

PAULA GIOVANA FURLAN

**OS GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional**

CAMPINAS

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

OS GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional

Paula Giovana Furlan

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva. Sob orientação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos.

Campinas, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

F978o Furlan, Paula Giovana, 1981 -
Os grupos na atenção básica à saúde : uma
hermenêutica da prática clínica e da formação
profissional / Paula Giovana Furlan . -- Campinas, SP :
[s.n.], 2012.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde coletiva. 2. Pesquisa qualitativa. 3.
Processos grupais. 4. Atenção à saúde. 5. Educação
profissional em saúde pública. I. Campos, Gastão
Wagner de Sousa. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Groups in primary health care: a hermeneutics of clinical practice and training.

Palavras-chave em inglês:

Public health

Qualitative research

Group process

Health care

Education, public health professional

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Juarez Pereira Furtado

Viviane Santalucia Maximino

José Antonio Iturri de La Mata

Gustavo Tenório Cunha

Data da defesa: 14-02-2012

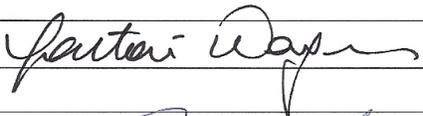
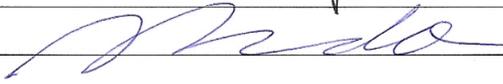
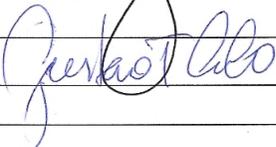
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Tese de Doutorado

PAULA GIOVANA FURLAN

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos	
Prof(a). Dr(a). Juarez Pereira Furtado	
Prof(a). Dr(a). Viviane Santalucia Maximino	
Prof(a). Dr(a). José Antonio Iturri de La Mata	
Prof(a). Dr(a). Gustavo Tenório Cunha	

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

Data: 14 de Fevereiro de 2012

Agradeço

ao Gastão, mais uma vez, pela disponibilidade em me orientar nesta tese. Tive o prazer de embasar minha formação profissional a partir de seus estudos e sua (enorme) experiência. Admiro sua dedicação e capacidade de análise e intervenção compartilhada junto às pessoas e aos coletivos;

à Rosana Onocko Campos, pelos ensinamentos e contribuições fundamentais na metodologia da pesquisa;

aos professores da banca examinadora: Juares Furtado, Viviane Maximino, José Iturri, Gustavo Cunha, Carlos Correa “Calucho”, Regina Benevides de Barros, Solange L’Abbate, Eduardo Vasconcelos que aceitaram o convite à leitura minuciosa de minha tese; pela possibilidade de novas configurações de sentido ao texto e de (re)criação de novos laços afetivos;

a todos os participantes desta pesquisa, que dedicaram seu tempo a refletir e produzir comigo o material de campo;

aos professores, trabalhadores e alunos do Departamento de Medicina Preventiva e Social, recém Departamento de Saúde Coletiva, e à Secretaria Municipal de Campinas que viabilizaram as condições para este doutoramento;

aos parceiros de trabalho que conheci neste percurso, que lutam por um SUS e pela formação em saúde de qualidade em seus cotidianos: à equipe do Centro de Saúde Ipaussurama de Campinas, aos pesquisadores e trabalhadores vinculados ao Coletivo de Estudos e Apoio Paideia UNICAMP e às parceiras do curso de graduação em terapia ocupacional da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília;

à Fábio de Diego da Prêt-à-Parler Idiomas, estimada escola, os créditos pelo Abstract;

às minhas amigas de coração, sempre presentes: Diana Basei, Juliana Pacheco, Luana Amâncio e Mariana Dorsa;

à minha família, que cresceu bem durante os anos de desenvolvimento desta tese, pela compreensão e apoio para que ela se efetivasse;

ao meu amor Gustavo Nunes de Oliveira, pela análise detalhada deste texto; pela companhia, pelo cuidado que dedica a mim e por estar sempre a elevar meu ego.

Lilith tinha perguntado, Por que vieste, mas ele já havia declarado antes que não sabia como chegara ali, por isso ela modificou a interrogação, Que andaste a fazer durante todos estes anos, foi a pergunta e caim respondeu, Vi coisas que ainda não aconteceram, Queres dizer que adivinhaste o futuro, Não adivinhei, estive lá, Ninguém pode estar no futuro, Então não lhe chamemos futuro, chamemos-lhe outro presente, outros presentes, Não percebo, Também a mim ao princípio me custou a compreender, mas depois vi que, se estava lá, e realmente estava, era num presente que me encontrava, o que havia sido futuro tinha deixado de o ser, o que era agora.

José Saramago. Caim (2009).

Na saúde pública brasileira, constatamos a dificuldade dos profissionais em atuar em contextos coletivos e o escasso desenvolvimento de metodologias voltadas para a intervenção junto aos grupos na atenção básica à saúde. Pretendemos com esta pesquisa analisar como são produzidas as práticas de grupo com usuários na atenção básica, compreender os efeitos de um processo de formação em gestão do cuidado, incluindo as possíveis contribuições das estratégias de ensino, para a mudança da prática clínica e de gestão dos profissionais, no trabalho em equipe e no governo de si. Adotamos como referencial a pesquisa qualitativa hermenêutica e avaliativa (quarta geração), com métodos participativos de produção de dados (grupos focais, construção de narrativas coletivas e observação de grupos assistenciais com usuários em unidades de saúde). Destacamos as teorias de grupo do campo da psicossociologia, da saúde coletiva, da análise e da psicoterapia institucionais para a compreensão do movimento dessas práticas na atenção básica e da formação profissional. Constatamos que o dispositivo grupo ainda é visto enquanto atividade de educação, com vistas à prevenção de doenças, promoção e vigilância em saúde. Não se valoriza seu efeito terapêutico na prática clínica, como estratégia de tratamento e como meio de intervenção no acompanhamento dos pacientes em longo prazo. Os grupos na atenção básica se mostraram potentes para o compartilhamento de experiências de adoecimento e como estratégia para a comunicação com a equipe. Consideramos que o uso do grupo como dispositivo formador e a estratégia da discussão de casos possibilitaram o aprendizado sobre manejo de grupos e a aplicação de conceitos e de práticas aprendidos para o cotidiano da atenção básica, tais como o trabalho em equipe, a clínica ampliada e compartilhada. Apresentamos uma proposta de mapas para análise e cogestão dos grupos, como estratégia para a prática clínica e a formação profissional. Concluímos apontando elementos para qualificação dos grupos na atenção básica como coletivos que possam incorporar a discussão dos processos de adoecimento e sofrimento, incluindo a pessoa como participante no processo de coprodução de sua saúde e da reorganização institucional.

In the Brazilian public health, we note the difficulty of professionals in acting in collective contexts and the insufficient development of methodologies focused on action within groups in the primary health care. We intend with this research to analyze how assistance groups with users are produced during the primary care, understand the effects of an education process of care management, including the possible contributions of the teaching strategies to the change of clinical practice and professional management in teamwork and in Government itself. We adopt as a referential the evaluative and hermeneutical qualitative research (fourth generation), with participatory methods of data production (focus groups, building of collective narratives and observation of assistance groups with users in health facilities). We highlight the group theories of the psycho-sociology field, collective health, institutional analysis and psychotherapy for the understanding of the movement of such practices during the primary care and professional education. We find that the group device is still seen as educational activity, focused on disease prevention, promotion and health surveillance. Its therapeutic effect is not valorized in the clinical practice as a care strategy and as a means of action in long-term monitoring of patients. The groups in primary health care were powerful in sharing illness experiences and as a strategy for team communication. We consider that the use of the group as a trainer device and the strategy of discussing cases enabled the learning and the application of concepts and learned practices to the everyday primary health care, such as teamwork, and the expanded and shared clinic. We present a proposal of maps for analysis and co-management of the groups, as a strategy for clinical practice and professional education. We conclude highlighting elements for qualifying primary care groups as collectives that can incorporate the discussion of illness and suffering processes, including the individual as a participant in the process of co-production of his/her health and institutional reorganization.

