análise, o tempo decorrido da atividade até a entrevista, que levaria as oficinas a se fixarem no que teria sido mais relevante para elas, perdendo detalhes, principalmente os relacionados à conteúdos mais reflexivos e menos vivenciais, bem como o pequeno tempo de duração da Oficina, o que favoreceria a não apropriação de fato de conteúdos conceituais que eventualmente possam ter sido trabalhados, especialmente no caso daquelas que não participaram das atividades de continuidade promovidas pela instituição, como o grupo de estudos ou da supervisão em serviço.

7.2.1.2. Quanto às insuficiências

Enquanto a equipe de coordenação apontou a forma como a Oficina se estruturou, isto é, as dificuldades advindas da interrupção dos encontros, como um importante limite da atividade, algumas oficinas colocaram de forma inversa o problema, ou seja, destacaram a longa duração de cada encontro. Para as coordenadoras esta forma de organização dificultou a otimização do tempo e repercutiu na descontinuidade da frequência de algumas oficinas, sugerindo, inclusive, que este desdobramento poderia estar associado ao incômodo criado pelo trabalho sobre aspectos emocionais, que ampliava a necessidade de escapes frente à atividade. Já as oficinas ressaltaram suas dificuldades em permanecer durante quatro horas seguidas fora de suas atividades corriqueiras, dos compromissos externos que antecipavam ao horário de saída e as dificuldades com a participação fora do seu horário de trabalho, especialmente no caso no horário noturno. Enquanto as coordenadoras estariam focalizando a necessidade do aprofundamento do trabalho dos aspectos reflexivos e

emocionais, as oficinas procuravam dar conta de suas dificuldades mais imediatas, bem como indicavam sugestões para a continuidade do trabalho, de forma que pudesse estar mais integrado ao seu cotidiano. Este dilema deveria ser enfrentado se houvesse uma proposta de ampliar e integrar a iniciativa nos processos formativos da instituição, no sentido de buscar formas alternativas que dessem conta de ir aprofundando a abordagem dos aspectos necessários ao trabalho educativo em saúde de forma gradativa e contínua, não pontual ou esporádica.

Esta análise poderia ser reforçada pela coordenação, que realçou a fugacidade da iniciativa, colocando dúvidas quanto ao seu aproveitamento pelas oficinas, reforçando a necessidade de supervisão/acompanhamento aos profissionais que a realizaram. Neste aspecto, haveria concordância entre oficinas e coordenação, uma vez que as participantes de forma geral reforçaram a necessidade de aprofundamento dos conhecimentos desenvolvidos na Oficina, propondo e participando de atividades de continuidade.

Em relação às dúvidas quanto ao aproveitamento, a coordenação colocou sua inquietação quanto ao fato de, em geral, encontrar-se com ex-participantes que sempre destacam os aspectos positivos, parecendo particularmente intrigante eventuais repercussões para oficinas que demonstram não se envolver com a proposta já durante a atividade. Nesta pesquisa foi confirmada a suspeita levantada pela coordenação, em que uma das oficinas referiu não ver desdobramentos da Oficina para sua vida profissional, preferindo vê-la enquanto um momento de convivência prazerosa.

Em relação à vivência de construção do conceito de saúde, foi indicado pela equipe de coordenação, uma desconexão entre o trabalho vivencial e o processo reflexivo-teórico, apontando-se a necessidade de aprimorar a abordagem adotada pelo Laboratório, no que tange os momentos de processamento teórico. Propôs-se integrar o momento vivencial com os discursos correntes a respeito do tema, de forma que fosse ampliada a compreensão grupal para além daquilo que tivesse sido colocado em termos conceituais durante a vivência. As oficinas, de seu lado, também ocupadas com os descompassos entre vivência grupal e reflexão teórico-conceitual, apontaram, em relação ao encerramento da Oficina, uma dissonância entre o momento do trabalho sobre o conteúdo e as necessidades colocadas pelo grupo. Chamou atenção as diferenças de enfoque adotados. No caso das primeiras, a perspectiva supõe os desafios envolvidos na forma de concretizar a articulação entre os dois momentos do método. Para as

oficinandas, ao contrário, caberia adequar a abordagem, garantindo o respeito às necessidades colocadas pela dinâmica grupal no momento, em detrimento do que estaria sendo colocado como conteúdo temático a ser abordado. Levando em conta os limites de tempo de uma atividade como esta, o desafio colocado em compatibilizar estas perspectivas é particularmente desafiante.

7.2.2. Análise formativa

7.2.2.1. Quanto às lembranças marcantes

Considerando as recordações comuns colocadas tanto pelas coordenadoras quanto pelas oficinandas, a primeira que se apontaria diz respeito à construção do conceito de saúde. Tendo em vista os depoimentos das coordenadoras, seria importante ressaltar que teria sido determinante sua atuação, impondo ritmo e iniciativa à vivência desde o primeiro momento. O relato das oficinandas confirma esta impressão, uma vez que acompanharam as coordenadoras na realização da proposta, adotando uma postura complementar, ressaltada inclusive pela atuação de uma das oficinandas que teria aquiescido à reorientação da coordenação, contribuindo para que o grupo se envolvesse da mesma forma.

Em relação ao momento do contrato grupal, a coordenação relatou a necessidade de abordar a desconfiança presente naquele momento inicial, expressão do clima institucional, através de um processo que foi minucioso e cansativo. Esta abordagem estaria associada à dificuldade de comunicação/interação num contato inicial, referida pelas oficinandas, advinda da tensão em expor sentimentos e opiniões num grupo desconhecido e da falta de conhecimento prévio da proposta por algumas delas.

Outro aspecto identificado pela equipe de coordenação é a descontinuidade das presenças de algumas oficinandas, em que pese seu envolvimento com os trabalhos desenvolvidos. Uma das oficinandas também citou um certo descompromisso identificado no início das atividades.

Levando em conta o que foi trazido pelas coordenadoras, tanto como repercussão quanto como lembrança marcante das vivências, e o que foi recuperado da fala das oficinandas, seria importante ressaltar as diferenças. As primeiras concentraram mais atenção nos momentos de construção do conceito de saúde e de abordagem da

clientela, mais especificamente nos problemas relativos à integração de conteúdos conceituais a partir das vivências e na questão da forma de condução do segundo momento de abordagem da clientela. As oficinas, de outra forma, resgataram outras vivências além destas duas, como a que tratou do processo educativo e a da situação de atendimento de uma cliente realizada no final da Oficina.

Grosso modo, as oficinas focalizaram mais a descrição da experiência de vivenciar os momentos, concentrando seu olhar nos espaços criados para reconhecimento grupal e individual, como matéria-prima do aprimoramento da abordagem da clientela, citando o trabalho sobre conceitos relacionados ao papel de educador e à Educação dialógica. As coordenadoras, mesmo identificando repercussões profissionais e pessoais relacionadas ao seu papel de educador e ao trabalho em parceria, frisaram mais as questões relacionadas às dificuldades de apreensão conceitual de forma articulada às vivências, reconhecendo, às vezes, sistematizações que não puderam se comprovar nos relatos das entrevistadas, uma vez que estavam envolvidas em identificar novas formas de fazer que contemplassem o aperfeiçoamento da abordagem.

7.3. Coincidências, disparidades e complementaridades para a demandante institucional frente às manifestações das oficinandas e das coordenadoras

7.3.1. Análise somativa

7.3.1.1. Quanto às repercussões

7.3.1.1.1. Diretas

DI, como também fez uma das oficinandas, ressaltou que teria dificuldade em indicar desdobramentos, uma vez que a atividade teve um caráter pontual e seu contato com as participantes também é. As contribuições atribuídas às oficinandas e identificadas por esta entrevistada foram amplamente confirmadas durante os relatos das participantes. Estas repercussões se referiam ao reconhecimento do inevitável papel de educador de todo profissional de saúde e ao aperfeiçoamento no lidar com a pressão por produtividade na instituição. Em relação ao primeiro ponto, foi maciçamente indicado tanto como repercussão direta como indireta. No caso do segundo, algumas oficinandas colocaram enfaticamente esta repercussão, apontando a forma mais tranqüila de lidar com estas pressões, identificando que a Oficina teria trazido um respaldo teórico-metodológico à sua forma de atuação mais cuidadosa e demorada com a clientela. De seu lado, a coordenação mencionou o clima de desconfiança institucional e as pressões de "chefias difíceis", percebido no início da Oficina que nos remeteria a este último aspecto.

7.3.1.1.2. Indiretas

DI reconheceu dois comportamentos característicos das oficinandas no pós-oficina: aquelas que criticaram o trabalho para ela, mas não o fizeram no grupo ou para as coordenadoras, em função de uma dificuldade pessoal; e outras que gostaram, queriam aprofundar, reconhecendo aplicações no acolhimento da clientela, nos grupos educativos que realizam e na ampliação da perspectiva de atuação da Educação em

Saúde no hospital. Afirmou que estes desdobramentos não tiveram um caráter institucional, mas pessoal, na medida em que o número de participantes na atividade foi muito pequeno e se diluiu em diversos setores. De seu lado, a maioria dos relatos das participantes continham afirmações consonantes com os três desdobramentos apontados. Em relação às críticas, não se sabe se se conseguiu com esta pesquisa identificá-las, uma vez que não foi possível entrevistar todas as participantes, como também mesmo entre aquelas com quem conversamos tanto individualmente ou no grupo focal, poderia se afirmar ainda que não se expressaram como o fizeram para DI. Entretanto, dentro dos limites colocados, foram feitas todas as iniciativas reconhecidas como possíveis para alcançar estes posicionamentos críticos.

Outra repercussão se referia à maior aproximação destas profissionais com o setor demandante, ampliando sua credibilidade institucional, indicação confirmada por uma das oficinas.

Por último, reafirmou a necessidade de agendamento de outra oficina, reforçando a perspectiva de continuidade bastante ressaltada, tanto no relato das oficinas quanto no das coordenadoras. Em relação a este último aspecto, seria importante frisar uma dissonância importante entre o que coloca DI e a equipe de coordenação. Preocupadas em ampliar a eficácia da abordagem proposta pelo Laboratório, as coordenadoras reforçaram em seus depoimentos, a necessidade de uma continuidade dos trabalhos com periodicidade definida, de forma integrada ao cotidiano de trabalho dos profissionais. Ao contrário, DI não menciona esta questão, indicando a necessidade da realização de novas oficinas somente. Provavelmente, a perspectiva adotada por DI está relacionada às dificuldades de agendamento, que advém da pequena disponibilidade de carga horária dos profissionais do Laboratório.

7.3.1.2. Quanto às insuficiências

DI respondeu negativamente duas vezes esta pergunta, ressaltando a dificuldade de lembrar-se delas, devido ao tempo transcorrido entre Oficina e entrevista, como fizeram algumas oficinas.

7.3.2. Análise formativa

7.3.2.1. Quanto às lembranças marcantes

Como definição do setor para os critérios de seleção para participar da atividade, apontou a combinação de três aspectos: a disponibilidade de tempo indicada pela chefia o interesse em participar das profissionais e a situação de realizar grupos educativos na instituição. Este último critério não teria sido cumprido muito literalmente pelas chefias, uma vez que várias das participantes relataram não terem esta atribuição. Por outro lado, o critério colocado pela coordenação que mais se assemelha a este – ter contato diário com pacientes – pareceu ser mais razoável, porque assim se estaria reafirmando a dimensão ampliada do papel de educador do profissional de saúde. Entretanto com este segundo critério, alguns profissionais não poderiam fazer parte da atividade, como é o caso da oficinanda que trabalha com a formação dos profissionais da equipe de enfermagem. Assim, seria interessante ter um critério orientador e, ao mesmo tempo, ir analisando caso a caso, conforme as situações e os perfis dos profissionais disponíveis e interessados.

Considerando os acertos para realizar a atividade, chamou atenção a dificuldade de agendamento, devido os limites de disponibilidade do Laboratório para realizá-la, o que exemplifica, conforme indicado pela coordenação, o desafio a ser enfrentado pelo Laboratório na formação de novos oficineiros.

O depoimento de DI reafirmou que as repercussões da Oficina identificadas para as oficinandas estariam diretamente relacionadas com os objetivos do setor, quanto à "melhoria da situação de atendimento" mediante o enfoque da relação profissional – pessoa em cuidado.

Por outro lado, esta pesquisa, ao procurar recuperar as insuficiências da Oficina, reforçou o ponto de vista de DI a respeito da maior explicitação de oportunidades para colocação de críticas durante as atividades, mas indicou, quanto à proposta de continuidade, a necessidade de avançar no sentido de incorporar, no cotidiano de formação dos profissionais, as reflexões vivenciadas a respeito da dimensão educativa do seu trabalho. Sem dúvida, os desafios institucionais colocados, tanto do ponto de vista do Hospital, quanto do Laboratório, apontariam para um reordenamento que envolveria muitos outros atores sociais que nem foram aqui mencionados. Entretanto,

julgo necessário colocar este ponto no sentido de que, clareando objetivos que podem ser alcançáveis ou não, mais pessoas sejam estimuladas a recriar, nas esferas dos micro e dos macropoderes, seus desafios.

7.4. Coincidências, disparidades e complementaridades quanto aos questionários avaliativos

Relembrando as condições de produção destes dados, os referidos questionários foram respondidos em até três meses após a Oficina, com o intuito de propiciar um resgate de dúvidas e expectativas do início comparadas aos resultados obtidos ao final. Ao passo que as entrevistas com os sujeitos envolvidos nesta pesquisa, foram realizadas cerca de dois anos após a atividade, com o propósito de retomar as repercussões para os estes sujeitos, considerando aquilo que teria ficado mais marcante.

Conforme mencionado no capítulo 4, Resultados e análises anteriores às entrevistas e grupo focal, foram identificadas, algumas questões que necessitariam ser equacionadas a fim de que se verificasse coincidências, discrepâncias e complementaridades, de forma a compará-las aos resultados/análises evidenciados na pesquisa.

As referidas questões relacionam-se à comparação dos resultados indicados pelas oficinas nestes questionários com as repercussões citadas após dois anos, explorando aspectos como o conhecimento prévio do tipo de abordagem do Laboratório como influenciador da maneira como se colocaram frente à atividade, as dificuldades de comunicação no início da Oficina, o caráter assumido pela atividade tendo em vista o aprimoramento profissional na temática abordada, as formas de continuidade do processo desencadeado e a interação entre oficinas e coordenação durante processo educativo realizado.

Em relação às duas primeiras questões, foi identificado nos questionários que somente uma oficina tinha visto nesse formato uma novidade. Como já foi mencionado na pesquisa, foi constatado que a maioria das participantes tinha tido contato com este tipo de atividade educativa em saúde, reforçando a impressão de uma identificação positiva anterior, que as predispunha a participar. Já foi levantado que no início dos trabalhos, o fato de algumas participantes desconhecerem ou terem uma visão distorcida em relação à proposta, pode ter contribuído nas dificuldades iniciais de comunicação e integração grupal. Outros fatores como o clima de desconfiança na instituição e as dificuldades advindas de se colocar diante de um grupo de desconhecidos provavelmente aumentaram estas dificuldades. Entretanto, com o desenvolvimento dos trabalhos estas questões foram se debelando, pois das três

entrevistadas que relataram desconhecer a proposta, duas delas reconheceram repercussões positivas em seu trabalho, enquanto a outra, mesmo não indicando conseqüências, referiu como positivo o entrosamento e a convivência grupal durante a Oficina. Esta última, entretanto, demonstrou ter pouca disponibilidade pessoal em se envolver em futuras iniciativas semelhantes à Oficina, valorizando apenas propostas de continuidade a serem implementadas com a clientela institucional. Portanto, os relatos das entrevistadas que desconheciam previamente a proposta da Oficina trouxeram diferentes posicionamentos de maior ou menor afinidade com a intervenção analisada.

No questionário, a Oficina pareceu ter servido para impulsionar o aperfeiçoamento profissional na temática abordada. Na pesquisa esta indicação foi confirmada, pois ficou evidente a sensibilização das participantes frente ao tema desenvolvido, demandando um aprofundamento integrado ao cotidiano dos profissionais, combinado à necessidade de aperfeiçoar a articulação entre conteúdos vivenciais e conceituais, especialmente no caso da temática central abordada, buscando uma apropriação crítica das concepções que embasam estas práticas e uma adequação ao tempo disponível do trabalho em oficina.