Lista de abreviaturas

ABRASCO: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABS ou AB: Atenção Básica em Saúde

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

BVS/ Bireme: Biblioteca Virtual em Saúde

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DMPS: Departamento de Medicina Preventiva e Social

FCM: Faculdade de Ciências Médicas

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

ZDP: Zona de Desenvolvimento Proximal (Vygotsky)

Lista de figuras

Figura 1- Método de análise e de construção dos episódios	65
Figura 2- Método de avaliação do Curso de Especialização – por turmas	73
Figura 3- Método de produção de dados em campo – grupos focais	76
Figura 4- Método de produção de dados em campo – observação das práticas	80
Figura 5- Modelo reducionista pedagógico – grupo como técnica para indução do bom comportamento	202
Figura 6- Grupo como técnica, focado na vivência grupal	203
Figura 7- Grupo dispositivo para intervenção institucional e no cuidado em saúde	205

Lista de quadros

Quadro 1- Mapa de núcleos temáticos para análise e elaboração de síntese (Campos, 2005)	103
Quadro 2- Quadro-síntese das teorias em destaque para análise da prática de grupo na ABS	104
Quadro 3- Mapa de núcleos temáticos para análise e cogestão dos grupos na ABS	209
Quadro 4- Pontos para análise e cogestão dos grupos na ABS	212
Quadro 5- Conceitos para um grupo-formação	216

Resumo	11
Abstract	13
Lista de abreviaturas	15
Lista de figuras	17
Lista de quadros	19
Sumário	21
Apresentação	23
Capítulo 1. O tema dos grupos na Saúde Pública brasileira: a clínica e a formação profissional	33
1.1. <i>A Saúde Pública/ Coletiva brasileira e as práticas grupais</i>	35
1.2. <i>O trabalho em grupo na ABS e a formação profissional</i>	43
1.3. <i>Objetivos desta pesquisa</i>	46
1.4. <i>Processo de formação em gestão do cuidado e da clínica no contexto da ABS</i>	47
Capítulo 2. Apontamentos metodológicos	57
2.1. <i>A hermenêutica crítica e os textos narrativos</i>	61
Grupos focais - espaço coletivo para criação de textos narrativos	66
Observação e anotações em diário de campo – construção de “narrativas-cenas”	68
2.2. <i>Procedimentos do campo</i>	70
2.2.1. <i>Aspectos éticos</i>	70
2.2.2. <i>Produção de dados</i>	70
Primeiro bloco	70
Segundo bloco	71
Terceiro bloco	74
Quarto bloco	77
2.2.3. <i>Restituição dos dados de pesquisa</i>	80
Capítulo 3. Conceitos de grupo e coletivo	81
3.1. <i>As teorias de grupo desenvolvidas nas décadas de 1930 e 1940: Jacob Levy Moreno, Kurt Lewin, Carl Rogers, Siegmund Foulkes, Enrique Pichon-Rivière, Wilfred Bion</i>	87
3.2. <i>A Psicoterapia Institucional: François Tosquelles e Jean Oury</i>	95
3.3. <i>A Análise Institucional e a Socioanálise: Georges Lapassade e René Lourau</i>	97
3.4. <i>A Educação Popular e a saúde pública brasileira</i>	99
3.5. <i>O método Paidéia, o Apoio Institucional e os coletivos organizados para a produção: Gastão Wagner de Sousa Campos</i>	101
Capítulo 4. Os grupos na Atenção Básica à Saúde	107
<i>Episódio 1: A especificidade da prática de grupo na ABS, a clínica ampliada e o compartilhar de experiências.</i>	109
<i>Episódio 2: A exposição das virtudes (e fragilidades) humanas e do equipamento de saúde: o retorno ao atendimento individual.</i>	121

Episódio 3: Lugar e estrutura dos grupos: papel coadjuvante no tratamento e enquanto estratégia clínica.	132
Grupos abertos, fechados e semiabertos.	132
Grupo: coadjuvante ao tratamento ou estratégia clínica?	136
Registro e avaliação da prática: como sair do senso comum do “não funciona” para mostrar os efeitos do processo e os resultados.	144
Episódio 4: Um grupo-qualquer.	148
Capítulo 5. A formação profissional em grupo e para atuação com grupos	155
Episódio 5: A pedagogia construtivista e o professor-apoiador no ensino	162
Episódio 6: A discussão de casos como dispositivo para a construção compartilhada de conhecimento.	166
Episódio 7: O grupo enquanto dispositivo e espaço de formação	174
Episódio 8: Estar coordenador, saberes necessários e o mito do ‘perfil ideal’ no grupo	177
Sobre a coordenação dos grupos na ABS	182
O mito do perfil ideal	186
Episódio 9: Os efeitos na prática clínica, na equipe de trabalho e no governo de si	189
Capítulo 6. O dispositivo grupal na coprodução do cuidado na ABS	199
Modelos da prática de grupo na ABS e mapas para análise e cogestão	201
Conceitos para um grupo-formação	213
Considerações finais	217
Reconfigurações do grupo	218
Referências	221
Anexos	235
Anexo I- Roteiro: Grupo Focal de avaliação do curso	I
Anexo II- Roteiro: Grupo Focal da Pesquisa, com professores do Curso de Especialização	II
Anexo III- Roteiro: Grupo Focal da Pesquisa, com profissionais/ alunos do Curso de Especialização	III
Anexo IV- Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Curso de Especialização)	IV
Anexo V- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (professores e profissionais/ alunos do Curso de Especialização)	VI
Anexo VI- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários das unidades de saúde- observação da pesquisa)	VII

Uma estranha calma na entrada da unidade de saúde. Na recepção, algumas conversas em tom baixo e o ruído da televisão que estava ligada, recordei-me que era dia de abertura da copa mundial de futebol. A funcionária me direcionou ao consultório onde estava Bianca, a enfermeira responsável pelo grupo de gestantes. Fui muito bem recebida e aguardavam minha presença. Bianca sugeriu que esperássemos mais alguns pacientes chegarem, duas já aguardavam o encontro. Contou-me que convocara cerca de 20 pacientes para aquele dia, o primeiro encontro. A proposta era de que as gestantes fossem também acompanhadas em grupo durante o pré-natal, com aproximadamente 8 encontros mensais, com a discussão de temas relacionados à gestação e ao parto, incluindo uma visita à maternidade do município e a distribuição de itens para o bebê. Fomos para a sala que já estava arrumada com as cadeiras em círculo, suco, café e biscoitos sobre uma mesa, três estagiárias técnicas de enfermagem, uma agente comunitária e três pacientes nos aguardavam. Bianca pediu que cada uma se apresentasse e relatasse o porquê estava naquele grupo. Todas as participantes estavam muito à vontade, relataram os sentimentos em ser mãe ou experiências prévias com bebês. Mesmo as profissionais da equipe, as estagiárias e eu nos apresentamos vinculados à formação profissional, mas considerando o tema da gestação ou da possibilidade da maternidade. Bianca iniciou uma explanação sobre a amamentação, utilizou um catálogo com figuras ou peças demonstrativas que lhe auxiliou a fala; manteve um diálogo perguntando como era para elas aquele conhecimento transmitido, utilizou-se de linguagem coloquial e didática. Bianca nesse momento fechou a porta da sala, incomodada com o barulho que vinha do corredor. A agente comunitária cuidou de fazer a ata do encontro, registrando as falas e os assuntos tratados no grupo. Após a explanação dialogada, Lis, uma gestante, relatou o quanto foi útil obter aquelas informações, pois ganhou mais segurança para a amamentação e o parto normal, elogiou a equipe pela alta qualidade do atendimento, comparando ao convênio de saúde que não lhe ofereceu esse apoio. (“Narrativa-cena grupo de gestantes”).

Esta narrativa, criada no percurso dessa pesquisa, traz uma cena de grupo e seus acontecimentos comuns na Atenção Básica: o tema recorrente, o cenário, os imprevistos do dia-a-dia, o dilema dos convites e dos poucos convidados presentes, além de apontar, através do depoimento de uma usuária, uma prática frequente de ser encontrada no sistema

público de saúde. Como forma de apresentar nosso cenário de investigação através deste caso, pretendemos transitar com esta tese pela prática do atendimento grupal com usuários, algumas das nossas indagações a respeito de suas especificidades e desdobramentos para sua efetividade, principalmente no que tange à sua contribuição para a clínica, para a promoção e para a formação profissional em saúde.

Em minha inserção na Saúde Coletiva, especificamente na Atenção Básica à Saúde (ABS), seja como pesquisadora, estudante, profissional, professora, militante, dentre outros papéis, através dos relatos das equipes e da minha atuação no cuidado em saúde, percebo e analiso dificuldades e limitações em se trabalhar com grupos, sejam terapêuticos, preventivos, educativos, reuniões, informativos ou com outros enfoques. O que estranharia ao profissional de saúde, tão acostumado a receber pessoas diariamente, estar com várias delas ao mesmo tempo? Como estar juntos, sem estar com cada um por vez? Como se relacionar, sem simplesmente depositar sobre os pacientes, seus anos de estudo sobre o mecanismo do adoecimento? Como não transformar o espaço conjunto em *locus* para legitimação de poder biomédico?