Tomando as formas de continuidade do processo desencadeado, as indicações recolhidas a partir do questionário não são muito esclarecedoras, entretanto, o que chamou a atenção é que não constava o item grupo de estudos (estratégia de continuidade viabilizada posteriormente) entre as alternativas de respostas possíveis. A partir das entrevistas e do grupo focal foi possível identificar que esta proposta foi articulada posteriormente, como um encaminhamento definido pelo setor demandante da Oficina. Foi priorizada esta iniciativa, que ocorria mensalmente, para aprofundamento teórico aberto a todos os profissionais interessados e uma supervisão do trabalho da equipe do setor com periodicidade semanal.

E, por último, focalizando a interação entre oficinas e coordenação durante processo educativo realizado, no questionário, este aspecto trouxe poucos esclarecimentos. Na pesquisa, foi realçado o entrosamento das coordenadoras com as oficinas, com ambas as partes avaliando positivamente este contato. Algumas oficinas esclareceram, inclusive, uma reformulação favorável de impressões anteriores. Destacaram também, uma posição que buscava ressaltar a seriedade e adequação do trabalho de coordenação. Enfocando o trabalho de coordenação em geral e não o desta Oficina em particular, ressaltaram sugestões que apontavam necessidades de aperfeiçoamento, voltadas especificamente aos cuidados éticos, técnicos e

institucionais com a exposição de conteúdos pessoais durante as vivências. Uma das
oficinandas relatou também certas dificuldades de contato com uma das coordenadoras.
A equipe de coordenação também indicou a necessidade de uma disponibilidade para
um trabalho de reconhecimento de si e do outro, voltado para o papel de oficinairo,
como condição para o trabalho desenvolvido.

8. Propostas de aperfeiçoamento da abordagem em Oficina

"E, certa vez, nunca me esqueço dessa lição do mundo vegetal:
plantei rosas e nasceram azaléias.
Sem recorrer às místicas explicações, eu soube
que, naquela terra onde plantei, alguém plantara antes,
e as sementes de ontem foram mais resistentes e mais fortes.
Quando afofei a terra, outra vida floresceu,
adubei o que não vi e fiz nascer o que era insuspeitado.
As plantas são fáceis de se entender,
e talvez a vida o seja também, se se aceitar que, eventualmente,
é natural obter azaléias com um desejo de rosas."
(AFONSO, 1997b, p. 16)

O intuito deste tópico é sistematizar as concepções presentes nas entrevistas e no grupo focal relativas às polêmicas e às sugestões de aperfeiçoamento já analisadas, comparando as considerações dos sujeitos de pesquisa, a fim de apontar algumas sínteses provisórias a respeito das polêmicas e os principais limites da abordagem analisada.

8.1. O vivenciar os sentimentos frente ao trabalho teórico-reflexivo

Durante as entrevistas, esta polêmica foi trazida caracterizada em dois posicionamentos: um que apontava a necessidade de um privilegiamento da vivência em detrimento da reflexão conceitual e outro que afirmava a necessidade de integrar os momentos vivenciais com os processos de reflexão conceitual.

No caso da primeira postura, a escolha pela vivência grupal supunha um entendimento de que a utilização de uma abordagem vivencial significava dispensar a abordagem dos conteúdos teóricos que embasavam as vivências. No caso da Oficina, estes conteúdos teóricos se referiam às visões sobre a relação entre profissional – pessoa em cuidado e outros subtemas. Tomando esta proposta no limite, haveria uma mudança no objetivo da atividade, que passaria a focar os conteúdos emergentes durante as dinâmicas grupais. Desta maneira, poderia se antever certa confusão entre o que seria a utilização de um método de construção de conhecimento – “a abordagem vivencial” – com o próprio objeto de conhecimento a ser focalizado – “a temática da Educação em Saúde X os conteúdos emergentes do grupo”. Poderia ser justificado tal entendimento, se fossem levados em conta as necessidades de minimizar os efeitos do uso abusivo de tecnologias e da coisificação das relações interpessoais nos processos de trabalho em saúde. Outra explicação possível para a defesa desta perspectiva se refere às dificuldades na integração entre conteúdos vivenciais e reflexivos ocorridas durante a Oficina, o que, de resto, levaria as pessoas a descreditarem nas possibilidades desta integração, priorizando o que seria mais possível de ser alcançado imediatamente. Assim, poderia prevalecer uma visão sobre o trabalho de oficina enquanto momento agradável, propiciador de importantes processos de reconhecimento de cunho pessoal, desconectado de desdobramentos no campo profissional, conforme identificado por uma das participantes.

Por outro lado, o posicionamento que propunha a integração entre trabalho vivencial e conceitual, foi proposto como necessário à formação no campo da Educação em Saúde, e, particularmente, é esta a posição que tem-se adotado nesta investigação, porque a vivência facilitaria a apropriação de conteúdos complexos para lidar com sentimentos e identificações voltados para a recriação das condutas no dia-a-dia.

No grupo focal, num primeiro momento, o trabalho vivencial foi mais salientado mas, ao mesmo tempo, foi ficando claro que a Oficina teria facilitado também a

apropriação de conteúdos relativos à inevitabilidade do papel de educador do profissional de saúde e a Educação como um processo e produto da troca de saberes técnico e popular. Foi também ressaltada a necessidade de aprofundamento teórico posterior, para integração de fato entre conteúdos vivenciais e teórico-reflexivos. Num segundo momento do grupo foram realçadas as dificuldades e os desafios práticos de viabilizar esta integração proposta pela abordagem, advinda, entre outras coisas, da pressão cotidiana por produtividade no atendimento nos serviços combinada com as exigências técnicas relacionadas à adesão ao tratamento. Foi considerado também os limites e as oportunidades que “o sentir” e o “pensar” juntos criariam, a partir desta abordagem, reconhecendo que em alguns momentos um pólo ficaria mais evidente e que, quando o sentimento ficasse muito aflorado, a sensibilização ocorrida servia para uma reflexão posterior, em outros espaços que não os da Oficina. Desta forma, as oficinas assumiam a defesa da abordagem vivencial-reflexiva adotada na Oficina, conferindo e legitimando o caráter sensibilizador da proposta, apoiando a continuidade e o aprofundamento da reflexão.

Neste sentido, no momento em que se solicitou que ponderassem limites e sugestões de aperfeiçoamento da abordagem e da atividade realizada, reforçaram a necessidade de realização de outras oficinas para aprofundamento do trabalho, como também que outros profissionais pudessem participar delas. Destacaram, ainda, a dificuldade de integrar esta proposta, de forma não eventual, especialmente na área da Enfermagem, que sofre os maiores problemas de pressão pela produtividade no atendimento e tem as piores condições de realização das atividades de Educação Continuada.

Desta maneira, ficou fortalecida a indicação de que a abordagem cria laços e sensibiliza, necessitando sua continuidade, que também comportaria uma proposta vivencial-reflexiva e se voltaria para novas problematizações dos subtemas e das concepções subjacentes às práticas vivenciadas. Por outro lado, vem-se indicando nesta pesquisa, que a investigação de outras formas de encaminhar os processos reflexivos realizados a partir das vivências, passaria também pela busca de esgotar, ao máximo, possibilidades de apropriação de conteúdos durante a própria Oficina, considerando aí os limites de tempo disponíveis e as necessidades de priorização do tema central. Vale dizer, então, que se propõe, no caso de uma atividade como esta, o privilegiamento da “interação entre profissional – pessoa em cuidado” como temática central, procurando explorar melhor as concepções subjacentes às práticas educativas em saúde, apontando

para um momento posterior, o trabalho sobre subtemas como “Educação” e “Saúde”, preconizando um maior aprofundamento do tema central em detrimento de sua exploração de maneira extensiva.

Ainda em relação às possibilidades de aperfeiçoamento para a continuidade da proposta, seria necessário dar conta da compatibilização do interesse das coordenadoras em aprofundar o trabalho sobre aspectos reflexivos e emocionais com as condições de otimização do tempo, propondo maior duração ininterrupta para as atividades, enquanto as oficinas, que se sentem pressionadas pelo atendimento à demanda de trabalho, por outros compromissos ou com interesse em integrar esta proposta ao seu cotidiano de trabalho, pretendem diminuir o tempo dos encontros, ampliando sua quantidade. É interessante notar aqui que um desdobramento possível do que trazem as oficinas a respeito deste aspecto, confirmaria a necessidade de um trabalho periódico, já indicada anteriormente.

As pontuações da equipe de coordenação, em relação à polêmica em foco, foram profícuas. Levantaram hipóteses de explicação para o referido descolamento entre vivência e reflexão, indicando possibilidades de investigação em relação ao aprimoramento do processamento teórico, que corroboravam tanto a bibliografia consultada, quanto as análises desta pesquisa. Buscou-se, primeiramente, argumentos na cisão entre o vivido e o pensado, evidência da fragmentação/distanciamento existente tanto na relação entre profissional – pessoa em cuidado, quanto nas compreensões sobre o processo saúde/doença. Nossa análise confirmou coincidências desta perspectiva com a bibliografia consultada, entendendo que estas separações são formas de expressão da dicotomia entre teoria e prática, que ocorreriam na maioria das instituições escolares e no mundo do trabalho capitalista, especialmente no trabalho hospitalar, conforme foi ressaltado por PITTA (1999). Uma segunda hipótese explicativa se relacionaria às dificuldades comuns a todos nós, inerentes ao lidar com “razão” e “emoção”, em transpor a carga emocional presente na vivência para um plano reflexivo/racional no momento subsequente. Outra possibilidade de entendimento se referiria à não articulação entre as reflexões construídas pelo grupo durante as vivências e os discursos correntes sobre o tema abordado. Uma explicação colocada ainda se relacionava à tendência existente na maioria dos profissionais que participam de oficinas, no “descrever” em detrimento do “analisar/explicar” de forma tornar mais complexos os conteúdos desenvolvidos, mediante simbolizações, o que favoreceria um aproveitamento sempre menor que o esperado neste aspecto. De acordo com a equipe de

coordenação, portanto, o aperfeiçoamento do processamento teórico se voltaria, de um lado, para a ampliação da capacidade no uso de símbolos e metáforas pelos participantes dos grupos e, de outro, para potencializar as conexões entre a reflexão co-produzida nas vivências e os conhecimentos presentes no senso comum a respeito do tema. Por outro lado, esta pesquisa vem problematizando a necessidade de articular tais simbolizações com categorias do senso comum e de fundamentação teórico-crítica sobre os temas abordados, considerando como necessário disponibilizar para o grupo o conhecimento crítico já produzido sobre o tema, integrando linguagem simbólica e verbal. Seria relevante, então, em estudos posteriores, esmiuçar melhor em que condições e sob que formas esta articulação poderia se dar, no sentido de proporcionar uma apreensão mais significativa dos temas focalizados para os integrantes dos processos educativos no formato de oficina.

Para a pesquisa em andamento, aprofundando esta última colocação para além da dimensão cognitiva indicada, resta também reforçar que, os aspectos político-sociais inerentes aos processos educativos, conforme ressaltados na perspectiva da Educação Popular, ficariam significativamente comprometidos diante desta dificuldade apontada, trazendo menores contribuições para a construção da pretendida práxis emancipadora do profissional de saúde necessária à consolidação do SUS. Resgatando a perspectiva proposta como objetivo da Oficina de tratar os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem como sujeitos em processo de constituição de sua autonomia e cidadania, haveria uma cisão também aí a ser reconhecida e prescrutada nas atividades educativas desenvolvidas pelo Laboratório, necessitando retomar as conexões com o referencial teórico-metodológico adotado, como também com as propostas políticas de inserção no sistema de saúde em consolidação e de promoção de saúde de qualidade para a população brasileira.

8.2. A expressão de sentimentos, opiniões e conteúdos pessoais nas vivências

Nas entrevistas das oficinas foi destacada a necessidade da exposição dos sentimentos, para que o trabalho sobre si facilitasse a abordagem da clientela ou a fala mais desenvolvida com grupos maiores de pessoas, apesar de ser ressaltada a dificuldade no início dos trabalhos em concretizá-la. A viabilização desta proposta somente seria possível pelo modo de condução dos trabalhos, caracterizado pela preservação dos conteúdos íntimos, não havendo pressão para sua exposição, como também pela paulatina dissipação da sensação de incômodo à medida que se aprofundava a intimidade grupal. Enfatizando ainda mais a necessidade de exposição de sentimentos/ampliação de participação nos trabalhos com grupos, argumentou-se que, por um lado, seria mais fácil implementá-la se houvesse afinidade das participantes com as propostas de aprofundamento sobre a dimensão afetiva e, por outro, criticou-se o medo de exposição e de aproximação corriqueiramente presentes nas oficinas. Um questionamento feito por esta investigação, em relação a esta posição, se refere ao indispensável respeito a quaisquer limites impostos pelas idiosincrasias pessoais, mesmo considerando os argumentos de que a raiz deste medo poderia estar ligada a alguma forma de preconceito ou uma defesa frente à aproximação com dimensões inconscientes. Por outro lado, algumas participantes colocaram ressalvas quanto às dificuldades de aproveitamento de conteúdo associado ao momento em que se ressaltam os sentimentos, como também o necessário cuidado com a capacitação da coordenação de um processo como este. Salientando um posicionamento mais crítico aos anteriores, foram colocadas dúvidas quanto à abordagem dos sentimentos ocorrida durante a Oficina, exemplificando-se que, durante uma das vivências, uma dinâmica de acolhimentos e exclusões talvez tenha trazido uma exposição inadequada de sentimentos das participantes. Uma situação que minimizaria o problema seria o respaldo terapêutico externo, utilizado por uma das participantes. Ressalte-se, assim, que, mesmo considerando uma evidente maioria respaldando o recurso à exposição de sentimentos como necessário à abordagem, também são recorrentes as ressalvas quanto à forma respeitosa com que foi conduzida a Oficina, a adequada capacitação da coordenação no trabalho de grupos e a indicação de perdas na apreensão de conteúdos teóricos, já apontadas na controvérsia anterior.

No grupo focal, foi utilizado o termo manipulação para caracterizar a faceta da abordagem evidenciada pela exposição dos sentimentos durante as vivências, no intuito de trazer mais facilmente a posição crítica nesta polêmica. Houve um desconforto com este termo e um debate, traduzido numa diferenciação entre manipulação e indução ou a convergência entre ambos conceitos, que explicitava compreensões a respeito do que teria ocorrido durante a Oficina. Diferenciando indução de manipulação, se entenderia, que o primeiro conceito, seria um convite ou um desencadeamento de um processo de participação, enquanto na situação de manipulação, a chance de escolha em participar dos procedimentos vivenciais seria pequena ou inexistente. Quando se igualavam os dois conceitos, compreendia-se a indução como uma forma de manipulação e reforçava-se o aspecto manipulatório da abordagem. Esta controvérsia ficou mais clara, num momento de muita tensão no grupo, quando a discussão polarizou em torno destas posições, apontando, de um lado, como objetivo da coordenação, o conhecimento da reação de cada uma das participantes, realçando uma proposta basicamente controlista. Por outro lado, havia quem reconhecesse que a condução de um trabalho vivencial pressupunha a expressão de formas diversificadas e imprevisíveis de sentimentos e que seu objetivo seria mais criar condições para que estes conteúdos pessoais pudessem ser explicitados e reconhecidos pelos próprios participantes. Ressalvava-se novamente a necessidade de um cuidado especial com a segurança e a capacitação das coordenadoras para o trabalho. Durante a discussão, a maioria das oficinas reforçou a perspectiva de que não teria havido manipulação na Oficina, uma vez que se fomentou a constituição de vínculos e reconhecimento de si e do outro no grupo.

Uma primeira consideração a ser feita é que a mesma oficina, que desenvolveu argumentos mais críticos em relação a este aspecto durante a entrevista, utilizou argumentação bastante precisa que foi capaz de convencer a maioria das participantes sobre o caráter não manipulatório da Oficina durante o grupo. Por outro lado, uma questão que se coloca é a possibilidade criada de expressão dos conteúdos não ditos durante o grupo focal, ao contrário do que ocorreu nas entrevistas. Desta maneira, a explicitação ocorrida confirmaria a necessidade e a possibilidade de investigar tais aspectos numa proposta de Pesquisa-Ação. A tensão advinda deste reconhecimento traduziria o envolvimento das participantes com a proposta, a autenticidade de sua participação durante este momento de coleta de dados e a potencialidade e o alcance desta estratégia metodológica para os objetivos da investigação.

Ainda a respeito desse componente da abordagem, foi trazida a situação em que duas oficinas tiveram dificuldades relacionadas ao aspecto religioso, ocorridas durante a realização de relaxamento em uma das vivências. Enquanto que na entrevista, foi realçada a necessidade das oficinas separarem seus valores religiosos das situações profissionais/formativas, no grupo focal este exemplo foi novamente recuperado, reafirmando-se, de um lado, a necessidade da coordenação deixar explícita a possibilidade da clientela da atividade não participar e, por outro, reforçou-se que havia liberdade de expressão, inclusive de trazer os incômodos, durante a atividade analisada. Foi ficando claro, a partir deste episódio, entretanto, que a coordenação não deixou suficientemente explícita a possibilidade de não participar, mas que também não houve imposição quando uma delas não quis fazê-lo. Foi citado ainda que as oficinas não relataram nem para o grupo e nem para a coordenação o ocorrido, não tendo sido possível qualquer reflexão desta situação durante a Oficina. Outra indicação é que este teria sido um fato isolado durante a atividade.

No depoimento de DI referiu-se ao fato de algumas oficinas terem se queixado de não conseguirem fazer críticas durante os trabalhos, sendo reputado a elas uma dificuldade pessoal em trazer suas opiniões. Seria possível afirmar, entretanto, mesmo não se sabendo se as duas citações se referiam às mesmas oficinas, que tanto poderia haver um componente pessoal, quanto a Oficina pareceu não ter deixado evidente a possibilidade de explicitação destas dificuldades, uma vez que as oficinas preferiram trazer a situação vivida para uma das participantes, com quem provavelmente teriam mais intimidade de colocar suas opiniões. Se assim não fosse, não seria possível tomar conhecimento do fato. Desta forma, também ficou muito realçada a distância que ainda se tem que percorrer no sentido de que os profissionais de saúde consigam se expressar de forma clara e se posicionar, tornando-se mais cientes de seus desejos, interesses e direitos.

Tanto nas entrevistas, quanto no grupo focal, a priorização desse aspecto da abordagem refletiu-se na dimensão ético-política envolvida no trato com a subjetividade de todos os participantes da atividade (ROMAÑA, 1996; AFONSO, 1997a). No tópico em que se discutiram as sugestões de aperfeiçoamento da proposta de oficina, a maioria das indicações se relacionavam à conduta da coordenação voltada para esta polêmica, senão vejamos:

- apontaram a necessidade de consulta e esclarecimentos anteriores à qualquer vivência ou processo participativo, principalmente aqueles que trabalham com

relaxamento mental/corporal, no sentido de que os participantes se constituam cada vez mais em sujeitos de suas decisões;

- foram enfatizados mais de uma vez a necessidade de segurança e capacitação dos coordenadores, principalmente na abordagem dos afetos no contexto grupal, na clareza dos princípios e nos limites ético-políticos da atuação;
- que procurassem conhecer os participantes antes do início das atividades a fim de avaliar a utilização de técnicas que mobilizam emoções;
- que analisassem o contexto em que a Oficina seria realizada de forma a, além de identificar os objetivos da própria coordenação, considerar os propósitos de quem a solicitou, bem como eventuais significados dela para a clientela participante;
- que considerassem a complexidade das temáticas abordadas (por exemplo: sexualidade, violência, AIDS, família, entre outros) relativamente à clientela da Oficina.

O destaque dado pelas ministradas como propostas de aperfeiçoamento da Oficina relacionado a esta controvérsia, indicaria sua relevância para estes sujeitos da pesquisa. Chamaria também atenção que, em relação à sugestão sobre a análise de contexto, o que foi apontado corrobora alguns pontos de vista identificados por AFONSO (1997a) como elementos a serem considerados no processo de planejamento de uma oficina pela coordenação do trabalho (Anexo 6), que dizem respeito à necessidade de capturar os pontos de vista dos envolvidos na realização da atividade, levando em conta os arranjos institucionais de poder e subjetividades, que interferem nos encaminhamentos propostos.

Em relação à equipe de coordenação, haveria uma concordância quanto à análise favorável deste aspecto expressa durante as entrevistas pelas ministradas. A coordenação reforçou os aspectos positivos dessa opção, considerando as possibilidades de vinculação e cumplicidade que criaria para o trabalho de auto-reconhecimento e aperfeiçoamento profissional. Assumindo os riscos de afastamento das pessoas que têm menor afinidade com a proposta, buscou-se ressaltar que a abordagem desenvolvida trabalharia a partir do respeito às individualidades combinada à construção grupal desta explicitação de sentimentos, o que minimizaria o autoritarismo. Nesta pesquisa, foi feito um questionamento quanto ao caráter voluntário e consciente destas ressalvas, que poderia não garantir por si só, por circunstâncias externas (relações de poder na instituição, no contato com a clientela, dentre outras) ou internas (idiossincrasias culturais, sociais e afetivas dos sujeitos), o não autoritarismo da abordagem. Se for

confrontada a situação das duas oficinas citada anteriormente, seria possível identificar um contra-exemplo relativo às ressalvas da coordenação, pois, mesmo não se reconhecendo qualquer disposição autoritária na condução dos trabalhos, pode-se captar uma percepção manipulatória na formulação das participantes.

Por outro lado, comparando depoimentos da coordenação com falas da maioria das participantes durante o grupo focal, no momento em que foram discutidos os objetivos da coordenação ao trabalhar procurando explorar os sentimentos das participantes, haveria uma consonância em que ambas as perspectivas reforçariam a busca de auto-reflexão a respeito do que se passa em cada um na relação com o outro, ao contrário da concepção controlista, minoritária naquela discussão.

A partir destas colocações ficou indicada, então, a necessidade de que a equipe de coordenação esteja bastante atenta a este aspecto da abordagem, uma vez que entre as perspectivas que surgem no senso comum das participantes a respeito da atividade está a visão de que a coordenação poderia ter uma proposta manipulatória de, em vez de propiciar o auto-reconhecimento das próprias idiossincrasias afetivas e de opinião para facilitar a abordagem da clientela atendida, estar prescrutando a intimidade das participantes, a fim de conhecê-la simplesmente ou até de redirecioná-la em aspectos como a religião, por exemplo. Neste sentido, a proposta colocada de criar espaços de recusa de participação, a partir do tornar conhecida previamente as propostas de trabalho subsequente e consulta ao grupo, minimizaria efeitos manipulatórios, ao mesmo tempo que anteciparia eventuais incômodos relativos a distorções na comunicação dos pressupostos do trabalho. Além disto, reiterando a reflexão anteriormente apontada relativa ao processo de autonomização dos sujeitos – pressuposto teórico-metodológico da abordagem e conteúdo fundante dos objetivos da atividade – caberia destacar que o direcionamento das emoções deve sempre comportar uma explicitação de objetivos, a fim de que os processos de emancipação político-social contemplem uma reflexão contínua e um aprofundamento coletivo, sem descuidar dos limites e idiossincrasias de cada um.

8.3. O objeto da Educação em Saúde na Oficina: informação em saúde e relação entre profissional – pessoa em cuidado

Duas das oficinas entrevistadas identificaram que se teria privilegiado como tema central da atividade os processos de reflexão a respeito das relações do profissional de saúde consigo mesmo e com o outro, identificado na pessoa em cuidado, principalmente, mas também reconhecido no colega de trabalho, no subordinado, ou no familiar.

No grupo focal, num primeiro momento enfatizou-se que o centro das atenções no trabalho desenvolvido foi a qualificação da relação entre profissional – pessoa em cuidado. Entretanto, devido à associação já mencionada entre objeto e método, ocorrida também durante estas discussões, as participantes identificaram que seria necessário privilegiar tanto a relação como as informações em saúde nos processos formativos do campo da Educação em Saúde, argumentando que ambos enfoques seriam necessários à sua formação enquanto profissionais. À medida que a coordenação da discussão evidenciou esta situação, algumas participantes procuraram realçar a necessidade de qualificação da relação, concedendo à informação um espaço subsidiário nos processos educativos em saúde, pois o mais desafiante seria mesmo apreender "o como" estabelecer esta relação para que se pudesse promover saúde. Com a confirmação desta perspectiva reforçada pelas oficinas tanto nas entrevistas quanto no grupo focal, ficaria reforçada uma concordância com a proposta encaminhada pelo Laboratório, que se respalda no redirecionamento histórico da práxis desenvolvida nos campos da Educação e da Comunicação em Saúde, com a ampliação das perspectivas de atuação nesses campos.

Uma questão que foi discutida com certa dificuldade pelas participantes relacionava-se às possibilidades de aprimoramento no campo da Educação em Saúde, considerando as especificidades das relações estabelecidas no contexto dos serviços de saúde. Colocaram opiniões que iam desde a negação deste conteúdo específico às relações educativas na saúde até o reconhecimento desta especificidade pela necessária abordagem vivencial propiciadora de apreensão significativa na formação do educador/profissional de saúde, passando por concepções que apontavam esta especificidade na utilização de técnicas e de um saber específico no contato com o outro. Reconhecendo a referida especificidade, esta investigação recusou a

descontextualização das práticas educativas, entendendo-as como sociais, conforme AFONSO (1997a) e explicou as dificuldades de assumi-la, pela recusa dos profissionais de saúde em se aproximar das dimensões associadas à dor e morte como inerentes ao seu trabalho, como descreveu PITTA (1999). Como exemplo desta recusa, somente uma das oficinas mencionou esta característica como presente em seu trabalho, mas não a identificou quando houve o questionamento durante o grupo focal.

Voltando-se para a perspectiva do aprimoramento no campo da Educação em Saúde, a discussão encaminhou-se no sentido de reforçar a dimensão da subjetividade envolvida nos processos educativos desenvolvidos na saúde, pontuando-se também que haveria um saber sociohistórico acumulado a ser apreendido. Foi indicada a necessidade do trabalho educativo a partir da abordagem vivencial-reflexiva, que incluísse a disponibilidade interna do participante como pré-requisito, uma vez que este aprimoramento deveria ser uma busca consciente do profissional de saúde. E neste caso, a investigação reforçaria este posicionamento, se respaldando no relato de uma oficina, que reconheceu sua pequena afinidade com esta forma de trabalhar e, coincidentemente ou não, negou repercussões dela no seu trabalho. Neste sentido, estaria sendo reafirmada a possibilidade de desenvolvimento da formação dos profissionais segundo a perspectiva proposta, mas haveria a necessidade de uma predisposição pessoal para participar do processo. A ênfase neste aspecto está relacionada ao fato de que este trabalho nunca deve ocorrer como imposição, como também porque a clientela participante das atividades do Laboratório frequentemente traz este ponto de vista, ressaltando suas dificuldades em se apropriar do referencial e da forma de fazer propostas, enquanto multiplicadores da proposta.

A equipe de coordenação trouxe a controvérsia que está sendo analisada, confirmando a proposta de trabalho realizada na Oficina que priorizou a percepção das relações no cotidiano dos serviços, assumindo que os conteúdos ou informações seriam caminhos para abordar estas percepções de si e da relação com o outro. Analisou que o tema central do trabalho, o papel de educador, reunia a oportunidade de articular conteúdo e forma, isto é, os conteúdos da Educação e a abordagem do "terreno" em que este papel se desenvolveria, a partir das vivências do dia-a-dia nos serviços, mesmo reconhecendo eventuais lacunas no trabalho de conteúdos. Estas lacunas deveriam, por outro lado, serem abordadas num trabalho continuado com a clientela da atividade, que a atividade suporia.

Esta perspectiva advogada pelo Laboratório, conforme ressaltado anteriormente, não pode negar o papel da informação e do conhecimento sistematizado pela ciência nos processos de co-construção de conhecimento grupal. Está-se assumindo, portanto, que o trabalho educativo a partir da consciência imediata ou do senso comum supõem uma sistematização e uma complexificação do percebido, ou mesmo que a informação contextualizada exige o saber popular para que haja a construção de um conhecimento mediador da transformação da realidade vivenciada. Do contrário se manteria a manipulação, fortalecendo mais uma perspectiva de auto-reconhecimento individual, do que a constituição de sujeitos que articulam autonomia e responsabilidade social.

E, por fim, a polêmica referida pela coordenação quanto a uma diferença de enfoque entre objetivos do Laboratório e da instituição demandante, relacionada à necessidade de abordagem permanente da dimensão da dor e morte como parte da qualificação do profissional de saúde, reforçaram o posicionamento revelado pelas oficinas quanto à demanda por aprofundamento e continuidade das reflexões desenvolvidas durante a intervenção analisada. Novamente a necessidade de integração permanente deste tipo de atividade na formação profissional, como uma diretriz institucional, ficou indicada. Por outro lado, conforme referido, seria necessário viabilizar uma proposta, que envolveria reordenamentos na equipe de docentes para dar conta do trabalho de formação de educadores, levando em conta, inclusive, a forma como se estrutura o trabalho hospitalar. E seria necessário realçar também, que esta proposta de intervenção contínua, comportasse um trabalho de acompanhamento por tempo determinado, orientada por uma análise conjunta dos participantes do grupo e equipe de educadores/apoiadores institucionais, em que se delimitaria um momento de interrupção dos trabalhos, baseada numa perspectiva de gradativo aumento da autonomia dos sujeitos (CAMPOS, 2000). Um desafio adicional que se colocaria, então, para o Laboratório, seria analisar a abordagem desenvolvida dentro de um contexto de intervenção contínua junto a um serviço de saúde do SUS, a fim de reconhecer eventuais alcances da proposta. Esta seria uma iniciativa de investigação que se abriria para um momento posterior a este que ora se desenvolve.

Vem-se afirmando que foram alcançados os objetivos da atividade, pela sensibilização ocorrida frente à qualificação do vínculo entre profissionais de saúde e usuários institucionais, como o principal dentre os vários desdobramentos evidenciados pelas oficinas, pela equipe de coordenação e pela instituição demandante. Entretanto, ficaram marcados ainda questionamentos importantes, quanto à exposição

de sentimentos durante as vivências e as dificuldades de conexão entre conteúdos vivenciais e conceituais. Da mesma forma foi realçada, mais de uma vez por esta pesquisa, a necessidade de aprofundamento das percepções presentes no grupo de oficinas, onde prevaleceu o reconhecimento da clientela mais enquanto pessoa em sofrimento do que como usuário imbuído da noção de direito, o que também relativiza o alcance dos objetivos quanto à perspectiva de produção de concepções alavancadoras do processo de constituição de sujeitos conforme indicado.

Neste sentido, tanto oficinas, quanto coordenação, mesmo considerando o tempo transcorrido entre a entrevista e a atividade, bem como os impedimentos relativos à coleta de dados com uma das coordenadoras, confirmaram os resultados da priorização da relação entre profissional – pessoa em cuidado, como ponto de partida para promover saúde, em propostas de formação como a desenvolvida na Oficina. Assumiram também a necessidade de aperfeiçoamento da abordagem. Para esta pesquisa, entretanto, as propostas de aperfeiçoamento precisam evidenciar aspectos que politizam os processos de produção coletiva de conhecimento, sem deixar de contemplar a inevitável dimensão afetiva presente, acrescentando o desafio colocado de atender as necessidades de incorporação da intervenção analisada de forma periódica nas ações de formação dos profissionais da instituição de saúde.

Desta forma, para os profissionais do Laboratório e para educadores em saúde em geral ficariam demarcadas, algumas questões controversas internamente à abordagem, que necessitariam ser esmiuçadas durante e sistematizadas posteriormente aos processos de realização das intervenções, como também estaria indicada a necessidade de realizar esforços de cunho político-institucional no sentido de ampliar as perspectivas de alcance da proposta.

9. Summary

With this work was intended to identify consequences, to the individuals involved, of your participation in a Workshop about Communication and Education on Health of LACES at CAISM (UNICAMP), in order to, on recognizing your limits and potentialities, improve the theoretical-methodological accost developed by the Laboratory, to contribute in the reflections and reorientations necessities for the work in health realization in SUS.

This approach, that seek intentionally integrate the affective aspects in the educational practice on health, though the development of an reflexive-experience method, has in a workshop way an special challenge, for its punctual character and of short duration. Being supported on the theoretical references of the Education and psi fields, this research-recognized approximations, differences and complementarities that has the laboratory work subsidized.

Realized as a case study in an action-research mold, were analyzed social representations about the Workshop, considering the institutional context that had supported the speeches production and the less evidential contents in these, seeking the approximation of the controversies that were indicated eventual approach limits.