Meu percurso profissional, em diversos momentos, foi marcado por certo apreço pelas práticas de grupo. Desde a formação na graduação em terapia ocupacional, quando pela primeira vez tive contato com parte da obra de Pichon-Rivière, de Kurt Lewin e Wilfred Bion, comecei a me tornar mais observadora e analisar minhas vivências nessas práticas. Passei a buscar o meu desenvolvimento nesse campo, quer fosse para os momentos clínicos, para intervenções socioculturais ou para formação de equipes de saúde. Destinando grande parte de meu trabalho e meus estudos à ABS brasileira e à Saúde Coletiva, inquietações surgiram em relação ao campo da prática grupal, da potência do espaço coletivo nas intervenções sociais para a produção de uma clínica compartilhada e

ampliada. A partir de diversas experimentações dessa modalidade assistencial, pude observar ações por parte dos profissionais que facilitavam ou dificultavam esse processo, que levavam a alterações no quadro de sofrimento e adoecimento a partir dessa intervenção e a formação de redes significantes de apoio ao cuidado em saúde. Porém, surpreendia-me o fato de que a maioria das práticas reproduzia uma postura normativa e de baixa participação ativa dos pacientes, espectadores com reduzidos graus de autonomia. Na ABS, há um discurso operante sobre a existência e a importância das práticas de grupo na assistência à saúde (principalmente nas ações de prevenção e promoção), mas de fato há poucos relatos de como ocorrem e qual a fundamentação necessária para tal especificidade. Pude trabalhar também com o grupo enquanto estratégia de ensino, vivenciando a proximidade ao percurso de aprendizado e da relação professor-aluno.

Supõe-se que as profissões do campo da saúde, desde a formação na graduação, soubessem fazer um grupo funcionar. Porém, os profissionais da ABS sentem dificuldades em diversificar os modos de configuração dos encontros clínicos para além do espaço individualizado “terapeuta-paciente”, das abordagens prescritivas e focalizadas no sintoma e na doença. Através de uma breve análise dos currículos universitários, pode-se constatar que em poucos estabelecimentos a configuração dos cursos contempla uma formação ampliada.

Se olharmos para as reuniões de equipe, também as veremos esvaziadas e sem propósito claro para os profissionais. O que aconteceria aos espaços potentes para uma ação coletiva? Como o profissional de saúde se insere nesses espaços junto ao paciente e a outros companheiros de trabalho?

Talvez a realização (ou não) de uma prática coletiva/ grupal na ABS tenha relação com a construção histórica e paradigmática de nossas políticas públicas brasileiras pautada

pelas dicotomias: público X privado, individual X coletivo, pobreza X riqueza, clínica X prevenção, psicossocial X biológico (o que refletiria diretamente na formação dos profissionais de saúde). As equipes em suas práticas apegam-se à ações em que foram mais instrumentalizadas, como por exemplo, o atendimento individual pautado em procedimentos. Quando se arriscam a fazer grupos, a maioria é em caráter educativo, como palestras, que só seriam bem sucedidos (no olhar de tais profissionais) se a plateia fosse imensa, a tão sonhada “adesão à nossa oferta”. Outros, a maioria, não atuam com grupos e se justificam, dizendo que não têm a formação para tal.

Não é nosso objetivo neste trabalho demonizar o atendimento individual e fincar os pés na utopia de que o atendimento exemplar será produzido no coletivo ou em grupo. Isso seria, ater-se a uma racionalidade dicotômica, reproduzindo as velhas polaridades da subjetividade. Sem simplificar as razões da escolha do *setting* individual na intervenção em saúde somente na formação e na nossa história das políticas públicas, também não o excluindo como uma forma instituída potente e importante para a produção de intervenção em saúde, consideramos que analisar algumas questões referentes à prática grupal e coletiva se constituiria em relevante contribuição para o desenvolvimento das ações de saúde no contexto da ABS brasileira. Em nenhum momento, trataremos de uma oposição, de um antagonismo do *setting* individual em relação ao grupal, já que se constituem em meios distintos e potentes para a produção em saúde (como também ambos podem favorecer a produção de uma clínica degradada). Ou seja, esta tese não tem o propósito de defender a prática de grupo em detrimento de outras ações possíveis, mas de certa forma propõe problematizar, analisar e focar suas potências e desafios na ABS brasileira, o que invariavelmente levará a um destaque desta forma de intervenção, dada a escolha deste objeto de investigação.

Durante a minha trajetória no mestrado e no doutorado no Departamento de Medicina Preventiva e Social/ Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas (DMPS/ FCM/ UNICAMP), no Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia, pude trabalhar (tanto em pesquisas quanto em intervenções junto aos serviços de saúde) sob o referencial do Método Paidéia, desenvolvido pelo Prof. Gastão (Campos, 2003; 2005), que valoriza na prática em saúde os efeitos pedagógicos, terapêuticos e políticos e a indissociabilidade clínica-gestão. Trata-se de um método de trabalho em cogestão com grupos que prioriza o atendimento singularizado, personalizado e compartilhado, que pretende potencializar o papel terapêutico da relação profissional de saúde-paciente e permitir que a equipe acompanhe o processo saúde/ enfermidade/ intervenção de cada usuário, sem perder o enfoque ao coletivo a que o sujeito pertence (Campos, 2003).

Formulamos e desenvolvemos, desde 2007, cursos de formação em Gestão de Serviços de Saúde e Saúde da Família (OPAS/MS) a partir dessa metodologia do Apoio Paidéia (Campos, 2005), experimentando inovações metodológicas para a formação em saúde para a ampliação do instrumental para a clínica na ABS. Privilegiamos o processo ensino-aprendizagem em pequenas turmas e combinamos ofertas teóricas às demandas do grupo de profissionais, a partir de discussão de casos clínicos e de gestão, análise das práticas cotidianas, aulas teóricas e acompanhamento de intervenções em serviços de saúde.

Os cursos pressupõem o enfoque na relação terapêutica e a produção de efeitos pedagógicos e terapêuticos também junto aos alunos. A partir do Método da Roda (também denominação do Método Paidéia), priorizou-se o uso do grupo enquanto espaço de formação. Aposta-se que este processo produza mudanças na prática clínica, de gestão e na qualidade de atenção, instrumentalizando para uma prática compartilhada em saúde, com relevância do trabalho em equipe e da relação usuário-equipe, efeitos que já foram

confirmados em outras investigações científicas sobre o método (Furlan, Amaral, 2008; Cunha, 2009; Oliveira, 2011; Figueiredo, 2012).

Consideramos que o *fazer grupo* implica também *estar em grupo*, seja na formação, seja em outros espaços da vida cotidiana. Além de dominar o manejo, a estrutura, sua configuração, objetivamos capacitar profissionais a conduzir um processo terapêutico em grupo que fortaleça a autonomia e o autocuidado, a potência da comunidade, seja resolutivo frente aos problemas da população e aos objetivos do cuidado em saúde.

Este estudo dedicou-se, a partir do esforço hermenêutico, a investigar alguns desses questionamentos referentes a prática de grupo na ABS e a formação profissional da equipe de saúde, considerando que a *“compreensão e interpretação não são uma construção a partir de princípios, mas o aperfeiçoamento de um acontecimento que já vem de longe”* (Gadamer, 2008, p.33). Esta composição não se pretende definitiva, mas sim somente um meio para a revisão de nosso campo de ação, abrindo-se às possíveis reconfigurações a partir dos seus leitores.

O capítulo 1 recupera a temática da atenção em saúde em contextos coletivos e grupais na história da saúde pública brasileira, aborda a problemática das intervenções grupais na ABS e da formação profissional em saúde; apresenta os objetivos da pesquisa e o campo estudado. No capítulo 2, explanamos a metodologia utilizada nesta investigação, de orientação qualitativa (hermenêutica, avaliativa e participativa), de forma a explicitar os referenciais teóricos da produção e análise de dados e detalhar os procedimentos do campo. O capítulo 3 se detém em nos contextualizar diante da tradição histórica das teorias de grupo no campo da psicossociologia, da análise institucional, da psicoterapia institucional e da saúde coletiva, a fim de apoiar o processo de compreensão do objeto de estudo. Nos capítulos 4 e 5, trazemos trechos narrativos do material de campo a fim de trabalhar

especificamente a tradição dos grupos na ABS e da formação profissional para tal prática clínica e no ensino em saúde. O capítulo 6 apresenta mapas de análise de grupos, como disparadores de um processo de diagnóstico compartilhado, cogestão, análise e intervenção em processos coletivos e grupais no cotidiano da saúde pública brasileira. Nas considerações finais, traçamos algumas contribuições da pesquisa para a análise da prática de grupo e da formação profissional, apostando na qualificação dos grupos na atenção básica como coletivos potentes para a ampliação da clínica, a coprodução da saúde e o processo de reorganização institucional.

*Capítulo 1. O tema dos grupos na
Saúde Pública brasileira: a clínica e
a formação profissional*

1.1. A Saúde Pública/ Coletiva brasileira e as práticas grupais

Sabemos que com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Brasileira de 1988, foram incorporadas doutrinas à política de atenção em saúde que visavam assegurar serviços e ações de forma equânime e integral, com participação da comunidade através das instâncias colegiadas, ao contrário das práticas hegemônicas estruturadas até então, com enfoque biomédico e no poder aquisitivo da população. Essa importante mudança no que diz respeito às políticas de saúde no Brasil, naquele momento, não ocorreu de forma isolada dos movimentos históricos, políticos e sociais da época (Nunes, 1994; Cohn, Elias, 2001; Soares 2001; Santos, 2005).

A década de 1980 também foi o período de estruturação do que hoje denominamos *Saúde Coletiva*, que teve influência dos ideais preventivistas e da medicina social e comunitária, vigentes em décadas anteriores (Nunes, 1994; Arouca, 1975; Foucault, 2005). Já em 1950, o projeto preventivista questionava o modelo pedagógico e a restrição à dimensão biológica do ensino de graduação em medicina, centrado no modelo hospitalar e no indivíduo, introduzindo conceitos epidemiológicos e sociológicos na tentativa de abranger a saúde comunitária e a integração entre o ‘biopsicossocial’. O movimento da Medicina Social, em 1970, teve a preocupação de incluir no campo de práticas e conhecimentos da saúde o estudo sobre a sociedade, analisando as formas correntes de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica. Assim,

(...) Mais do que ser conformada pelo somatório dos diversos programas das instituições formadoras que carregavam os seus referenciais preventivistas, de medicina social e de saúde pública, a saúde coletiva passa a se estruturar como

um campo de saber e prática (...) corrente de pensamento, movimento social e prática teórica (Nunes, 1994, p. 15-16).

Esse é o momento em que ressurgiu de maneira singular o conceito de coletivo. Conforme Cohn (s/d), o coletivo irá se impor para a medicina, tanto para a prática curativa como de prevenção, com suas especificidades próprias tanto para sua quantificação, como para a sua explicação, sendo dinâmico e produto das relações sociais. Nunes (1994) analisou que esse movimento imprimirá marcas na saúde coletiva, no campo epistemológico, das práticas e da formação.

Nesse período, conforme análise de vários estudiosos da Saúde Pública brasileira, a aprovação da Constituição de 1988 e a implantação do SUS ocorreram em um período de declínio das políticas sociais, em decorrência do predomínio de uma política neoliberal (Campos, 2005; Santos, 2005; Soares, 2001). A incorporação tecnológica e a oferta de serviços foram dominadas pela iniciativa privada e pela lógica do lucro, produzindo no imaginário popular além da redução da compreensão da saúde, vista como medicalização e atenção individualizada, a ideia de que quanto mais equipamentos e sofisticação tecnológica, melhor. Contudo, o custo ascendente do investimento em saúde não se traduziria em melhoria das condições de assistência (Santos, 2005).

Esse contexto trouxe consequências e dificuldades para o financiamento do emergente setor saúde, como também para a sua construção estrutural, contribuindo para uma implantação parcial do SUS, concorrência com o setor privado e focalização das políticas (Campos, 2005; Cohn, Elias, 2001; Santos, 2005; Soares, 2001). As ações de caráter assistencial curativas configuraram-se com enfoque individual e estiveram reservadas ao setor privado, visto o caráter lucrativo, enquanto que as práticas de intervenção coletiva, de promoção à saúde e prevenção de doenças, destinadas às políticas

estatais e do setor público. A dicotomia: coletivo-prevenção-público X individual-curativo-privado foi claramente definida neste momento.

Foucault (2005) discutiu, em uma de suas conferências, o nascimento da medicina moderna baseado num corpo social e que somente um de seus aspectos seria individualista, valorizando a relação médico-paciente. O capitalismo teria dado então passagem de uma medicina privada (a medicina antiga centrada no indivíduo) para uma pública, socializando o corpo enquanto força de trabalho. Foucault contribuiu com uma análise das etapas de formação de uma medicina social na Europa, desde o século XVIII que teria nos deixado como herança os conceitos fundantes dessa organização das práticas e a dessa construção das políticas públicas de saúde:

- fase 1: É de responsabilidade do Estado a formação de conhecimentos específicos para governança do povo a serviço do capitalismo. A partir do grande crescimento populacional, foi necessário normalizar a prática médica a fim de observar a morbidade e controlar as doenças. A população era considerada um grande corpo social do estado (medicina de Estado, na Alemanha, século XVIII);
- fase 2: É necessário pela prática médica o controle dos fenômenos sanitários decorrentes das grandes aglomerações e dos deslocamentos da população, a instauração das ações de vigilância e saneamento, o isolamento de doentes e a criação dos cemitérios para evitar epidemias. A medicina ganha um caráter de intervenção sobre as condições de vida e não somente dos corpos individuais. (medicina urbana, na França, fim do século XVIII);
- fase 3: A medicina não se destina somente aos cuidados médicos, mas deve realizar o controle da população, dos locais de circulação e do registro das doenças

decorrente do aumento das cidades, da população e da pobreza. Priorizava a assistência aos pobres, para que se tornassem aptos para o trabalho e também para que os ricos não fossem vítimas de suas doenças (medicina da força de trabalho, na Inglaterra, século XIX).

Assim, esses três sistemas possibilitaram a) assistência aos pobres e ao corpo social relacionada ao controle da força de trabalho e das epidemias, b) medicina aos pobres e c) administração de problemas gerais da população contraposta à medicina privada oferecendo cuidado individualizado para quem pudesse pagar.

Esse estudo de Foucault nos ajuda a pensar as influências paradigmáticas envolvidas no cuidado em saúde, enfatizando ao Estado às ações coletivas e grupais relacionadas às abordagens epidemiológicas higienistas e preventivas (muitas vezes excluindo a participação da população, numa ação coercitiva e sob perspectiva educativa bancária) e como alternativa àqueles que não podiam recorrer à assistência individualizada curativa. Ou seja, aos pobres e às massas estariam destinadas as ações coletivas. Podemos ver relações com o caso brasileiro na construção do modelo assistencial na história das políticas públicas de saúde, o que trataremos a seguir.

Com a implantação do SUS, coube ao Estado garantir de forma integral a assistência e, com a ênfase do cuidado na atenção primária, a comunidade e suas particularidades deveriam ser consideradas para as formulações de ofertas dos modelos assistenciais. Já com histórico construído desde da década de 1970, a ABS é proposta como eixo estruturante do sistema, sendo prioritariamente implantada através do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo a Conferência de Alma Ata (1978), a Atenção Primária deveria constituir-se no primeiro nível de contato dos indivíduos, da família, e da comunidade com o sistema

nacional de saúde, levando a assistência o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, sendo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada. Seus componentes fundamentais incluiriam desde atividades de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e agravos e atenção curativa, numa tentativa de superação da dicotomia já apontada e tendo como eixos a atenção territorial e longitudinal. A Atenção Primária, para Starfield (2002), lidaria tanto com problemas dos indivíduos, quanto da comunidade a que estaria responsabilizada.

Desse modo, com o SUS, é pretendido que a ABS seja a porta de entrada para um sistema e seria responsável por cuidar das demandas de saúde/doença da população, encaminhando casos para outros serviços de acordo com o modelo de estratificação dos níveis de atenção (primário, secundário, terciário). O PSF, no Brasil, apontou para a necessidade de intervenções além de práticas curativas e preconizou ações de prevenção e de promoção da saúde, de forma integrada, contínua e resolutiva, para uma área adscrita (Brasil, 1994). Em sua história, este nível de atenção desenvolveu também estratégias de educação em saúde, almejando ações que mobilizassem os saberes e recursos dos profissionais e da população para a prática do cuidado. A partir disso, os grupos como modalidade assistencial foram projetados em conformidade com o estabelecido nas ações programáticas (Maffaccioli, 2006).