The data collection was done close to the activity clientele (nurses, social assistants, psychologists and nutritionists), coordination team and institutional plaintiff sector leadership, by means of a not structured individual interviews and focal group.

The workshop had sought sensitive the participants as to your educative role as a health professional in the interaction with your clientele. In general, the objectives defined by the coordination team and institutional plaintiff was brought up, giving to the activity a sensitive character front to the developed theme.

Important repercussions were indicated by the research individuals, such as: the improvement of the professional interaction – person in care and of the acting as the educative groups coordinator, the rescue of motivation to work, the seek for the continuity of professional formation turned to the focus thematic, the necessity of the new workshop realizations with this and others professionals groups, in a systematic and integrate to the daily of hospital work form, the facilitation of the deal with the institutional pressures by the productivity, the amplification of the section legitimacy, the workshoper¹ part improvement, the fruitful partnership in the coordination, the confirmation of the proposed focus by the Laboratory, the group relationship and the conceptual appropriation during some experiences.

Considering the sensitive aspect mentioned, were indicated some challenges for the accost improvement as the necessity of one bigger integration between experiences contents and developed reflexives, questions that involves the exposition of the feelings and opinions during the experiences, as well as the little politic-institutional articulations to make possible the unchain processes continuity.

In relation to the knowledge object to be prioritizing in an Education in Health workshop, was confirmed the work proposition realized that prioritized the relation perceptions in the daily health services.

So, the theoretical-methodological approach improvement would necessitate to happen combined with the institutional instructions implantation relative to the professional formation, that would include the theme and the approach developed as educative activities associated to work in health process, contributing, this way, with another way to make health more individuals constituter.

10. Referências Bibliográficas

- AFONSO, M.L. **Oficinas em Dinâmicas de Grupo: um método de trabalho estruturado com pequenos grupos**. Belo Horizonte, UFMG, 1997a, 40p. (mimeo).
- AFONSO, M.L. Plantas. IN: ALVES, R. **Delicadeza**. Belo Horizonte, Associação Cultural Pandora, 1997b.
- AGGLETON, P. Monitoramento e Avaliação de Educação em Saúde e Promoção da Saúde voltadas para o HIV/AIDS. IN: CZERESNIA, D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, S. (org.). **AIDS Pesquisa Social e Educação**. São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995, p. 193-206.
- AGUIAR, M. **Teatro Espontâneo e psicodrama**. São Paulo, Ágora, 1998.
- AGUIAR, M. Sociometria dos Vínculos. IN: AGUIAR, M. **O teatro terapêutico: escritos psicodramáticos**. Campinas, Papirus, 1990.
- AGUIAR, M. & TASSINARI, M. Processamento em Psicodrama. IN: **1º Congresso Iberoamericano de Psicodrama, Anais**. Salamanca, 1997, p. 493-501.
- AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. Precisoões Conceituais e Terminológicas. IN: AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994
- ALVES, R. Sobre Jequitibás e Eucaliptos – Amar. IN: **Conversas com quem gosta de ensinar**. São Paulo, Cortez /Autores Associados, 1981.
- ANDALÓ, C.L.A. **O papel de coordenador de grupos**. Campinas, Companhia de Teatro Espontâneo, 2000, 8p.
- ARANHA, M.L.A. **História da Educação**. São Paulo, Moderna, 1996.
- ARDOINO, J. Abordagem Multirreferencial (Plural) das Situações Educativas e Formativas. IN: BARBOSA, J.G. (coord.) **Multirreferencialidade nas Ciências e na Educação**. São Carlos, Editora da Universidade de São Carlos, 1998, p. 24-41.
- BARBIER, R. O conceito de Implicação na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas. IN: BARBIER, R. **A Pesquisa-Ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores, 1985, p. 105-128.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Rosa dos Ventos, 1996.
- BARNTON, A. **Espírito da Dança**. São Paulo, Triom, 1995.
- BARROS, E. Política de Saúde no Brasil: a Universalização Tardia como Possibilidade de Construção do Novo, **Ciência & Saúde Coletiva**. 1(1): 5-17, 1996.

- BÓGUS, C.M. **A Reforma Sanitária e a Educação Continuada: a Importância do Investimento nos Recursos Humanos dos Serviços Locais de Saúde**. São Paulo, 1992 [Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo (USP)].
- BRANDÃO, C.R. (org.) **A questão política da Educação Popular**. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para participación comunitaria. **Cad. Saúde Públ.**, 12 (1): 7-30, 1996.
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. IN: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org.) **Agir em Saúde - um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997a, p. 229-266.
- CAMPOS, G.W.S. & CAMPOS, R.O. **Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas**. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 2000, p. 1- 7, (mimeo).
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos. A construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo, Hucitec, 2000.
- CAMPOS, S. & PESSOA, V.I.F. Discutindo a Formação de Professoras e de Professores com Donald Schön. IN: GERALDI, C.M.G.; FIORENTINI, D; PEREIRA, E.M.A.P. (org.) **Cartografias do Trabalho Docente – professor (a) – pesquisador (a)**. Campinas, Mercado de Letras/Associação de Leitura do Brasil (ALB), 1998, p. 183-206.
- CARDOSO DE MELO, J.A. Educação Sanitária: uma visão crítica, IN: PINO, I.R. (coord.) **Cadernos do CEDES (Centro de Estudos Educação e Sociedade) nº 4 - Educação e Saúde**. São Paulo, Cortez Editora/CEDES/Autores Associados, 1987, p. 28-43.
- CARVALHAL, M.S.C & L'ABBATE. **Oficina de Comunicação e Educação em Saúde - CAISM**. Campinas, Laces/DMPS/Unicamp e Seção de Educação em Saúde do CAISM, 1998, 32p. (mimeo).
- CARVALHAL, M.S.C & NUÑEZ, F.D.C. **Oficina de Comunicação e Educação em DST/AIDS - Presídio II de Hortolândia**. Campinas, Laces/DMPS/Unicamp, 1998, 32p. (mimeo).
- CARVALHAL, M.S.C.; OLIVEIRA, N.L.S; ALENCAR, V.G. **Capacitação em AIDS. Relatório da oficina: Abordagem das DST/AIDS com Adolescentes**. Campinas, Laces/DMPS/Unicamp, 1996b, 30p. (mimeo).
- CARVALHAL, M.S.C.; VIEIRA, C.M. & SANTOS, L.M.M.P. **Oficina sobre Abordagem das DST/AIDS com Adolescentes**. Campinas, Laces/DMPS/Unicamp, 1997, 32p. (mimeo).

- CARVALHAL, M.S.C.; VIEIRA, C.M.; SANTOS, L.M.M.P. & OLIVEIRA, N.L.S., **Relatório da Oficina de Comunicação e Educação em DST/AIDS**. Campinas, Laces/DMPS/Unicamp, 1996a, 17p. (mimeo).
- CARVALHAL, M.S.C.; VIEIRA, C.M.; SANTOS, L.M.M.P.; NUÑEZ, F.D.C. & OLIVEIRA, N.L.S. **Oficina de Capacitação de Aplicadores de Programa Educativo em DST/AIDS em Presídios (Desenvolvimento de papel de Educador)**. Campinas, Laces/DMPS/Unicamp, 1998, 50p. (mimeo).
- CARVALHO, A.I. **Saúde e Educação de Base: algumas notas**. (s.d), p. 19-33, (mimeo).
- CARVALHO, G. **Saúde: avanços e entraves ao processo de Descentralização**. 1999a, 22p. (mimeo).
- CARVALHO, G. **Saúde no Brasil nas fímbrias do 3^a Milênio – tentando analisar a conjuntura**. 1999b, 26p. (mimeo).
- CARVALHO, S.R. **O desafio da mudança: instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Betim**. Campinas, 1997 [Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)].
- COSTA, N.R. Estado, Educação e Saúde: a higiene da vida cotidiana, IN: PINO, I.R. (coord.) **Cadernos do CEDES (Centro de Estudos Educação e Sociedade) - Educação e Saúde**. São Paulo, Cortez /CEDES/Autores Associados, 1987.
- CRISÓSTIMO, A.L. **Carr e Kemmis – Contribuições da Teoria Crítica**. Campinas, Faculdade de Educação/UNICAMP, 1999, 17p. (mimeo).
- DE BONO, E. **Seis Chapéus**. São Paulo, Rev. dos Tribunais, 1989.
- DELEUZE, G & GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo, Ed. 34, 1997.
- DIRETORIA do Departamento de Tocoginecologia do CAISM. **Livro de Presenças das Reuniões Clínicas**, Campinas, UNICAMP, 1998, 65p., (mimeo).
- DMPS (Departamento de Medicina Preventiva e Social)/FCM (Faculdade de Ciências Médicas)/UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas). **Proposta de Criação do Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde - LACES**. Campinas, Unicamp, 1992, (mimeo).
- D' OLIVEIRA, A.F.P.L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. IN: **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, 4: 105-122, 1999, v.3.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

- FIorentini, D; Souza Jr., A.J.; MeLo, G.F.A. Saberes Docentes: Um desafio para Acadêmicos e Práticos. IN: GERALDI, C.M.G.; FIORENTINI, D; PEREIRA, E.M.A.P. (org.) **Cartografias do Trabalho Docente – professor (a) – pesquisador (a)**. Campinas, Mercado de Letras/Associação de Leitura do Brasil - ALB, 1998, p. 307-335.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia- saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação – cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo, Editora Unesp, 2000.
- GABINETE DO Reitor "Portaria GR – 78/91 que dá nova redação à Portaria GR – 36/86", Estabelece objetivos, normas de funcionamento institucional e organizativo do CAISM. Campinas, UNICAMP, 1991, 6p. (mimeo).
- GADOTTI, M. **Convite à Leitura de Paulo Freire**. (Pensamento e Ação no Magistério). São Paulo, Ed. Scipione, 1989.
- GADOTTI, M. & ROMÃO, J.E. **Educação de Jovens e Adultos: teoria, prática e proposta**. São Paulo, Cortez, 2000, vol. 5.
- GAUTHIER, J. Comentários IN: COSTA, M.V. (org.) **Educação Popular Hoje**. São Paulo, Loyola, 1991, p. 93-95.
- GIROUX, H. Pedagogia Crítica, Política Cultural e o Discurso da Experiência. IN: GIROUX, H. **Os Professores como Intelectuais**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997, p. 123-44.
- GIROUX, H. **Escola Crítica e Política Cultural**. São Paulo, Cortez/Autores Associados, 1992.
- GÓES, M.C.R. As Relações Intersubjetivas na Construção de Conhecimentos. IN: GÓES, M.C.R. & SMOLKA, A.L.B. (org.) **A Significação nos Espaços Educacionais – Interação Social e Subjetivação**. Campinas, Papyrus Editora, 1997, p. 11-28.
- GONÇALVES, C.S.; WOLFF, J.R & ALMEIDA, W.C. **Lições de Psicodrama – Introdução ao pensamento de J.L. Moreno**. São Paulo, Ágora, 1988, p. 11-7, 35-9, 41-57.
- GRUPPI, L. **O Conceito de Hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- HADDAD, J.Q.; ROSCHE, M.A.C.; DAVINI, M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington-EUA, Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Programa de Desarrollo de Recursos Humanos em Salud, 1994, p. 1-60.
- HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na Pesquisa Avaliativa das Ações de Saúde. IN: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos**

conceituais à prática na análise de implantação de Programas. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997, p. 19-28.

- HOLLANDA, E. Práticas alternativas de pesquisa: alguns questionamentos sobre as potencialidades e limites da pesquisa-ação e pesquisa participante. IN: VALLA, V.V. & STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993, p. 25-51.
- INSTITUTO PICHON-RIVIÈRE de São Paulo. **O Processo Educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière.** Seminário promovido e coordenado pelo Instituto Pichon-Rivière de São Paulo. Petrópolis, Vozes, 1991.
- JACOBI, P. **Movimentos Sociais Urbanos e Políticas Públicas.** São Paulo, Cortez, 1987.
- L'ABBATE, S.; SMEKE, E.L.M.; OSHIRO, J.H. A Educação em saúde como um exercício de cidadania. **Saúde em Debate**, Londrina, CEBES, 1992, p. 81-5.
- L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Publ. Rio de Janeiro**, 10(4): 481-90, 1994.
- L'ABBATE, S. Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacitação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva. IN: CANESQUI, A.M. (org.) **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.** São Paulo, Hucitec, 1995, p. 141-61.
- L'ABBATE, S. Comunicação e Educação: uma prática de saúde, IN: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org.) **Agir em Saúde - um desafio para o público.** São Paulo, Hucitec, 1997, p. 267-292.
- LOURAU, R. A Intervenção Pedagógica. IN: LOURAU, R. **Análise Institucional.** Petrópolis, Vozes, 1996, p. 237-64.
- LUCKESI, C.C. Tendências Pedagógicas da Prática Escolar IN: LUCKESI, C.C. **Filosofia da Educação.** São Paulo, Cortez Editora, 1990, p. 53-75.
- McLAREN, P. Pedagogia crítica: uma visão geral. IN: McLAREN, P. **A vida nas escolas.** Porto Alegre, Artes Médicas, parte 3, 1997, p. 189-230.
- MEDICI, A.C. **Emprego em Saúde na Conjuntura Recente: Lições para a Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro, Departamento de Planejamento e Administração/ENSP/FIOCRUZ, 1986, (mimeo).
- MERHY, E. E., Em busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. IN: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org.) **Agir em Saúde - um desafio para o público.** São Paulo, Hucitec, 1997a, p. 71-112.
- FLEURY, S. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). IN: FLEURY, S. **Saúde e Democracia - A Luta do CEBES.** São Paulo, Lemos Editorial, 1997b, p. 125-141.

- MELLIN, A.S. **As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração**. Campinas, 1998 [Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo (USP)].
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- NEVES, S.P. Aprendizagem, Vínculo e Comunicação. IN: MASINI, E.F.S. (org.) **O ato de aprender**. São Paulo, Memnon Ed. Científicas, 1999, p. 20-40.
- NUNES, E.D. A Doença como processo social. IN: CANESQUI, A.M. (org.) **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo, Hucitec/FAPESP, 2000, p. 217- 29.
- OLIVEIRA, M.K. A Mediação Simbólica. IN: OLIVEIRA, M.K. **Vygotsky: Aprendizado e desenvolvimento: Um processo sociohistórico**. São Paulo, Scipione, 1999, p. 25-40.
- ONOCKO, R. Reordenação da Clínica e da Saúde Pública. IN: CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1997b, p. 48-57.
- PAGÈS, M. A Relação Imediata IN: PAGÈS, M. **A vida afetiva dos grupos**. Petrópolis, Vozes, 1982, p. 280-316.
- PELEGRINI FILHO, A.; RAMOS, C.L.; RIBEIRO, J.A.T. A Medicina Comunitária, a Questão Urbana e a Marginalidade Social. IN: GUIMARÃES, R. (org.) **Saúde e Medicina no Brasil contribuição para um debate**. Rio de Janeiro, Graal, 1979, p. 207-24.
- PEREIRA, G.S. **O Profissional de saúde e a Educação em Saúde: representações de uma prática**. Rio de Janeiro, 1993 [Dissertação de Mestrado - ENSP/FIOCRUZ/MS].
- PESSOA, F. Horizonte. IN: MARTINS, F. C. (org.) **Mensagem**. São Paulo, Companhia das Letras, 1998.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. São Paulo, Martins Fontes, 1998.
- PINOTTI, J. A. **Relatório Programa de Tocoginecologia Preventiva – Plano Piloto de Atenção Integral à Mulher desenvolvido pelo Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**. Campinas, DTG/FCM/UNICAMP, 1981, (mimeo).
- PINOTTI, J. A. & FAÚNDES, A. Hospital da Mulher como Instituição Inovadora. IN: PINOTTI, J. A. & FAÚNDES, A. **A Mulher e seu direito à Saúde**. São Paulo, Manole, 1988, p. 45-51.
- PITTA, A.M.R. **Interrogando os Campos da Saúde e da Comunicação: notas para o debate**. In: **Saúde & Comunicação – visibilidades e silêncios**. São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995, p. 239-65.

- PITTA, A. **Hospital dor e morte como Ofício**. São Paulo, Hucitec, 1999.
- PORTELLA, A.P. & GOUVEIA, T. Introdução: Feminismo, Educação e Gênero. IN: **SOS Corpo. Idéias e dinâmicas para trabalhar com Gênero**. Recife, SOS Corpo, s.d.
- RELATÓRIO de Atividades – Seção de Educação em Saúde**. Período abril de 1995 a março de 1999. Campinas, CAISM/Divisão de Apoio Técnico, 1999, 19p. (mimeo).
- RELATÓRIO de Atividades da Educação Continuada – Divisão de Enfermagem**. Período 1998. Campinas, CAISM/Divisão de Enfermagem, 2000, 10p. (mimeo).
- ROJAS-BERMÚDEZ, J.G. **Introdução ao Psicodrama**. São Paulo, Mestre Jou, 1980, p. 93-109.
- ROMAÑA, M.A. **Psicodrama Pedagógico**. Campinas, Papyrus, 1987.
- ROMAÑA, M.A. **Construção Coletiva do Conhecimento através do Psicodrama**. Campinas, Papyrus, 1992.
- ROMAÑA, M.A. **Do Psicodrama pedagógico à pedagogia do drama**. Campinas, Papyrus, 1996.
- SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena – experiências e lutas de trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- SCHALL, V.T. & STRUCHINER, M. Educação no Contexto da Epidemia de HIV/AIDS; Teorias e Tendências Pedagógicas. IN: CZERESNIA, D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, S. (org.) **AIDS Pesquisa Social e Educação**. São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995, p. 84-105.
- SIGNORINI, I. Letramento e (In) Flexibilidade Comunicativa. IN: KLEIMAN, A.B. **Os Significados do Letramento – Uma Nova Perspectiva sobre a Prática Social da Escrita**. Campinas, Mercado das Letras, 1995, p. 161-99.
- SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1998.
- SMEKE, E.L.M. **Saúde e Democracia – experiência de gestão popular: um estudo de caso**. Campina, 1989 [Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)].
- SORDI, M.R.L. & BAGNATO, M.H.S. Subsídios para um formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista latino-americana de enfermagem**, 2: 83-8, 1998, v.6
- STOLCKE, V. **Cafeicultura: homens, mulheres e capital (1850-1980)**. São Paulo, Brasiliense, 1986.

- STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. IN: VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993, p. 13-21.
- TARAGANO, F. Introdução. IN: PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. São Paulo, Martins Fontes, 1998, p. VII-XXI.
- TESTA, M. **Saber en Salud – la construcción del conocimiento**. Buenos Aires, Lugar Editorial S.A., 1997.
- VASCONCELOS, E.M. **A Medicina e o pobre**. São Paulo, Paulinas, 1987.
- VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1991.
- VASCONCELOS, E.M. Educação Popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. IN: COSTA, M.V. (org.) **Educação Popular Hoje**. São Paulo, Edições Loyola, 1998, p. 63-97.
- VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo, Hucitec/Ministério da Saúde-Coordenação de Atenção Básica, 1999.
- VILLELA, W. **Oficinas de Sexo Mais Seguro para mulheres – Abordagens Metodológicas e de Avaliação**. São Paulo, NEPAIDS, 1996.
- VYGOSTKY, L.S. **A Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- WESTPHAL, M.F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista**. São Paulo, 1992 [Tese de Livre-Docência – Universidade de São Paulo (USP)].
- WESTPHAL, M.F. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 120(6): 472-82, 1996.
- WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. IN: **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 120(6): 472-82, 1996.
- ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, p. 51-63, 79-152.

11. Anexos

11.1. Anexo 1 – Relatório comentado

A demanda

Surgiu da aproximação entre o LACES e a Seção de Educação em Saúde do CAISM (o setor demandante institucional), através de sua supervisora, que vinha participando das reuniões e eventos promovidos pelo referido laboratório, desde o 2o. semestre de 1997.

Aquela profissional solicitou a OFICINA DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, de 24 HORAS, a ser ministrada para um grupo multiprofissional do CAISM. O LACES disponibilizou duas profissionais vinculadas ao DMPS, para compor a dupla idealizadora e executora da Oficina. O CAISM, em contrapartida, forneceu o material didático e R\$150,00 a título de ajuda de custo.

Em acordo com a Seção, considerando a disponibilidade das profissionais que se inscreveram, organizou-se a estrutura da Oficina em 6 sessões de 4 horas cada uma, no período da tarde (14:00 horas às 18:00 horas) das terças e quintas feiras, de 10/03/98 a 26/03/98.

A clientela

Constituiu-se de 13 profissionais mulheres, a saber:

- 2 nutricionistas
- 3 assistentes sociais
- 7 enfermeiras
- 1 psicóloga

Todas puderam escolher estar na Oficina. Mesmo as profissionais que foram indicadas pelos seus serviços, tiveram a opção de recusar participação. Todas receberam, antes do início dos trabalhos, material elucidativo da organização, objetivos, conteúdos, método, roteiro e bibliografia da Oficina (item 11.1).

O local

A sala de aula do setor demandante foi o local disponibilizado para a realização das atividades. Apesar do intenso calor e das dimensões reduzidas da sala em relação ao número de pessoas trabalhando vivencialmente (movimentos e deslocamentos corporais), o grupo foi capaz de adaptar-se satisfatoriamente às condições espaciais.

O desenvolvimento dos trabalhos

Primeiro encontro - 10/03/98

A chefe do setor demandante procedeu à

Abertura da Oficina,

apresentando ao grupo o LACES e as executoras da Oficina e justificando a ausência de três profissionais inscritas na lista de participantes: uma que desistiu, outra que viajou para congresso e que poderia chegar proximamente e a terceira que estaria presente a partir do 2º encontro.

Neste momento as executoras esclareceram que o método vivencial aplicado na Oficina inviabiliza participação e integração ao grupo depois de decorrido certo tempo de andamento dos trabalhos. Conteúdos vivenciais não são passíveis de recuperação como os conteúdos teóricos o são.

C1 passou então a coordenar a

Atividade de apresentação e integração grupal

que constou de:

1. relatos individuais a respeito da história do nome de cada participante.

Esta atividade envolveu aspectos singulares da história de cada integrante que, compartilhados no grupo, contribuíram para as trocas e aproximações afetivas entre pessoas que se davam a conhecer.

2. movimentos sociométricos do grupo em que, a partir de comandos das executoras e de qualquer integrante, formavam-se sucessivamente sub-grupos com características em comum, a saber: profissões, formas de chegar a este grupo, estado civil, número de filhos, papéis familiares, características corporais, características socio/culturais femininas etc..

Este momento deu continuidade ao processo de trocas e aproximações iniciado no primeiro jogo (história do nome) para construção da identidade grupal, assim como forneceu às executoras, dados importantes a respeito do grupo, para o planejamento das atividades subseqüentes. Foi nesse jogo, por exemplo, que foi possível entrar em contato com a condição de opção, citada acima, que levou cada integrante à participação na Oficina. E a partir desse dado, definiu-se para nós, executoras, a intensidade com que deveríamos trabalhar para “ganhar” o grupo. Supomos que quem escolheu estar presente deveria apresentar melhores chances de integrar-se e incorporar a proposta de trabalho, do que pessoas que tivessem sido escolhidas, sem chance de fazer sua opção.

C2 passou a coordenar então as atividades preparatórias do

Levantamento das expectativas

iniciado com o registro individual, numa folha de papel, dos seguintes itens:

- minha primeira pergunta a respeito do processo que se inicia
- 3 desejos, anseios ou necessidades minhas em relação ao processo que se inicia
- 3 medos meus em relação ao processo que se inicia
- 3 características pessoais que podem me ajudar nesse processo
- 3 características pessoais que podem me atrapalhar nesse processo
- 3 primeiras palavras que me vêm à mente quando penso em MULHER

Esse exercício contou com a participação das executoras e foi feito, passo a passo, dando-se um tempo para a resposta a cada item. A primeira questão - minha primeira pergunta a respeito do processo que se inicia - foi respondida em último lugar, após um rodízio das folhas no grupo, de tal forma que cada participante respondeu a uma questão formulada por outra pessoa (item 11.2). Depois as respostas foram compartilhadas na medida em que cada uma se apropriava das respostas que tinha em mãos, como se fossem suas e foram anotadas em painéis/síntese as expectativas do grupo, os medos e o perfil (item 11.3).

A troca de idéias a respeito do conteúdo dos registros, possibilitou ao grupo esclarecer fantasias e minimizar o grau de ansiedade em relação ao “desconhecido” que se punha a sua frente. Também permitiu às executoras identificar e esclarecer as dúvidas, necessidades e expectativas possíveis de serem contempladas e aquelas que estavam fora do alcance do projeto da Oficina. Os painéis permaneceram expostos

durante alguns dias do processo e subsidiaram a atividade seguinte que foi a elaboração do

Contrato de trabalho grupal

Pedimos às pessoas que, levando em conta o processo anterior, registrassem em tarjetas, individualmente, duas regras que considerassem necessárias para o bom funcionamento do grupo durante a Oficina. Dois painéis/síntese resultaram desses registros - um de regras e outro de disposições desejáveis - e ambos passaram a integrar o acervo de produções do grupo (item 11.4).

Esse material nos ajudou a conhecer melhor o grupo e a identificar e quantificar a presença das resistências e medos naturais no grupo novo. Desconfiança, necessidade de controle de todas as possíveis situações de exposição, justificam a quantidade de disposições internas colocadas como regras para o grupo. Uma conversa esclarecedora desses aspectos e do método que já vivenciavam, parece ter garantido ao grupo o cuidado que pedia em relação à participação num grupo novo e a um método desconhecido de trabalho para a maioria. Deste momento em diante foi crescente a disponibilidade e a descontração com que as pessoas se entregaram às propostas e foi significativo o baixo absenteísmo durante toda a Oficina.

Encerramos as atividades do dia com uma

Dança circular

- a dança do sol - que invoca a criatividade e harmonia grupal através de música e movimentos singelos que reproduzem, em coreografia facilmente assimilável, o cintilar dos raios solares.

Segundo encontro - 12/03/98

Iniciamos as atividades com um

Resgate avaliativo do 1o. encontro

em que as participantes puderam comentar, passo a passo, as atividades da terça feira. A motivação para esse momento se deu pela presença de uma profissional que estivera ausente no primeiro encontro e que, chegando nesse dia, completou o grupo que seguiu junto até o final da Oficina.

O grupo comentou cada momento do encontro anterior, nos seguintes aspectos:

- identificação dos objetivos
- aplicabilidade das técnicas vivenciadas, no cotidiano e com a clientela do CAISM
- analogias com outras técnicas de dinâmica de grupo conhecidas e variações possíveis.

De forma geral, o primeiro encontro foi avaliado assim:

- primeira parte: "...descontraído e relaxante...o grupo começou timidamente e depois soltou-se um pouco".
- segunda parte (elaboração do contrato de trabalho grupal): "...complementou a primeira parte...trabalhou o compromisso do grupo...a temperatura ambiente foi o fator desgastante".

Demos continuidade aos trabalhos com mais uma atividade de descontração e integração grupal denominada

"Perguntas Indiscretas"

sentida pelas executoras como oportuna e ainda necessária. Foram distribuídos cartões que continham pequenas tarefas/descobertas relacionadas ao grupo:

- os "hobbies" do grupo
- a receita culinária mais recente
- o livro mais recentemente lido
- o filme mais recentemente assistido
- a última piada ouvida
- o filho mais velho e o filho mais novo do grupo

o papo gostoso mais recente
 a viagem mais recente
 a aquisição mais recente
 a festa mais recente
 a surpresa mais recente
 a frustração mais recente
 o signo mais freqüente no grupo
 a conquista mais recente
 o sonho mais recente...

...tudo isso tendo como referência o conjunto das pessoas do grupo.

Localizar no grupo as pessoas com essas vivências e revelar as descobertas demandou uma intensa troca de idéias, perguntas e respostas, conversas... interação generalizada... integração. Conhecer-se um pouco mais, descobrir-se enquanto pessoas comuns, não só como profissionais, pode ter contribuído para aumentar o grau de confiança e disponibilidade para as vivências que estavam por acontecer no decorrer da Oficina.

Neste momento, no sentido do reconhecimento do terreno de reflexão e criação do grupo - o campo da SAÚDE/DOENÇA - propusemos a

Construção coletiva do conceito de Saúde

C1 coordenou a aplicação desta técnica psicodramática que se deu em 5 momentos:

✓ 1o. momento

Divididas em 2 subgrupos, as integrantes fizeram relatos sucintos de episódios de sua vida profissional em que as idéias de SAÚDE (um grupo) e SAÚDE DA MULHER (outro grupo) estiveram presentes. Cada subgrupo elegeu um dos relatos para ser apresentado, de alguma forma, para o outro subgrupo e para as executoras.

✓ 2º momento - as apresentações:

um grupo - descrição verbalizada de uma sessão de grupo da 3a. idade do qual fazia parte a Sra. L. que apresentou grandes mudanças e “melhora” quando passou a freqüentar a faculdade da terceira idade.

outro grupo - dramatização de uma sessão de grupo de mulheres menopausadas, coordenada por uma profissional de saúde. Transcrição de algumas falas das pacientes:

— “...estou só me conformando (em relação à menopausa) ... tenho problemas com meu marido...estou muito seca por baixo...com os hormônios eu embuxei...tirei o útero e meu marido não entende; foi buscar outra...através da psicóloga fui me ajudando...porque pedi ajuda...”

✓ 3º momento - levantamento dos elementos conceituais de SAÚDE

As participantes elencaram num painel todos os elementos de SAÚDE que reconheceram nas duas apresentações (item 11.5)

✓ 4º momento - Imagem corporal de SAÚDE

Cada pessoa escolheu e incorporou um elemento do painel que elegeu como significativo e expressou-o através de movimentos e falas (os elementos transformaram-se em personagens). Depois, ao comando da coordenadora da atividade, todas reuniram-se numa única imagem sonora de SAÚDE: um abraço em círculo concêntrico, balançando ao embalo de um sussurro cantarolado, tendo o elemento corpo no centro do círculo.

Em seguida, C1 solicitou que C2 incorporasse o elemento doença e passasse a interagir com a saúde. Desenrolou-se então um período de movimentação intensa em que a doença buscava contato. A partir de uma resposta de rejeição do grupo/saúde, através do enrijecimento corporal, a doença intensificou vigorosamente as investidas, tentando (e conseguindo) “invadir a saúde”, provocando brechas na imagem corporal para penetrar no interior do círculo e desorganizando a formação. Depois, a doença fazia tentativas de interagir, pelo movimento, com a saúde. Seus movimentos foram

sendo aceitos e incorporados por algumas pessoas representantes de elementos da saúde, até que todo o grupo se harmonizou numa brincadeira corporal, da qual a doença fazia parte.

✓ 5º momento - Compartilhando emoções e processando idéias

Todo o grupo, inclusive as executoras, num período prolongado de discussão, procurou refletir a respeito de SAÚDE e DOENÇA, a partir da vivência. Sentindo e pensando no vivido, o grupo conseguiu identificar:

- A tentativa constante, desgastante e teimosa do grupo de anular a doença
- O enriquecimento da imagem da saúde à aproximação da doença
- A saúde colocou a doença de lado, excluiu-a, quando esta cedeu à resistência da saúde
- Outra tentativa de anular a doença foi através de medicação
- À insistência da doença, persistiu como resposta a rigidez corporal
- Foram os elementos esperança e alegria que tomaram a iniciativa de interagir com a doença (aceitaram dançar com ela)

O clima foi de surpresa e alívio diante dessas (e outras mais...) constatações e considerações a respeito do vivido. À medida que o grupo foi se dando conta do simbolismo da vivência aplicado ao processo de relação cotidiana com a SAÚDE e com a DOENÇA... e com os pacientes, instalou-se uma discussão entusiasmada e amplamente participada e atenta, com depoimentos de descobertas pessoais e vivências no desempenho do papel profissional que foram percebidas, nesse momento, como de grande conteúdo humanitário e criativo. Profissionais que lidam no dia a dia, com pacientes em processos patológicos graves, mostraram-se confortadas e reforçadas na sua forma de atuar, nem sempre vista como adequada no contexto institucional.

A reflexão a respeito da relação SAÚDE/DOENÇA, enquanto processo dinâmico, não foi aprofundada nesta Oficina. Pelo conteúdo dos conceitos elaborados pelas participantes após essa vivência (item 11.6), a pedido da coordenadora da mesma, pode-se constatar que não houve ressignificação dos “velhos” conceitos incorporados ao longo da formação e do processo de trabalho institucional em que essas profissionais se inserem.