Convém uma breve contextualização do movimento na ABS da Educação em Saúde, de seus conceitos e enfoques de atuação na saúde coletiva. A Educação em Saúde pode ser compreendida como um campo de práticas e experiências que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades, seja no campo grupal ou dos atendimentos individuais (L'Abbate, 1994). O

aperfeiçoamento nessa prática seria tão necessário quanto discutir epidemiologia ou planejamento, o que traria certo impacto para o desenvolvimento profissional e melhorias na forma de atender o usuário (L'Abbate, 1994).

Nas últimas décadas, o movimento de Educação Popular em Saúde trouxe em cena a necessidade da participação das pessoas na construção de um saber em saúde, enfocando a inclusão de grupos populacionais e comunidades. Quando se problematizou, através da articulação do saber popular e do saber científico, as questões e as necessidades de saúde da população, a educação em saúde passou a ser instrumento de participação social e de intervenção no cotidiano. Pois, que nem sempre foi colocado dessa forma.

Na análise de Vasconcelos (2001), por muitos anos, ao longo do século XX, a Educação em Saúde, numa perspectiva higienista e de educação bancária, foi considerada como a transmissão do conhecimento daquele que sabe para aquele que precisa aprender. Se considerarmos que a doença é causada por um patógeno, basta eliminá-lo para se ter saúde. Assim, no enfoque das doenças epidêmicas e transmissíveis, o povo sendo considerado como vítima incapaz de iniciativas criativas, poderia ser punido se não seguisse as recomendações sanitárias. As poucas atividades educativas possuíam caráter normativo, com instruções e informações a serem seguidas e sem a oportunidade da participação popular. Neste período vimos, por exemplo, surgirem os visitantes sanitários responsáveis por orientações sobre higiene nas casas a fim de disseminar essa informação e facilitar o controle das doenças (Furlan, 2008a; Silva, Dalmaso, 2002).

Ainda segundo a análise de Vasconcelos (2001), com os Centros de Saúde, a partir da década de 1970, as ações educativas ficaram restritas a programas e serviços, com enfoque no combate às doenças infecto-contagiosas. Com a ditadura, setores sociais como movimentos religiosos e de intelectuais desenvolveram ações coletivas, norteados pelo

método de Educação Popular, que apontaria a perspectiva pedagógica do sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidado de si, de sua família e da coletividade (Vasconcelos, 2001), combatendo as formas verticalizadas de imposição dos saberes.

A partir da década de 1980, temos o desenvolvimento mais estruturado de uma articulação nacional para a Educação Popular em Saúde, visando romper com a tradição normatizadora e autoritária dos serviços, produzir ações de caráter político-pedagógico com objetivo do desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, a fim de propor ações transformadoras (Vasconcelos, 2002). Isso não quer dizer que as práticas de Educação Popular em Saúde superaram, nos equipamentos e organizações, o paradigma anterior. Ainda hoje, convivemos com as duas tradições operando na educação em saúde, uma na perspectiva da produção de autonomia e outra, predominante, mais higienista e impositiva, o que reflete diretamente na maneira em que os atendimentos (individuais ou coletivos) são organizados na ABS e na formação que os profissionais que nela atuam possuem para tal.

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) prevê que sejam desenvolvidas continuamente nos serviços ações individuais e coletivas voltadas às populações e às patologias específicas, principalmente na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A ABS tem, então, como organização de suas ações, as áreas estratégicas para atuação em todo o país: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, e do *diabetes mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal, a saúde mental e a promoção da saúde (Brasil, 2006). São características do processo de trabalho o desenvolvimento de ações educativas e focalizadas para os grupos populacionais de maior

risco comportamentais, alimentares e/ ou ambientais e que possam interferir no processo saúde-doença e nos problemas de saúde mais frequentes de cada território.

Porém, apesar das práticas de saúde pública e coletiva no Brasil recomendarem, em suas portarias e programas, ações coletivas e com grupos populacionais, principalmente na Atenção Básica, em composição a vários tipos de abordagem, como, por exemplo, a visita domiciliar e o atendimento individual, o que vemos ainda hoje, são as práticas de saúde em âmbito individual em detrimento das ações coletivas. As agendas dos serviços de ABS são organizadas por atendimentos clínicos individuais e os profissionais relatam sentir dificuldades de atuar em ações educativas, de grupos, visitas domiciliares, de prevenção e promoção, ou mesmo em atividades curativas que poderiam ser realizadas de forma grupal e considerando interesses de coletivos e suas singularidades (Maffaccioli, 2006; Fernandes, 2007; Santos *et al*, 2010).

Há um senso comum de que faltariam instrumentos aos profissionais em suas formações para o olhar e formulação de intervenções com grupos e coletivos, mas são poucos os estudos dedicados a esse impasse e de uma análise efetiva de como os profissionais de saúde vêm trabalhando tais práticas (Pereira, 2003; Santos, 2002; Santos *et al*, 2010; Maffaccioli, 2006; Fernandes, 2007), seja com enfoque preventivo, educativo, de promoção ou de assistência.

Baseados em nossa experiência em serviços de saúde, percebemos que a atividade de assistência parece ser mais valorizada se for realizada em atendimento individualizado. Em práticas grupais, vemos reproduzir uma prática médico-centrada, pautada em procedimentos e que excluem os sujeitos da construção da própria saúde, reforçando uma subjetividade que desconsidera o usuário do serviço, seja com gestos, ações, atitudes, falas, jogo de forças e poderes. As atividades educativas e preventivas são realizadas de forma

hierarquizada e verticalizada do profissional de saúde, supostamente daquele que sabe mais, para o usuário, aquele que viria para aprender passivamente.

Consideramos que algumas experiências realizadas na construção da reforma sanitária brasileira identificaram a qualificação dos profissionais que atuavam em atividades educativas/ grupais como aspecto crucial para a superação de modelos educacionais paternalistas e/ ou preventivistas (Czeresnia, 2003; Santos, 2002) e de modelos pautados na dicotomia prevenção-coletivo X tratamento-individual. Porém, ainda temos um pequeno desenvolvimento de tais metodologias de formação e intervenção voltadas para a ABS, e também, há pouca reflexão de como os profissionais podem desenvolver tais práticas assistenciais no cotidiano de trabalho.

1.2. O trabalho em grupo na ABS e a formação profissional

Nesta pesquisa, interessou-nos as vertentes da tradição que nos possibilitariam pensar grupos construídos pelos seus constituintes, não só enquanto instrumento de terapia analítica, também enquanto instrumento político. Inserimo-nos na tradição que considera o grupo enquanto estratégia para a participação dos sujeitos na construção de sua própria saúde e da organização institucional, apostando ser esta uma forma das intervenções não se limitarem a uma postura preventiva, com enfoque paternalista e impositivo sobre os modos de vida. O grupo sendo composto pelos seus acontecimentos, jogo de forças, poderes e afetos operantes. Não descartamos que a intervenção com grupos e coletivos deve considerar a singularidade do processo, a multiplicidade dos seus integrantes, o contexto de desenvolvimento, a instituição em que está inserida. Essa modalidade assistencial pode contribuir para o aumento de autonomia e autocuidado dos usuários, maior participação no

tratamento e viabilização da criação de Espaços Coletivos que propiciem análise e ação sobre o processo saúde-doença, seus determinantes e modos de vida (Barros, 2007; Campos, 2007).

Como discute Gadamer (2008), a volta à tradição e a escolha de algumas de suas vozes ocorre motivada pelos interesses da investigação. Destacaremos ao longo desse estudo, algumas teorias, conceitos e discussões atuais de linhas da psicologia, da psicanálise, da sociologia e da saúde coletiva, a fim de possibilitar a mediação com as perguntas motivadas pelo presente, sendo: psicodrama, dinâmicas grupais, grupos de encontro, grupo-análise, grupos operativos, grupos de trabalho, educação popular em saúde, análise institucional, psicoterapia institucional, apoio institucional.

O reconhecimento da tradição das teorias grupais (talvez ainda restrito ao campo das ciências humanas, “*psi*”) nos permitirá uma abertura e compreensão do movimento e da tradição dessas práticas no campo da saúde pública brasileira e da formação profissional. Essa possibilidade de nossa contextualização diante do fórum da tradição histórica (Gadamer, 2008) poderá abrir horizontes na compreensão da prática de grupo na ABS como ferramenta para repensar a organização do trabalho em saúde e para a proposição de novos dispositivos para tal.

Consideramos que a práxis de grupo no cotidiano e a vivência profissional nesse campo são essenciais num processo de formação, ora como objeto de conhecimento, ora como lugar de experiência, na apropriação do saber e transformação das práticas e na produção de subjetividade. Aprender, mais que adquirir conhecimentos, é operar sobre determinadas práticas de modos diferentes do que se estava acostumado (Barros, 2001). As estratégias utilizadas em processos formativos são fundamentais na definição do modo como tal processo acontecerá.

Pichon-Rivière (2005) destacou a utilização dos grupos no processo de aprendizagem, com a função de aprender a pensar, desenvolver a capacidade de resolver contradições, conflitos e realizar uma tarefa. O grupo como estratégia de formação não consiste na sua utilização como, simplesmente, mais uma técnica (Barros, 2001). O grupo na formação, segundo Pichon-Rivière, seria espaço também para vivenciar o próprio grupo e aprender instrumentos para coordenar ou liderar momentos grupais posteriormente.

O enfoque primordialmente técnico e pouco vinculado aos princípios do SUS dos cursos de graduação, a insuficiência de instância de formação contínua e permanente nos serviços e a valorização da realização de procedimentos e da prática individual na assistência, tem dificultado a qualificação e a instrumentalização dos profissionais para analisar, compreender e operar no campo grupal da assistência em saúde.

É presente o desafio da criação de processos de formação profissional, instrumentos e conceitos que articulem as práticas clínicas ao: modo de organização e de gestão dos serviços; ao trabalho interdisciplinar e em equipe; ao diálogo permanente com outras disciplinas e campos de saber; e, sobretudo, que permitam reflexões vinculadas ao cotidiano e à rede de afetos produzidos na relação terapêutica. Isso tudo de forma a possibilitar a realização de práticas, como os grupos com usuários, que sejam eficazes para o acompanhamento, tratamento e prevenção de doenças e para a promoção da saúde.

1.3. Objetivos desta pesquisa

Na tentativa de responder algumas das questões colocadas, pretendemos com esta pesquisa:

- compreender e analisar como são produzidas as práticas de grupo na Atenção Básica, em relação às suas especificidades e suas questões atuais;
- compreender e avaliar, através de métodos participativos, os efeitos de um processo de formação (*Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica, de 2008 a 2009*) na prática dos profissionais na Atenção Básica, incluindo as possíveis contribuições das estratégias de ensino-aprendizagem para a mudança de sua prática clínica, de gestão, do trabalho em equipe e do governo de si.

Foram estudados encontros assistenciais de profissionais com usuários (sejam grupos terapêuticos, preventivos, de promoção, educativos etc.), para a análise da atuação de profissionais da ABS (que foram alunos deste curso) em práticas grupais. Também participaram desta pesquisa os professores desse processo formativo, pois entendemos que o acompanhamento longitudinal de uma turma de alunos oferece instrumentos de avaliação das mudanças de postura e intervenção dos alunos ao longo de um processo de ensino-aprendizado.

Para tais objetivos, tomaremos como referencial a pesquisa qualitativa e avaliativa, orientados pela metodologia hermenêutica, com a utilização de métodos participativos de produção de dados.

1.4. Processo de formação em gestão do cuidado e da clínica no contexto da ABS

Recentemente, durante 2 anos (2008 e 2009), o DMPS com a Escola de Saúde da Família/ FCM, em parceria com o Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Campinas, oferecemos o *Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica*. Com o objetivo de capacitar médicos e enfermeiros do PSF de Campinas para uma prática clínica e de gestão ampliada e compartilhada, incorporou dentre os diversos recursos pedagógicos utilizados, a discussão de casos clínicos e de gestão em pequenos grupos de formação, para análise da própria prática e da equipe e para a intervenção no cotidiano.

Campinas é um Município de grande porte, com uma população de 1.080.999 de habitantes (Brasil, 2010), situado no interior do Estado de São Paulo. A rede de ABS está organizada, desde 2001, a partir do PSF, porém num modelo ampliado em relação ao modelo sugerido pelo Ministério da Saúde e adaptado ao contexto sanitário local, uma cidade com características metropolitanas que, desde a década de 1970, já possuía uma rede de Atenção Básica em funcionamento (Braga Campos, 2000). Os profissionais das Unidades Básicas (chamados de Centros de Saúde) estão organizados em Equipes de Referência, similares às equipes de PSF na adscrição de clientela e na definição do trabalho a partir das necessidades de seu território de abrangência. Porém, são equipes ampliadas, já que além do médico generalista, da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, também fazem parte das equipes o pediatra, o ginecologista, a equipe de Saúde Mental (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional) e Bucal (dentista, técnicos e auxiliares), o que torna mais complexa a configuração da rede de saúde de Campinas em relação aos demais municípios e aumenta a expectativa de resolutividade da Atenção Básica.

O curso estava constituído de quatro turmas com a média de 18 alunos em cada, com dois professores horizontais (função de apoiadores) e um tutor (aluno com o papel de interlocução entre a universidade e a gestão) em cada turma. Temas especializados eram tratados em aulas específicas com convidados, em geral professores externos.

Do total de 78 alunos matriculados inicialmente, 71 concluíram o curso (91%), eram profissionais de todos os Distritos de Saúde do Município. A saber, alunos concluintes: 45 médicos e 26 enfermeiros, sendo trabalhadores de 47 Unidades de Atenção Básica do Município e havendo participação numérica semelhante entre os Distritos de Saúde: 23% dos alunos eram trabalhadores do Distrito Norte, 22%, Distrito Noroeste; 21%, Distrito Sul; 17%, Distrito Sudoeste, 17%, Distrito Leste (DMPS, 2009).

Priorizamos uma formação que instrumentalizasse os profissionais de saúde para uma prática que compreendesse o diagnóstico de saúde do território, a importância de compartilhá-lo em equipe, com os usuários e com a comunidade, a incorporação dos conceitos de risco e vulnerabilidade na clínica, a necessidade do trabalho interdisciplinar e da clínica ampliada, o manejo de grupos, a compreensão do trabalho em equipe e da relação com o usuário, assim como outras características desejadas, mas pouco sedimentadas nos serviços do SUS.

Partindo-se do princípio de que é necessário promover mudanças de hábitos, posturas e condutas, tanto entre os trabalhadores de saúde quanto entre os usuários do sistema, propusemos trabalhar com o Método Paidéia (Campos 2000): uma metodologia para o trabalho com grupos envolvidos na gestão ou na atenção à saúde e que procura exercer um efeito pedagógico e terapêutico durante seu desenvolvimento. A combinação de ofertas institucionais e demandas dos demais sujeitos fez com que a intervenção estivesse sintonizada com a realidade e objetos de interesse dos diferentes envolvidos.

Esse curso reuniu características inovadoras em relação a metodologias de cursos de especialização e outros processos de formação em saúde. Algumas delas, relevantes para a reflexão nesta pesquisa, destacaremos a seguir:

- a) Os encontros presenciais com duas horas destinadas à discussão de casos e outras duas horas para explanações de temas, priorizando aulas com metodologias explanativas-dialogadas;
- b) Os pequenos grupos (turmas de 20 alunos), na lógica de funcionamento dos Espaços Coletivos¹ (Campos, 2005), orientados centralmente para discussão de casos clínicos, institucionais e de gestão, a partir de onde foram disparados os temas a serem trabalhados e os projetos de intervenção;
- c) O curso contou com uma grade de conteúdos pré-determinada e disponibilizou aproximadamente 25% de sua grade para temas abertos (Seminários Abertos), definidos em conjunto aos alunos, no decorrer do curso, de acordo com as discussões e demandas do campo profissional;
- d) Os professores horizontais/ apoiadores, dois por turma, com a responsabilidade de acompanhamento longitudinal pelas turmas, pela articulação dos temas trabalhados com os casos discutidos, acompanhamento dos projetos de intervenção, possuíam formações complementares entre os campos da clínica médica, da gestão e da saúde mental, de modo a propiciar a interdisciplinaridade nas discussões;
- e) Outros professores foram convidados, na lógica do Apoio Matricial, para explicar determinados temas específicos de domínio profissional;

¹ Todo arranjo formado por um conjunto de pessoas que estejam envolvidas com a produção de algum bem ou serviço, que tenha valor de uso para a sociedade, que esteja inserida numa organização e que consiga refletir sobre a própria prática mediante um longo período de convivência (Campos, 2005).

- f) O Projeto de Intervenção, diferente do tradicional Trabalho de Conclusão de Curso, consistia numa intervenção a ser elaborada e implementada durante todo o curso, pelos profissionais/ alunos e pelas suas equipes de trabalho, com acompanhamento dos professores/ apoiadores, numa perspectiva construtivista do processo de ensino-aprendizagem. Ao final do curso, os profissionais/ alunos apresentaram a versão finalizada de todo o processo de intervenção com o aporte teórico e metodológico utilizado e os resultados alcançados.