A riqueza da vivência foi explorada até o limite de tempo do período que se encerrou com uma avaliação subjetiva rápida: verbalização de uma palavra de cada participante, que expressou “como estou saindo da Oficina hoje”. Preponderaram nesse momento palavras relacionadas com o clima de perplexidade reflexiva e seriedade que perpassou essa vivência, em todas as suas etapas. Antes de dispersar-se o grupo recebeu os textos bibliográficos básicos da Oficina (parte 1) que foram trabalhados no dia 19/03.

Terceiro encontro - 17/03/98

Iniciamos o período com o habitual

Resgate avaliativo do período anterior

e transcrevemos aqui comentários que consideramos mais significativos como ilustração daquele momento:

... "leveza e sensibilidade por ter podido dançar com a doença...

...fui dirigindo para casa refletindo sobre algo novo...

...desencadeou contato com coisas que eu não fazia...

...pensei muito no tema...

...descoberta da fragilidade em relação à doença...

...como dominar a doença...como trabalhar a doença...descoberta...

...talvez, voltando-nos para fora, teríamos podido lutar"... (alusão aos movimentos do grupo na relação com a doença, durante a encenação da 5a. feira)

... "nossa maior fraqueza foi subestimar a doença...
 ... fiquei invadida, frustrada, derrotada porque a saúde não teve força para vencer a doença... fiquei impressionada com a nossa atitude... decepção...
 ... não sabemos nada... isso mexeu tanto com a gente...
 ... fui embora muito impressionada...
 ... usei a técnica para conversar com uma amiga que nega a doença... a conversa, a partir da minha vivência da técnica, repercutiu em mim e nela...
 ... sensação de leveza... parei de correr na chuva...
 ... ataca, vira para dentro, vira para fora... alta tecnologia que a sociedade usa e acaba atacando a saúde"...

Finalizando esse momento, Solange resgatou o sentido da aplicação da técnica vivencial, fazendo um paralelo entre a vivência e a leitura de textos, como propiciadores da aprendizagem significativa.

Demos continuidade a este denso momento com uma atividade que aludiu à busca de recursos criativos para soluções novas: uma

Dança circular: GOPALÁ

De origem grega, coreografia e música muito simples e facilmente assimiladas pelo grupo, invocou o potencial criativo dos deuses, simbolizado pela flauta que os humanos roubam, tocam e dançam em movimentos alegres e descontraídos.

O tema seguinte - PROCESSO EDUCATIVO - foi introduzido através de um

Relaxamento

dirigido por C2. Com música suave de fundo e confortavelmente acomodadas pela sala, no chão e nas cadeiras, as participantes foram levadas a fazer uma retrospectiva histórica mental de seu processo educativo, revivendo momentos, locais, conteúdos e personagens significativos dessa história.

Em seguida, foram convidadas a fazer a

Construção de um objeto simbólico do processo educativo

Utilizando sucata miúda e material básico de artes plásticas. As participantes detiveram-se por aproximadamente meia hora, individualmente, nessa tarefa que resultou em 12 objetos singulares, apresentados, um a um, em suas características e simbolismo, a todo o grupo.

No compartilhar essa vivência que se caracterizou por grande concentração das profissionais inúmeros elementos foram identificados como inerentes ao processo educativo. Entre eles, foi enfaticamente ressaltada a importância do período da INFÂNCIA e do VÍNCULO DE AFETIVIDADE E SEGURANÇA com as figuras parentais ou seus representantes, como elementos decisivamente significativos na aprendizagem e na estruturação da personalidade e que possibilitou a conquista da autonomia, da profissionalização e da cidadania.

Finalizando a aplicação da técnica, todos os objetos foram integrados numa imagem única, pelos critérios de "elementos em comum" ou "complementaridade" (item 11.1.7.). Essa imagem foi então rodeada por um círculo onde, de mãos dadas, todas as pessoas verbalizaram palavras que expressavam a sensação/sentimento que as invadia nesse momento:

... movimento... infância... alegria... criação... participação... complexo... diversidade...
 leve... colorido... união... paciência... tristeza... persistência... construção... e outras.

Dessa forma, calmamente, encerrou-se mais esse período de trabalho.

Quarto encontro - 19/03/98

Iniciou-se, como de costume, com o

Resgate avaliativo do 3o. encontro

que trouxe, como elemento avaliativo importante, o conjunto de comentários a respeito do fato de várias participantes terem levado consigo os objetos construídos na 3a. feira.

Esse fato nos fez pensar o quanto foi significativo para o grupo, a vivência subjetiva daquele momento de revisão e construção simbólica do processo educativo, independentemente do resultado objetivo que constituiu o levantamento dos elementos inerentes ao processo educativo.

Depois, o restante do período foi dedicado à dinâmica de

Construção da clientela das ações educativas da instituição

coordenada pela professora, houve um aquecimento corporal e mental com música com atenção voltada para pensar na cliente, na perspectiva de resgatar o tema VÍNCULO COM A CLIENTELA. Nesse momento o grupo dedicou-se à construção da imagem de uma mulher, a partir de material básico de Artes Plásticas, sucata miúda e peças de vestuário, retalhos e acessórios femininos, tendo como suporte um cavalete de madeira, parte do mobiliário da sala. Denominaram-na Cida e conversaram longamente sobre ela: suas dificuldades e trajetória na instituição, focalizando o atendimento prestado pelos diversos profissionais e, principalmente, pelo médico.

O compartilhar

dessa vivência levantou intensos e extensos comentários a respeito das sensações/emoções despertadas nas participantes, assim como a percepção que o grupo tinha, naquele momento, de sua clientela na relação com os profissionais da instituição, um hospital-escola, tendo em vista o papel de cada um.

Segue aqui uma relação de elementos dessa cliente, percebidos pelo grupo, a partir de sua construção:

"aflita, ansiosa, preocupada, meio perdida
gestante, fumante
tranquila, feliz por estar aqui na unicamp
agressividade disfarçada
brigando pelos direitos
solitária ou com filho
máscara, medo fragilidade
carência, solidão, insegurança
pidona, sem acolhimento
não recebe acolhimento mas tem vínculo de dependência
perde a máscara no grupo"

O grau de sensibilização provocada no grupo pela vivência e a presença da Cida, gerou intensa discussão em torno de temas relacionados com o dia a dia do grupo na instituição tais como:

- "a arte de ensinar e a arte de atender
- o papel e a postura profissional do médico no ambiente institucional
- a importância que se dá à clientela no atendimento
- rotina x onipotência do profissional de saúde
- o lugar da informação no processo de ensino/aprendizagem."

Um comentário do grupo, verbalizado por uma das participantes: "O QUE A GENTE APRENDE COM A CIDA?", durante as discussões, sintetiza o momento do grupo em relação ao vínculo com a clientela.

O período terminou com uma reflexão teórica a respeito de dois textos: "Educação em Saúde uma nova abordagem" e "Comunicação e Educação em Saúde. Uma prática em saúde" (L'ABBATE, 1994, 1997), quando se procurou estabelecer articulações entre os textos e a relação dos profissionais com a clientela do CAISM.

Quinto encontro - 24/03/1998

Iniciou-se com um

Aquecimento corporal e mental

coordenado por C2 e que colocou para o grupo desafios de formação corporal de figuras geométricas e de animais e objetos em tempo rápido e comandado enquanto o grupo circulava pelo espaço da sala.

Em seguida, retomando o tema iniciado anteriormente - vínculo com a clientela - Sissa pediu que o grupo apresentasse a CIDA (o nome dado para a mulher/cliente construída no encontro anterior) para quem não estivera presente na ocasião. Esta apresentação, no entanto, se deu na forma de uma

Construção da imagem simbólica síntese da clientela

Desenvolveu-se então uma dinâmica, coordenada por C2, nas seguintes etapas:

1. Cada pessoa recebeu um cartão que pedia para completar: Se a CIDA fosse...
uma forma geométrica
um elemento da natureza
uma cor
Cada pessoa, a partir da percepção que guardara da atividade do encontro anterior, associou mentalmente a CIDA a uma das consignas acima (de acordo com o que tinha no seu cartão). Assim, por exemplo:
Ex. Se a CIDA fosse uma forma geométrica, seria um... retângulo.
2. Formaram-se 3 grupos, de acordo com a consigna do cartão. Cada um discutiu suas percepções/impressões/representações a respeito da CIDA, simbolizadas na forma, elemento da natureza ou cor, até chegar a um consenso que foi concretamente representado através de uma construção com sucata e material básico de artes plásticas.
3. Essas construções - uma estrela, a forma - salmon, a cor - mar, o elemento da natureza - integraram-se numa única imagem simbólica da CIDA, a partir da integração dos tres sub-grupos nessa tarefa.
4. A observação comentada da imagem síntese da CIDA construída pelo grupo, possibilitou uma percepção da essência da Cida - mulher cliente do CAISM - em contraposição à imagem figurativa da semana anterior que possibilitou olhar através das aparências.
5. No passo seguinte, cada participante construiu a

Imagem concreta e simbólica do vínculo com a CIDA/IMAGEM

simbolizando, nessa imagem, os elementos que compõem esse vínculo: os que favorecem, dificultam e/ou caracterizam a forma como cada uma se relaciona com a clientela, no cotidiano do serviço.

6. Compartilhar essa vivência, em todas as suas etapas e riqueza de construções, possibilitou, a cada participante e ao grupo como um todo, entrar em contato com as características pessoais, dificuldades, ansiedades, necessidades, ganhos e perdas envolvidos no contato diário com a clientela. Ainda, o revelar-se nesse processo de vinculação com a clientela, possibilitou auto e hetero-percepções que enriqueceram, ampliaram e estimularam as possibilidades de trocas e identificações no grupo.

Esse período terminou com a aplicação da já conhecida técnica de

Avaliação subjetiva

em que cada participante verbalizou, através de uma palavra, o sentimento presente naquele momento.

Sexto encontro - 26/03/1998

Este último período foi dedicado à IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO EDUCATIVA E DO PAPEL DO EDUCADOR NO COTIDIANO DE TRABALHO,

independentemente da função/formação específica do profissional envolvido e da ação que se desenrola.

Num primeiro momento, o grupo vivenciou a técnica de

Dramatização de situações do cotidiano de trabalho

Essa atividade desenvolveu-se em 3 etapas, a saber:

1. Relato e escolha de uma situação vivida no cotidiano de trabalho. À solicitação da professora que coordenou a aplicação da técnica, 8 participantes deram sua contribuição, relatando episódios significativos de seu cotidiano de trabalho, em relação direta com clientes da instituição. Chamou-nos a atenção, o fato de todos eles envolverem situações de grande perda afetiva (morte efetiva da cliente, doação de filhos, morte de mãe e de filho, perda do afeto do companheiro, perda afetiva da mãe, abuso sexual).

Após os relatos, o grupo escolheu um deles para transformar em CENA. A escolha recaiu sobre o relato que trazia uma profissional assistente social em entrevista com mãe e filho adulto: a mãe, diante das perguntas da profissional e da perspectiva de uma mastectomia, revelou ao filho, no momento mesmo da entrevista, a condição de adoção que o ligava aos pais.

2. A encenação se fez a partir do relato e da definição das “atrizes” que incorporaram as personagens envolvidas (sem ensaio). Três personagens - assistente social, mãe e filho - portanto, apresentaram a CENA que constou da entrevista propriamente dita, terminando com o encaminhamento dos clientes para a psicóloga.

3. O compartilhar, última etapa desse processo, possibilitou ao grupo, tanto atores quanto plateia, identificar e falar de sentimentos e emoções que perpassaram a vivência, no processo de identificações e resgate da memória afetiva que os relatos e a cena desencadearam. Como síntese desse momento, ficou registrada na percepção do grupo em relação ao seu papel profissional:

- A grande ansiedade presente nas relações com a clientela em confronto com a também grande responsabilidade que acompanha uma opção pelo vínculo afetivo no trabalho competente.

- A construção da competência como uma combinação harmoniosa de continência afetiva, assertividade e clareza do papel profissional e capacidade de lidar com perdas e sofrimento, na perspectiva de um desempenho mais humanizado, que leva em conta a autonomia do cliente/cidadão, seus desejos, medos, dificuldades e possibilidades, na relação com o processo saúde/doença.

- A percepção do desamparo no cotidiano de trabalho, pela falta de retaguarda institucional para o suporte emocional que o desempenho competente desse papel profissional supõe.

- A percepção da finalização da Oficina, possivelmente, como perda afetiva significativa (estávamos no último dia da Oficina). Isto nos foi sugerido pelo teor dos relatos que girou, sem excessão, em torno daquele elemento (perdas afetivas), sem que nada, objetivamente, sugerisse essa característica (a consigna dada, na primeira etapa da vivência, apenas pedia relatos do cotidiano de trabalho).

Na segunda parte do período, sob a coordenação da Educadora em Saúde, o grupo procedeu ao

Processamento teórico: “ONDE ESTÁ O EDUCADOR?”

C2, coordenando este momento, pediu às participantes, organizadas em dois sub-grupos, que estabelecessem uma relação entre o texto “Sobre Jequitibás e Eucaliptos - Amar”, do livro “Conversas com quem gosta de ensinar”, de Rubem Alves (1981), 9a. edição, e

a cena apresentada, procurando identificar na mesma os momentos em que “apareceu” o educador, na perspectiva colocada pelo citado autor.

Compartilhar o resultado do trabalho dos dois sub-grupos, possibilitou a elaboração mental do CONCEITO de EDUCADOR e dos elementos inerentes à sua ação, independentemente da função exercida formal e institucionalmente por quem quer que, voluntária ou involuntariamente, exerça esse papel.

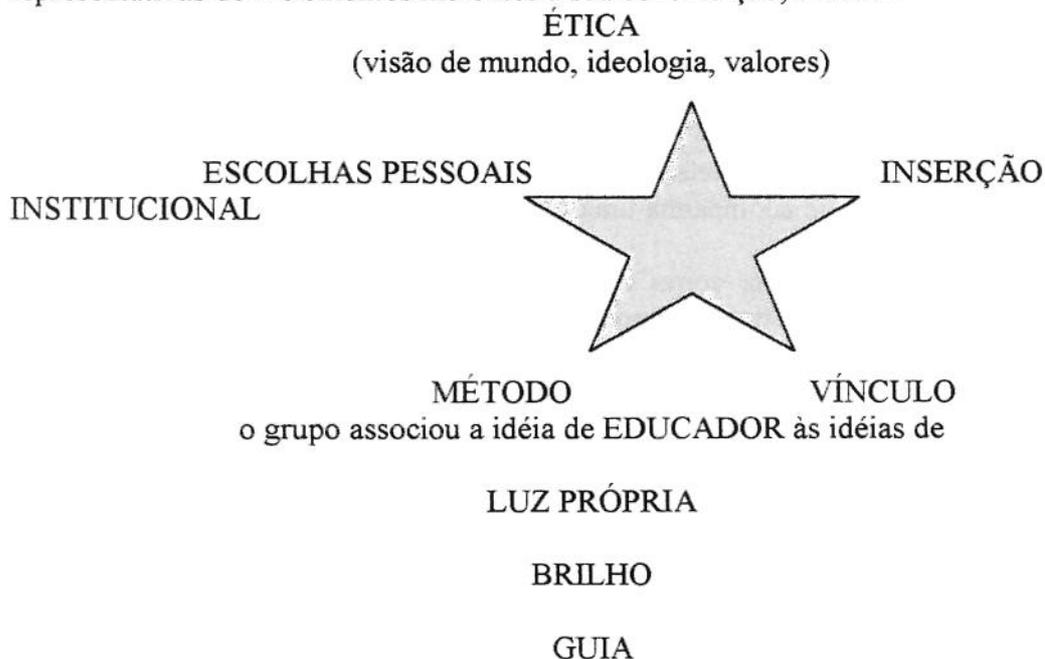
As contribuições das participantes e das executoras na troca de idéias a partir do produto elaborado pelos dois grupos, permitiram a identificação de:

- vários sub-papéis que se combinam para compor o de EDUCADOR: facilitador de processos de relação mais humanizada, comunicador, informador, orientador, desencadeador de “história” através da promoção de vínculo afetivo, acolhedor dos limites e das possibilidades humanas.

- os diferentes instrumentos de que pode lançar mão no estabelecimento da relação educativa: recursos pessoais (características de personalidade e temperamento, a fala ou o silêncio, a sensibilidade) e profissionais (recursos técnicos e de conhecimento específicos da área de formação e atuação).

C2 encerrou os trabalhos fazendo uma síntese conceitual, que procurou contemplar o processo vivenciado na Oficina como um todo, em seus aspectos metodológicos e de inserção institucional e a produção elaborada pelo grupo (participantes e executoras), à luz de uma visão de mundo que traz a ética e a competência afetivada como valores fundantes, na construção do EDUCADOR.

Vendo no quadro um esquema que o simbolizou através de uma estrela de 5 pontas, representativas de 5 elementos inerentes à sua constituição, a saber:



Dessa forma encerraram-se as atividades.

Um material de avaliação da Oficina foi distribuído ao grupo para ser devolvido posteriormente. Esse material constou das perguntas formuladas pelo próprio grupo na fase de levantamento de expectativas (item 11.1.8.), adaptadas para o momento de avaliação final, acrescido de outras questões elaboradas para o momento (item 11.1.9.).

Comes e bebes encerraram, festivamente, a OFICINA DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE no CAISM.

Num último movimento expressivo, o grupo verbalizou, em círculo de mãos dadas, palavras de gratificação e agradecimento pelo processo vivido.

Desdobramentos

Das 13 participantes, 7 responderam a estas duas enquetes colocadas pelas coordenadoras.

Após seis meses de tempo transcorrido da Oficina, as coordenadoras convidaram as participantes para uma reunião para avaliar a mesma (item 11.1.10). Em função de diversas dificuldades de agenda, essa reunião terminou acontecendo sem a presença das coordenadoras. Uma das participantes relatou as deliberações da reunião (item 11.1.11).

11.1.1. Programa da Oficina

Atividade: Oficina de Comunicação e Educação em Saúde - 1998

Coordenação: LACES - Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde

DMPS - FCM/UNICAMP

Local: Sala de aula da Seção de Educação em Saúde

Datas: 10/03 (3ª feira) - 12/03 (5ª feira)

17/03 (3ª feira) - 19/03 (5ª feira)

24/03 (3ª feira) - 26/03 (5ª feira)

Horário: das 14 às 18:00

Duração: 24 horas

Vagas: 15

Objetivos Específicos:

1. Proporcionar aos participantes a oportunidade de vivenciar situações grupais que envolvam Comunicação e Educação em Saúde para desenvolver uma visão crítica em relação a seu papel profissional e ao papel das outras pessoas envolvidas nas ações de saúde, todos considerados como sujeitos autônomos na construção da cidadania.
2. Desenvolver a capacidade de encontrar respostas criativas para situações do cotidiano.
3. Contribuir para a ampliação do repertório de técnicas e estratégias em Comunicação e Educação em Saúde.

Objetivo Geral:

Ampliar a visão dos campos da Comunicação e da Educação em Saúde, como teoria e como prática, a partir de situações do cotidiano do trabalho.

Ementa:

Educação como processo social: visão transformadora em direção à construção da cidadania. As práticas da Educação em Saúde no cotidiano do Serviço de Saúde. A relação educativa: aspectos socioafetivos e pedagógicos. A constituição dos sujeitos: autonomia e emancipação.

IMPORTANTE: a Oficina será aplicada ao tema específico da saúde da mulher.

Metodologia:

A perspectiva da Oficina é a de propiciar a vivência de situações do cotidiano de trabalho, visando cooperação grupal e criatividade. A auto e hetero percepção e aprendizagem dos conteúdos é viabilizada através de diferentes técnicas didático-pedagógicas a saber: "role playing", dramatização e jogos dramáticos, teatro espontâneo, sociodrama, construção de imagens, painéis coletivos, construção de textos, discussão de autores.

Programa:

UNIDADE I

- O conceito de Educação em Saúde: construção, a partir dos referenciais de autonomia e emancipação dos sujeitos educador e educando.
- O papel do educador: auto-percepção e construção da relação educativa, nos aspectos pedagógicos e socioafetivos.

UNIDADE II

- Práticas educativas: análise crítica e elaboração de projetos, levando em conta a especificidade da clientela e do tema em questão.

UNIDADE III

- Processamento teórico-metodológico: sistematização conceitual dos conteúdos vivenciais da Oficina.

Bibliografia

- CARVALHAL, M.S.C.; OLIVEIRA, N.L.S.; ALENCAR, V.G. **Capacitação em AIDS. Relatório da oficina: Abordagem das DST/AIDS com Adolescentes.** Campinas, Laces/DMPS/Unicamp, 1996b, 30p. (mimeo).
- KAUFMAN, A. **Teatro Pedagógico: bastidores da iniciação médica.** São Paulo, Ágora, 1992.
- L'ABBATE, S; SMEKE, E.L.M. & OSHIRO, J.H.A. Educação em Saúde como exercício de cidadania. **Revista Saúde em Debate**, 37: 81-85, 1992.
- L'ABBATE, S. Educação e Sociedade: uma abordagem pedagógica para a odontologia. Coletânea **Ciências Sociais em Saúde Bucal**, em publicação, 1996.
- L'ABBATE, S. - Educação em Saúde uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, , 1994, p. 481-490
- L'ABBATE, S. **Trabalho de Grupo em Instituições.** Texto preparado para o Seminário do LACES, Campinas, dez 1995.
- L'ABBATE, S. Comunicação e Educação: uma prática em saúde, IN: MEHRY, E.E. & ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo, Hucitec, 1997, p. 267-292.
- MONTEIRO, R.F. **Jogos Dramáticos.** São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1979.
- PEREIRA, G.S. **O Profissional de Saúde e a Educação em Saúde: representações de uma prática.** Rio de Janeiro, 1993 [Dissertação de Mestrado, ENSP].
- ROMAÑA, M.A. **Do Psicodrama Pedagógico à Pedagogia do Drama.** Campinas, Papyrus, 1996.
- CARVALHAL, M.S.C.; VIEIRA, C.M.; SANTOS, L.M.M.P & OLIVEIRA, N.L.S., **Relatório da Oficina de Comunicação e Educação em DST/AIDS.** Campinas, Laces/DMPS/Unicamp, 1996a, 17p. (mimeo).
- SANTOS, L.M.M.P.; CARVALHAL, M.S.C.; VIEIRA, C.M. **Relatório de oficina de trabalho interdisciplinar na prevenção e controle das DST/AIDS com adolescentes.** Campinas, LACES/DMPS/UNICAMP, 1995, 20p. (mimeo)
- SANTOS, L.M.M.P.; OLIVEIRA, N.L.S.; CARVALHAL, M.S.C. **Vivência de Técnicas de comunicação com adolescentes.** Relatório de Oficina realizada na

Fundação para o Desenvolvimento da Educação - FDE - São Paulo, Campinas, LACES/DMPS/FCM/UNICAMP, 1996.

SÃO PAULO/Secretaria de Estado da Saúde - **Educação em Saúde: Manual de Técnicas**, São Paulo, 1993.

Janeiro/98

11.1.2. Perguntas a respeito do processo que se inicia

O que é que vai dar?

Bom, acredito que estamos aqui para discutirmos e nos aprofundarmos no tema “Saúde da mulher”, como lidar com isso no nosso dia-a-dia, no exercício da profissão.

Como vai ser nosso trabalho?

Espero que seja bom do começo até o fim. Nosso trabalho será prazeroso. Vamos compartilhar experiências e encontrar saídas alternativas para os nossos problemas profissionais. Nós todas vamos colaborar uma com as outras.

Será que nós vamos constituir um grupo?

Já somos, neste momento, um grupo. Estamos reunidas em torno de um interesse comum. Vamos fazer a história deste grupo. Será uma construção de maior ou menor qualidade, de maior ou menor duração dependendo, em grande parte, de nós mesmas. Topam?

Porque e para que essa oficina?

Para a gente se divertir

Para perceber que já somos educadores no nosso cotidiano

Para nos convenceremos que podemos aperfeiçoar este papel

Com a mudança rápida da tecnologia, será que os relacionamentos das pessoas, também mudarão para melhor?

acredito que o profissional, as pessoas estão sujeitos a tais mudanças e vivendo essas mudanças devemos alcançá-las; acho que nos relacionamentos as pessoas deverão estar “abertas” a essas propostas de mudança e sempre soube e acredito que são para melhores resultados

Porque esse curso tem o nome de Oficina?

Porque vamos construir ou reparar algo, procurando melhorar o que temos ou criar algo novo.

O que esse curso vai me acrescentar?

Na verdade também tenho esta pergunta em minha mente em relação a este curso, mas penso que o curso poderá nos oferecer novos conteúdos e abordagens a respeito do assunto proposto, além da troca de experiências e o conhecimento de pessoas novas também.

Você sabia sobre a dinâmica de Grupo?

Não

Aplicabilidade do curso? Em que momento e como fazer uso do que estamos vivenciando?

Para o nosso dia a dia, tudo o que aprendemos é aproveitável, principalmente em nosso trabalho

Qual o interesse em participar desta oficina?

Melhorar o relacionamento/comunicação no trabalho e na vida pessoal.

Qual o objetivo desse trabalho?

Exercitar a comunicação e a noção de educação em saúde, usando técnicas de grupo e de comunicação que nos forneçam embasamento e aprimoramento profissional e pessoal.

Será que poderei conhecer um pouco de trabalho educativo grupal desenvolvido por cada profissional aqui presente?

No decorrer do curso, surgindo oportunidades através de trocas de figurinhas...cada qual se expondo, acho que é possível. Enfim, estamos aqui para trocar e crescer em experiência.

O que vou tirar daqui? (aprender)

Experiência em grupo

Aperfeiçoar conhecimentos de comunicação e Educação em Saúde.

Porque será que a comunicação é tão difícil entre as pessoas?

Porque há pessoas que não gostam de se comunicar

11.1.3. Desejos, medos, perfil do grupo e palavras associadas à mulher

DESEJOS/EXPECTATIVAS FRENTE À OFICINA

Leveza, atividades prazerosas, vontade de crescer.
 Boas amizades, ótimas companheiras, que haja muito carinho entre nós.
 Estabelecer uma visão crítica sobre a nossa própria atuação profissional, propor mudanças para os problemas, alcançar resultados satisfatórios
 Fazer amigas, fazer companheiras de trabalho de educação em saúde, sair-me bem no meu papel.
 Transparência nas pessoas, amizades profissionais, limites profissionais.
 Maior relacionamento entre as colegas do grupo, aprender aquilo que for ensinado profissionalmente, colocar em prática.
 Conhecimento, amizade, competição.
 Aperfeiçoar, conhecimento, curiosidades, informação.
 Melhorar minha atuação profissional, reavaliar o meu “Teseão” pelo tipo de trabalho que faço, driblar a rotina de 10 anos de atendimento num mesmo serviço.
 Aprendizagem, integração e troca de experiências.
 Interação grupal, troca de experiências, aprofundamento em educação.
 Aprender novas abordagens, troca de experiência, conhecer pessoas/ profissionais.
 Que eu agüente bem o curso, que seja bom e possa usar no meu trabalho.
 Melhorar o relacionamento/comunicação, ser clara e objetiva/visão crítica.

MEDOS E/OU DIFICULDADES

Estar cansada e deixar cair o pique, não sabe ouvir, não acolher.
 Comunicação/expressão, timidez
 Resistência a mudanças, dificuldade de auto avaliar-se.
 Que as pessoas não gostem ou não se interessem, que desanime na metade do caminho, que não traga resultados para a instituição.
 Dificuldade da comunicação, medo do outro (não verdadeiro), competição.
 Medo de não ser aquilo que espero, medo de não saber o que vem, medo de não valer a pena o tempo gasto.
 Distanciamento, insegurança, competição.
 Adaptação, entrosamento, aceitação.
 Ética do grupo, expor-me muito para o grupo, participar “de mais” ou “de menos” boicotando o grupo.
 Não atingir os objetivos que espero, que eu não me interesse pela Oficina, que seja cansativo.
 Não corresponder as expectativas (meus medos), ser cansativo, o grupo não se entrosar.
 Que não valha à pena (conteúdo teórico e abordagem prática), que o grupo não se integre ou seja chato, que não ocorra troca entre os profissionais
 Que fique muito cansada e não possa vir, que não seja bom ou proveitoso.
 Não ter respostas, ser impaciente. (não saber ouvir), não saber conduzir algumas situações.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS QUE AJUDAM

Abertura, estar convencida de que lazer e prazer são condições para o , desenvolvimento do trabalho, ter coragem para aceitar desafios.
 Companheirismo, vontade de aprender, solidariedade.

Sou reflexiva, tenho as atitudes colaboradoras, sinto-me compromissada
 Curiosidade e gosto por aproximar-se das pessoas, gosto pelo trabalho que faço, do jeito que faço, “uma certa” maturidade.
 Valores simples e verdadeiros, vínculos fortes com minhas amigadas e respeito, gosto de ouvir ou melhor necessidade ouvir, ajudar.
 Boa vontade em aprender, assiduidade, pontualidade
 Conhecimento, igualdade, esperança, ajuda mútua
 Interesse, aperfeiçoamento, prosperidade profissional.
 Ser uma pessoa comunicativa e criativa, desejo de aprender coisas novas, sempre, facilidade em adaptar-me a situações novas.
 Espontaneidade, extroversão, vontade de aprender.
 Vontade de aprender, abertura para experiências novas, interesse no trabalho em equipe multiprofissional e grupal.
 Minha força de vontade, interesse, disposição.
 Ser calma e comunicativa.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS QUE ATRAPALHAM

Falar muito, impaciente, ser minuciosa/detalhista.
 Ter pressa, ter muita coisa para fazer, ter medo de não corresponder às expectativas.
 Tranquilidade, muita organização, crítica.
 Alto nível de exigência; perfeccionismo, timidez.
 Medo de errar, desânimo, cansaço, autoritarismo.
 Deixar o outro realçar ou aparecer ou também atravessar, dizer não rapidamente em certas ocasiões, ter limites em horários de trabalho ou melhor respeito para comigo mesmo.
 Desânimo, cansaço, calor em excesso.
 Paciência, limites, controle.
 Timidez, não entrosamento com o grupo, não respeitar às idéias.
 Criticidade exacerbada, falar muito, ter pouco “jogo de cintura” falar sempre o que pensa ou sente.
 Objetividade demais– imediatismo.
 Não gosto de falar muito em grupo.
 Não gosto de sair na tarde em que venho trabalhar.

PALAVRAS ASSOCIADAS À “MULHER”

seios	garra	responsável	mãe
vagina	vitória	dinâmica	força
beleza	amizade	carinhosa	bonita
Lutadora	trabalho	Força	forte
vencedora	conquista	medo	corajosa
linda	imensidão	poder	beleza
inteligente	Mãe	luta	bela
feminilidade	esposa	sentimento	gostar
determinação	filha	coragem	amar
luta	esperança	grande	
sonho	mudança	feminino	
luta	competição	valente	

11.1.4. Contrato grupal

DISPOSIÇÕES

ENTREGA PESSOAL
ESPONTANEIDADE
RESPEITO
SINCERIDADE
BOA VONTADE
BOM HUMOR
AMIZADE
COLABORAÇÃO/COOPERAÇÃO
ABERTURA PARA O NOVO
INTERESSE
COMPANHEIRISMO

REGRAS

SIGILO EM RELAÇÃO ÀS
COLOCAÇÕES PESSOAIS

PONTUALIDADE

ASSIDUIDADE

RESPONSABILIDADE

RESPEITO/ÉTICA

11.1.5. Elementos identificados nas cenas a respeito do tema saúde

TROCA
CORPO
DOENÇA
RESPEITO
VITALIDADE
BOM HUMOR
AUTO-ESTIMA
SEXUALIDADE
COMUNICAÇÃO
VÍNCULO AFETIVO
ESPERANÇA/OTIMISMO
DESEJO DE MELHORAR
MOVIMENTO/PROCESSO

11.1.6. Conceitos de saúde e de doença

Na saúde consideramos o indivíduo sadio. Doença quando aparecem as anormalidades das funções orgânicas.

Saúde : estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal. Doença: falta ou perturbação da saúde.

Saúde: estado de bem estar físico, psico, social e espiritual.

Doença: desequilíbrio neste estado de bem estar, com repercussões marcantes no aspecto físico.

Saúde é o bem estar físico, mental e espiritual.