Foram trabalhados temas relativos às políticas públicas em saúde, conceitos para a coprodução da clínica ampliada e compartilhada, saúde coletiva, cogestão, abordagem psicossocial, projeto terapêutico, trabalho em equipe, planejamento em saúde, além de temas específicos relativos à clínica de gênero, nos ciclos de vida, das patologias e das problemáticas específicas (saúde da mulher, saúde mental, saúde da criança, epilepsia, doenças respiratórias, tuberculose, nutrição, saúde e trabalho, problemas de escolarização etc.).

Foram contempladas tanto as ferramentas conceituais necessárias para a abordagem dos principais temas da clínica na Atenção Básica, como também o desenvolvimento de uma sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, que auxiliasse na criação de um ambiente coletivo de trabalho e diálogo, e que propiciasse aos profissionais o desenvolvimento da capacidade de analisarem-se permanentemente nessas relações. Sendo assim, buscamos apoiar os profissionais na análise de suas práticas e na incorporação de saberes que os auxiliem no manejo da subjetividade e dos modos de vida, de forma a aprimorar as práticas clínicas no âmbito individual e coletivo na Atenção Básica (DMPS, 2009).

Propôs-se modificar o modo tradicional como se faz a gestão, a clínica e as ações de saúde pública, buscando incorporar recursos pedagógicos e terapêuticos que apoiassem os sujeitos envolvidos, aumentando sua capacidade de lidar com o próprio trabalho e com os modos de vida. O Método Paidéia ofereceu alguns elementos para a mudança de paradigma, ou seja, para a urgência de se reconstruir uma teoria sobre o processo saúde-doença centralmente preocupada com a produção de saúde, tendo um compromisso principal com a intervenção humana.

Utilizamos também a metodologia similar aos grupos Balint (1988), com grupos pequenos de alunos e tutoria em gestão, saúde coletiva e saúde mental, visando inserir a subjetividade da relação entre profissionais e entre eles e seus pacientes no conteúdo do curso. Ampliamos o conceito de “caso” utilizado por Balint, incorporando casos de ordem institucional, problemas comunitários e coletivos, e o papel do “Supervisor” foi redefinido como “Apoiador” (neste caso os professores horizontais), desempenhando um papel ativo durante a discussão de caso ao trazer ofertas teóricas e relatos sobre outras experiências para o grupo. A discussão dos casos em equipe permite abordar as singularidades do encontro usuário-trabalhador e trabalhar, a partir da inseparabilidade da gestão e das práticas clínicas, buscando aprimorar a intervenção das equipes locais (Carvalho, Campos, Oliveira, 2009).

Nesse processo de formação, os professores fizeram acompanhamento longitudinal dos alunos, apoiando os projetos de intervenção para a invenção de novas práticas clínicas. *“O professor horizontal, acompanhando o aluno inserido na sua equipe real de trabalho, faria o apoio longitudinal de determinada intervenção e auxiliaria na análise, ação da equipe e em sua interação com o usuário”* (Furlan, Amaral, 2008, p.18).

Embora o curso não se propusesse especificamente a formar profissionais para a prática de grupo e tratasse, em sua maior parte do tempo, temas abrangentes como a clínica ampliada e compartilhada, projeto terapêutico, o método Paidéia etc., ao mesmo tempo trabalharam-se as diversas maneiras de produzir a intervenção, fosse em contextos individuais ou coletivos. Houve também momentos específicos para a discussão da prática de grupo, sendo colocada como eixo da discussão de casos, situações e problemas vividos na ABS. Podemos relacionar temas específicos ao ensino da teoria e técnica para a prática de grupo abordados:

- Grupalidade e conceitos operativos para o trabalho em coletivos;
- Contribuições de Balint ao trabalho com coletivos;
- Projeto terapêutico singular coletivo;
- Abordagem familiar: dinâmica familiar, eco-mapa, visita domiciliar;
- Promoção à saúde e saúde coletiva compartilhadas;
- Apoio Paidéia como recurso para a clínica ampliada e educação em saúde;
- Democratização organizacional: cogestão.

Além de todos os encontros contarem com o momento para discussão de casos, em que os pequenos grupos vivenciavam o contexto grupal, com suas possibilidades de manejo, técnica, leitura, análises, nos Seminários Abertos, também pudemos identificar através do Relatório Final do Curso (DMPS, 2009) os temas trabalhados nas turmas que poderiam potencialmente também contribuir para a prática de grupo na ABS:

- Território e vulnerabilidade;
- Projetos de intervenção coletivos;
- Trabalho em grupo, manejo e teoria;

- Trabalho em equipe.

Os professores/ apoiadores possuíam formação ampliada, não restrita ao campo biomédico, dominando conceitos de grupalidade, análise institucional, apoio institucional, cogestão da clínica. Foram agrupados intencionalmente em duplas para a condução das turmas, considerando a diversificação dos saberes entre eles, sendo sempre um professor/ apoiador com formação específica em clínica médica e outro com saberes mais do campo psicossocial, tentando contemplar a complexidade das discussões trabalhadas no curso (DMPS, 2009)².

Embora as avaliações periódicas realizadas pelos alunos tenham demonstrando sua capacidade de desencadear mudanças efetivas nas práticas profissionais, a proposta metodológica do curso vem sendo avaliada sistematicamente, a fim de integrar tais resultados empíricos a outras análises que possam contribuir na formulação e aprimoramento dos processos de formação continuada dos profissionais de saúde (pesquisas dos integrantes do Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia, Linha de Pesquisa: Gestão e Subjetividade: Estudo das Práticas e Políticas de Saúde/ Área: Saúde Coletiva/ DMPS/ FCM/ UNICAMP; Cunha, 2009; Figueiredo, 2012).

Para compreender e avaliar os efeitos do processo formativo na prática de grupo dos profissionais nos basearemos no discurso produzido pelos profissionais/ alunos em relação às mudanças sentidas nas práticas, na equipe e em si mesmo. Será através das narrativas coletivas que poderemos identificar as mudanças produzidas na prática de grupo que foram desencadeadas pelo curso. Também teremos como categoria para essa avaliação a prática da clínica ampliada, compartilhada e coletiva nas ações grupais cotidianas dos profissionais

² Sobre a formação profissional específica das duplas de professores: médico de família e socióloga, médico pediatra e psicóloga, médico sanitaria e médico psiquiatra, médico de família e terapeuta ocupacional.

com os usuários, o domínio dos conceitos trabalhados no curso, a partir da observação em campo, método de produção de dados que será explicitado mais adiante.

Conforme já explicitamos, há alguns anos desenvolvemos programas de formação aos profissionais trabalhadores do SUS-Campinas e estamos envolvidos com a construção da política de saúde local. O Prof. Gastão Campos, em fins de 2007, recebeu o pedido da Secretaria de Saúde de Campinas, de forma a dar continuidade e multiplicar os processos de Apoio Institucional já existentes, de oferecimento de um novo curso de especialização, que contemplasse a formação em clínica ampliada, em gestão e planejamento de serviços para profissionais (médicos e enfermeiros) atuantes e recém-contratados no programa de Saúde da Família. Estivemos junto à equipe do coletivo de pesquisa do DMPS à frente da elaboração do projeto deste Curso, do programa de aulas, com várias horas de interlocução com a Secretaria Municipal de Campinas/ Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde para a definição das vagas, acordos de financiamento, pactuação do perfil dos alunos, privilegiando um processo de cogestão do curso. Prof. Gastão foi coordenador e professor em várias aulas, e eu fui professora/ apoiadora de uma das turmas durante todo o Curso. O Curso foi financiado pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em cooperação técnica.

Assim, esta tese é um estudo de parte desta intervenção – do caso deste Curso – conduzido por nós mesmos, com a contribuição de outros vários colegas de pesquisa e trabalho. Buscamos desde o início desse texto explicitar nossas implicações³, fazendo o

³ Análise de implicação: conceito trabalhado pela Análise Institucional para designar o processo de compreensão da interação da organização analítica com a organização analisada, devendo ser examinada em suas múltiplas dimensões (política, econômica, social, etc.) (Baremblytt, 2002). Deve incluir a análise do sistema de lugares que o pesquisador ocupa em relação a sua intervenção ou pesquisa, que busca ocupar ou o qual lhe é designado ocupar (Lourau, 1993). Não se reduziria às influências da situação sobre a história do pesquisador, mas ao conjunto de condições da pesquisa. Tentaria não fazer um isolamento entre o ato de

exercício de autoanálise no processo de pesquisa e de ativação dessa história *efetual* (Gadamer, 2008), de maneira a ampliar os horizontes da compreensão.

pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento (não há neutralidade do pesquisador no processo científico) (Lourau, 1993).