Doença é o desequilíbrio ou ausência de um desses estados.

Saúde é o bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.

Saúde é o bem estar físico e psíquico

Doença é a perturbação do bem estar físico, mental, espiritual...

Saúde é o bem estar físico, psíquico e social do indivíduo.

Doença é o estado transitório ou crônico que o indivíduo apresenta diante de alguma patologia, podendo afetar seu estado físico, psíquico e social, conforme a evolução ou cura da doença.

Saúde: - bem estar físico/emocional

- e trabalho, educação, moradia, alimentação, lazer

- amar a si próprio e a vida

- dignidade/respeito

Doença: não é só a ausência de saúde, mas a falta de um conjunto de fatores que adoecem as pessoas.

11.1.7. Elementos identificados na construção do processo educativo

C2: rupturas/dor

E11: vôo de liberdade/ rompimento do vínculo de proteção e dos limites

E3: processo contínuo e atual, integral e integralizador

painel de mosaicos: as cores= emoções→valores→ideologia→

espiritualidade / religiosidade / criatividade / organização / trabalho / revisão através dos filhos

E8: o papel positivo das perdas

infância→cor azul

adolescência→cor vermelha (menstruação)

pós adolescência→tudo ruim

maturidade→sol irradiante (filho, amor)

Não entrevistada: processo de deslocamento, ampliação de horizontes

balão vermelho x flor presa

Não entrevistada: a significância da figura paterna (M)

E6: presente/gratificação

ramallete no vaso

E10: claridade luz abertura x perdas

Não entrevistada: continência materna e auto-estima (L)

E4: significância do período da infância e da família para a conquista da autonomia

o palhaço

E11: processo gestacional com momentos de vida (esperança) e de morte (obstáculos)

11.1.8. Questionário de avaliação

- 1 - Será que nós constituímos um grupo?
- 2 - Porque e para que foi essa oficina ?
- 3 - Porque esse curso teve o nome de oficina?
- 4 - ... será que o relacionamento das pessoas mudou para melhor?
- 5 - O que esse curso me acrescentou?
- 6 - Você sabia sobre a dinâmica de grupo? O que você achou?
- 7 - O que é que deu?
- 8 - Qual foi o objetivo desse trabalho?
- 9 - A qual (quais) interesse (s) essa oficina respondeu?
- 10 - Qual a aplicabilidade do curso? Em que momento e como fazer uso do que vivenciamos?
- 11 - A comunicação foi difícil entre as pessoas?
- 12 - O que você tirou daqui?
- 13 - Será que pude conhecer um pouco do trabalho educativo/grupal desenvolvido pelos profissionais aqui presentes?
- 14 - Como foi o nosso trabalho? Correspondeu à expectativa de que fosse bom do começo ao fim?

11.1.9. Questionário de continuidade

1 - Você indicaria essa oficina para outros profissionais?

Sim ___

Não ___

Porque? _____

2 - Você considera necessário um processo de continuidade desse trabalho?

Sim ___

Não ___

Porque ? _____

Se SIM, de que forma: supervisão institucional _____

grupo de reflexão _____

novas oficinas _____

aprofundamento de técnicas _____

outras _____

Quais? _____

11.1.10. Carta convite para participar da avaliação

Campinas, 30 de setembro de 1998

A nossa convivência foi intensa e rápida na Oficina de Educação em Saúde, em março passado. Tanta coisa fizemos e dissemos e tanta coisa não teve tempo de ser dita ou feita.

É assim mesmo.

Esse nosso jeito, que é o jeito do LACES – Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde – trabalhar, abre muitas frentes e nos obriga a fazer escolhas durante o processo da Oficina em que estamos “mergulhadas”, muito envolvidas.

Não é fácil, nem simples.

E é sobre isso que estamos querendo conversar com vocês.

O LACES está vivendo um importante momento em que investe na avaliação mais aprofundada e sistematizada desse método de trabalho que vem criando, acumulando experiência ao longo dos últimos anos.

Sendo um método que, como vocês perceberam, reúne diferentes estratégias e técnicas mobilizadoras de conteúdos individuais e coletivos, muitas vezes subjetivos, torna-se especialmente complexa a tarefa de avaliar sua eficácia e eficiência. Disso decorre o desenvolvimento/aperfeiçoamento da metodologia do LACES numa perspectiva inovadora e amplamente abrangente em termos das necessidades do trabalhador da saúde - pessoa, cidadão e profissional - no contexto do SUS.

E o que é que eu tenho com isso? Você pode estar se perguntando!

Pois é. Aí é que queremos chegar. Você é muito importante nesse empreendimento. Diria até, indispensável !

Você vivenciou conosco uma oficina.

Você está bem perto de nós.

Você está, cotidianamente, com a “mão na massa”.

O LACES precisa de você...para fazer desse trabalho um instrumento cada vez mais tecnicamente consistente na batalha pela saúde pública (que inclui a nossa!), em defesa da vida.

Sendo assim, estamos convidando você para mais um encontro, passados seis meses desde a nossa Oficina.

Queremos muito que você venha. Aí estaremos conversando melhor e vivenciando um processo avaliativo muito sério, daquela maneira intensa e prazerosa.

E estaremos também matando as saudades.

Afinal, aquela história de vínculo, não é só teoria, não?...

Aguardamos você no dia 22 de outubro

De 9:00 horas às 12:00 horas

Na sala da Educação em Saúde do CAISM

Por favor, confirme a sua presença até o dia 19 de outubro, 2ªfeira, com o pessoal da Educação em Saúde do CAISM.

Esperando revê-la, desde já, muitíssimo obrigada !

P/ LACES

11.1.11. Pontos levantados durante reunião avaliativa realizada em 12/11/98

Em relação à Oficina:

- ✓ Ficou o vínculo.
- ✓ Levou a reflexão individual e profissional.
- ✓ Forma foi leve.
- ✓ Houve integração e participação.
- ✓ O fato de ser multiprofissional trouxe suporte de cada área.
- ✓ Coordenadoras estavam próximas, fazendo parte do grupo.
- ✓ Gerou 2 "filhos" no período:
 - Uma das oficinandas estava grávida e
 - Um novo trabalho: o grupo de estudos.

Algumas questões levantadas:

- ✓ Até que ponto as ações preventivas atingem sua clientela?
- ✓ Como trabalhar a AIDS (a questão dos tabus)
- ✓ E a questão das drogas?
- ✓ Todo trabalhador de saúde é um agente de saúde
- ✓ A questão da saúde não é tão difícil de abordar, mas o contexto em que ela aparece que é difícil.

Proposta:

Supervisão ("assessoria") do trabalho para o grupo: mesclar grupo de estudo com supervisão do cotidiano do trabalho. Por exemplo, uma hora de prática e uma hora de texto. Nove profissionais se interessaram por esse trabalho, colocando seus horários disponíveis para que as coordenadoras pudessem equacionar uma proposta. Sete delas eram participantes da Oficina.

11.2. Anexo 2 - Roteiro da entrevista piloto

Introdução e apresentação ao entrevistado (a)

Apresentar objetivos da entrevista

Identificar como foi o depois no trabalho

Aplicação adaptada da Técnica dos Chapéus pensantes (aquecimento)

Levantar os aspectos emocionais, racional-descritivos, críticas negativas, positivas, propostas de mudanças e síntese da Oficina (o que ficou para você da Oficina?)

Roteiro

A Oficina contribuiu para mudar a sua prática?

Se sim, como?

Pensando na sua prática (se houve mudança ou não)

2.1 Como você vê seu papel de educador em relação a

O usuário do seu serviço

Os temas que você aborda com eles

Seu aperfeiçoamento na Educação em Saúde

2.2 No seu trabalho como educador, considerando as capacidades de escolha, as tomadas de decisão, as situações em que são colocados limites, como você se vê nelas?

Finalizações

Partilhar o que entendi das colocações

Identificar como foi participar da entrevista

11.3. Anexo 3 - Roteiro de entrevista com oficinandas

Introdução

Esta Entrevista tem como objetivo identificar eventuais desdobramentos da Oficina de Comunicação e Educação em Saúde do CAISM, ocorrida em março de 98, isto é, o depois no trabalho e na vida para retirar elementos de análise e melhorar nossa atuação no Laces.

Questões

Procurando lembrar da Oficina...

1. Quando alguém menciona esta Oficina, qual sua primeira impressão, emoção ou idéia em relação a ela?
2. O que você se lembra?
3. Tem alguma insuficiência que você indicaria para ser mudada?
4. Trocando em miúdos, o quê ficou da Oficina?
5. A Oficina contribuiu para mudar a sua prática?
Se sim, como? Se não, Porque não?
6. Caso haja contribuições dessa Oficina, quais seriam as relacionadas ao desenvolvimento do seu papel de Educador?
7. Há alguma consequência em relação à sua concepção de saúde/doença ou à forma de abordá-la em Oficinas? Qual seria?
8. E em relação ao seu aperfeiçoamento no campo da Educação em Saúde?
9. No seu trabalho como educador-profissional de saúde, considerando as capacidades de escolha, as tomadas de decisão, as situações em que são colocados limites para sua atuação, como você se vê nelas depois da Oficina?
10. Você tem alguma observação a fazer?

Como foi participar dessa entrevista?

11.4. Anexo 4 - Roteiro de entrevista com demandante institucional

Introdução

Esta Entrevista tem como objetivo identificar eventuais desdobramentos da Oficina de Comunicação e Educação em Saúde do CAISM, ocorrida em março de 98, isto é, o depois no trabalho e na vida para retirar elementos de análise e melhorar nossa atuação no Laces.

Questões

Procurando lembrar da Oficina...

1. Quando alguém menciona esta Oficina, qual sua primeira impressão, emoção ou idéia em relação a ela?
2. Qual era o objetivo da Seção da Educação em Saúde quando procurou o Laces para fazer a Oficina?
3. Você se lembra do que estava acontecendo no CAISM, do ponto de vista das propostas institucionais, na época em que ocorreu a Oficina?
4. Como foi o processo de composição do grupo para participar da Oficina? Houve algum critério de escolha? Teve gente escolhida que negou-se a participar? Se sim, você suspeita do por quê?
5. Houve alguma preparação desse grupo? Qual?

A Oficina propriamente dita

6. Você acompanhou algum momento da Oficina? Você sabe de situações ocorridas durante o desenvolvimento dos trabalhos? O que você se lembra?
7. Tem alguma insuficiência que você indicaria para ser mudada?
8. Trocando em miúdos, o ficou dessa Oficina?

O Depois da Oficina

9. Você participou de algum processo de avaliação em relação a essa Oficina?
10. Você teve ou tem algum contato com as Oficinas após a Oficina? Com quem?
11. Entre essas de seu contato, você percebe alguma mudança após a Oficina?
12. Em relação a elas, há alguma consequência quanto ao desenvolvimento do papel de Educador?

(identificar compreensões sobre papel de Educador como
 Relação profissional - pessoa em cuidado
 Papel de condutor de grupos educativos em saúde ou
 outra)

13. Ainda em relação a elas, há alguma consequência em relação às concepções de saúde/doença que você tenha notado?
 14. E em relação ao aperfeiçoamento no campo da Educação em Saúde?
 15. Após a Oficina, você tem conhecimento se essas Oficinas tornaram-se mais autônomas em relação às suas escolhas cotidianas, superando mais facilmente os limites que ocorrem no seu dia-a-dia de trabalho?
 16. Em relação à instituição, há alguma consequência da Oficina que você possa indicar?
 17. Você identifica algum efeito indesejável ou imprevisto da Oficina?
 18. Você tem alguma observação a fazer?
 19. Como foi participar dessa entrevista?
- Partilhar o que entendi das colocações.

11.5. Anexo 5 - Roteiro da entrevista com coordenação

Introdução

Esta Entrevista tem como objetivo identificar eventuais desdobramentos da Oficina de Comunicação e Educação em Saúde do CAISM, ocorrida em março de 98, isto é, o depois no trabalho e na vida para retirar elementos de análise e contribuir na melhoria da nossa atuação no Laces.

Roteiro de Perguntas

A Oficina propriamente dita

Procurando relembrar a Oficina...

1. Quando alguém menciona essa Oficina, qual sua primeira impressão, emoção ou idéia em relação a ela?
2. O que você se lembra? (tente descrever os momentos que vêm à memória, procurando identificar eventuais objetivos das dinâmicas propostas)
3. Tem alguma insuficiência que você indicaria para ser mudada?
4. Trocando em miúdos, o quê ficou da Oficina?

O antes da Oficina

5. Quem demandou essa Oficina? Qual era a demanda?
6. Como foi o planejamento dessa Oficina?
7. Ela foi pensada para atingir quais objetivos?
8. Você sabe como foram selecionadas as profissionais para participar da Oficina? Quais foram os critérios utilizados? Vocês, da coordenação, tiveram alguma participação nesse momento?

O depois da Oficina

9. Houve alguma avaliação da Oficina após sua realização? Qual?
10. A Oficina contribuiu para mudar a sua prática?
Se sim, como?
Se não, Porque não?
11. Caso haja contribuições dessa Oficina, quais seriam as relacionadas ao desenvolvimento do seu papel de Educador?
12. Há alguma consequência em relação à sua concepção de saúde/doença ou à forma de abordá-la em Oficinas? Qual seria?
13. E em relação ao seu aperfeiçoamento no campo da Educação em Saúde?
14. No seu trabalho como educador-profissional de saúde, considerando as capacidades de escolha, as tomadas de decisão, as situações em que são colocados limites para sua atuação, como você se vê nelas depois da Oficina?
15. Você tem alguma observação a fazer?

Como foi participar dessa entrevista?

11.6. Anexo 6 – Elementos para planejamento e avaliação de oficinas

(A partir de AFONSO, 1997a, p. 13-4.)

QUANTO AO PLANEJAMENTO

Aspectos socioculturais da Oficina

1. Reflexão existente em torno da problemática, os níveis dessa reflexão e as possíveis censuras
2. A experiência específica do grupo em relação à problemática

Aspectos socioinstitucionais

1. A demanda do grupo e sua formação
2. O contexto institucional do grupo: objetivos do grupo, quem são os participantes, seus papéis na instituição, e outros objetivos como os da instituição que poderão influenciar o grupo.
3. Caráter da intervenção: aspectos pragmáticos (tempo, local, tamanho do grupo, etc) e tipo de intervenção.

Aspectos relacionados à dinâmica de grupo

1. Existência de convivência dos participantes anterior e/ou paralela ao grupo.
2. Fases e processos do grupo
3. Vínculo e comunicação entre participantes
4. Relação com o coordenador (transferências e contratransferências)
5. Participação individual de membros, formação de subgrupos, diferenças e semelhanças internas
6. O lugar das técnicas lúdicas no processo do grupo

Aspectos relacionados à coordenação

1. Transferência com objetivos da instituição, do grupo e/ou dos indivíduos
2. Estilo pessoal na condução do grupo
3. Ética da intervenção

QUANTO À AVALIAÇÃO

1. O grupo conseguiu explicitar sua demanda diante do que foi inicialmente proposto? Houve mudanças? Quais? Houve um processo de reflexão e de elaboração desta demanda? Esse processo envolveu todos os membros? Que diferenças apareceram? Conseguiu-se estabelecer um consenso? Que interferências nesse processo pareceram ter sido devidas à pressão da instituição/contexto/coordenação? Aos problemas de comunicação internos ao grupo? Há resistência ou liderança de indivíduos no grupo?
2. Houve preparação e condução de um processo de re-vivência e re-reflexão? Houve troca de experiências? Sensibilização para a questão? Esclarecimento? Elaboração? Houve a formação de um vínculo afetivo entre os componentes do grupo? De relações de confiança?
3. Durante o processo do grupo, houve uma superação de bloqueios de comunicação e o estabelecimento de uma melhor escuta entre os participantes? Houve áreas em que isto ocorreu mais? Menos?

4. Houve transformação nas concepções e nas práticas dos participantes, decorrentes do processo de grupo? Quais?
5. Considerando os seus grupos de pertinência e contexto sociocultural, que modificação no cotidiano dos participantes podem ter sido ativadas a partir da sua mudança de concepções e práticas? Como avaliar o impacto e extensão dessa mudança?
6. Desmembrando os objetivos iniciais do grupo, quais foram atendidos, quais foram razoavelmente atendidos e quais ficaram sem atingir?
7. O grupo elaborou o seu "fim"? Houve proposições de continuidade? De que tipo e com que perspectivas?