*Capítulo 2. Apontamentos
metodológicos*

Essa pesquisa se baseia nos modos de concepção da realidade e da relação sujeito-objeto, característicos da abordagem qualitativa das relações sociais. Dado que, nas Ciências Sociais, sujeito e objeto pertencem à mesma natureza histórica, assume-se que a visão de mundo do pesquisador permeia sua aproximação do objeto e, além disso, que o pesquisador seja considerado como instrumento-chave para a compreensão da realidade a ser estudada (Minayo, 2006; Denzin e Lincoln, 1994). A pesquisa qualitativa e social considera que a pesquisa não perde sua cientificidade e legitimidade pelo fato de trabalhar com raciocínios dialógicos ou argumentativos. É fato que o objeto da pesquisa social é histórico, e como consequência, possui uma trajetória histórica. Assim, tanto os indivíduos, os grupos investigados e os pesquisadores são autores e frutos de seu tempo histórico (Minayo, 2006). O significado das práticas tem caráter estruturante na pesquisa qualitativa, pois é através dele que as pessoas organizam suas vidas (Turato, 2005).

Assim, esta investigação se preocupará menos com generalizações, relações de causalidade ou resultados fechados e mais com a abrangência da compreensão do objeto de estudo, o aprofundamento e densidade de uma análise processual. O estudo está inserido no campo da pesquisa qualitativa (Minayo, 2006; Turato, 2005; Denzin e Lincoln, 1994) e avaliativa (Guba e Lincoln, 1989; Furtado, 2001), orientados pela metodologia hermenêutica (Gadamer, 2008; Ricoeur, 1990; 2010), com a utilização de métodos participativos de produção de dados.

O campo da avaliação vem se sofisticando desde o seu surgimento. Guba e Lincoln (1989) classificaram as pesquisas avaliativas participativas na quarta geração dessa história, que teria sido desenvolvida a partir da limitação das avaliações em incorporar o pluralismo dos atores envolvidos em torno de qualquer ação/ programa/ projeto, e da hegemonia do paradigma positivista, desconsiderando contexto e privilegiando métodos quantitativos.

Para Furtado (2001), a consideração de que a avaliação recorre a um julgamento de valor já significa um avanço no processo, pois incorpora elementos qualitativos e valores impossíveis de mensurar. Dessa forma, teria como objetivo engajar os atores no processo, incorporando diferentes pontos de vista e os sujeitos estariam de alguma maneira, envolvidos ou afetados pelo objeto em avaliação (Furtado, 2001; Weiss, 1983; Guba e Lincoln, 1989). Interessa, assim, através da avaliação participativa aumentar o grau de compreensão acerca de seus processos, sendo também um dispositivo para produzir inovações e acontecimentos em uma instituição. Isso implica na inclusão e na participação dos grupos de interesse em um processo de análise e reflexão, ampliando as possibilidades de utilização dos resultados para a reformulação das práticas (Furtado, 2001).

A pesquisa avaliativa manteria seu objetivo nuclear: analisar e emitir julgamento sobre uma intervenção, além de capacitar os grupos implicados na ação avaliada como contribuição de seu campo de responsabilidade (Campos, 1999; Furtado, 2001), tratando de aproximar o saber do fazer, na composição de um texto ‘mosaico’, e de incluir as vozes dos envolvidos com o objeto da pesquisa. Os estudos de caso, dentre seus demais objetivos, tem lugar na pesquisa avaliativa para a descrição e a explicação de uma intervenção em relação ao contexto em que ela ocorre (Yin, 2005). Assim, enfrentaremos uma situação singular e seus elementos para conduzir a produção e a análise dos dados, apresentando as variáveis de interesse. Tal como na psicanálise, um caso possibilita trazer à tona uma situação emblemática sendo capaz de gerar conceitos teóricos e um conjunto de hipóteses que discutam a problemática colocada (Nasio, 2002).

2.1. A hermenêutica crítica e os textos narrativos

Consideramos a hermenêutica, a arte e a ciência de interpretação, como um caminho possível para a construção de saberes em saúde e para a compreensão dos discursos e práticas operantes. Baseamo-nos na discussão da hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer (2008), que a designa como a “*mobilidade fundamental da pré-sença*” (p.16), isto significa que o processo de compreensão de algo abrange a experiência de si no mundo, mais que a apropriação ou o reconhecimento de uma tradição. “*A compreensão jamais é um comportamento subjetivo frente a um ‘objeto’ dado, mas pertence à história efetual*”, isto é, “*pertence ao ser daquilo que é compreendido*” (Gadamer, 2008, p.18), ativada pela consciência histórica e pelas perguntas que deixam em suspenso a verdade das coisas⁴.

Para a compreensão e a leitura de textos narrativos, associamos o referencial desenvolvido por Paul Ricoeur (1990; 2010), considerando elementos da tradição discursiva e a sua apropriação crítica, a fim de, além da linguagem, esclarecer uma compreensão possível sobre o objeto. O gesto hermenêutico deve assim reconhecer as condições históricas às quais está submetida a compreensão humana e destacar as vozes que falam sobre o tema na tradição (Ricoeur, 1990), entendendo esta como a transmissão de uma inovação reativada no fazer poético. “*Se a análise estrutural é que faz autenticamente ouvir uma tradição, é a compreensão hermenêutica que dá inteligibilidade ao que ela diz, fazendo com que fale ‘para nós’, e permitindo reconstruir interpretações, linguagens, formas de ser e de interagir*” (Ayres, 2005, p.557). Não se trata de colocar a tradição a

⁴ O início da tarefa hermenêutica se dá quando o pesquisador reconhece que não sabe, assim se abre à pergunta, permanecendo em suspenso o não-saber. Entrar em diálogo com o texto permite a busca de possíveis respostas àquilo que não se entende e não é possível de ser explicado (Gadamer, 2008).

serviço dos próprios pensamentos (como manuseio técnico ou como ferramentas), mas olhar para nossa inserção no fórum da tradição histórica (Gadamer, 2008).

Não se pretende a totalidade científica, visto que o destaque do objeto a ser compreendido não coincide com ausência de acontecimentos antecedentes (Ricoeur, 2010). A finitude do próprio compreender se dá na medida em que ao incompreensível alcança certa validade perante os questionamentos (Gadamer, 2008).

À hermenêutica cabe caracterizar o “*processo concreto pelo qual a configuração textual faz mediação entre a prefiguração do campo prático e sua reconfiguração pela recepção da obra*” (conceito de *mimesis II*, Ricoeur, 2010, p.95). O texto é condição para interpretação, e não o contrário. Assim, o ato de leitura constitui em descontextualização da obra e sua recontextualização de outra forma. A interpretação traz elementos da subjetividade do autor, pois o expõe, assim como a sua relação com texto, à sua compreensão (Gadamer, 2008). A compreensão, para Gadamer, inclui a constante revisão do *projeto prévio*, ou seja, das expectativas e perspectivas do leitor diante de um texto. Trata-se de um exercício de abrir-se à opinião do texto (“*ler o que está lá*”) e poder discernir das próprias ideias. O texto teria certa autonomia perante o autor (*distanciamento* como componente positivo para a *alteridade* do texto), pois a interpretação não coincide mais com o que o autor quer dizer, já que é outro texto (Gadamer, 2008; Ricoeur, 2010).

Na interpretação hermenêutica, não há intenção oculta a ser procurada detrás do texto [que levaria à falácia ontológica e representacional, apontada por Brockmeier e Harré (2003)], tal qual a recuperação de um palimpsesto, mas um mundo a ser manifestado diante dele (Ricoeur, 2010). “*Uma hermenêutica que visa menos restituir a intenção do autor por trás do texto do que explicitar o movimento mediante o qual um texto abre um mundo de certa forma adiante de si mesmo*” (Ricoeur, 2010, p.138). Seria o caminho para a *mimesis*

criadora. Podemos fazer uma alusão ao conceito de ‘interpretação imaginária’ trabalhada por Castoriadis (2000) para discutir o conceito de configuração da história/ da narrativa e agenciamento dos fatos de Ricoeur: por tratar a hermenêutica de uma interpretação que considera elementos conceituais, estruturais, simbólico-culturais, temporais e de agenciamento dos fatos numa *praxis*, podemos dizer que traz certa dimensão imaginária, que não reporta somente à representação de um objeto em outro (simbólico) e se constitui no imaginário efetivo (ou imaginado). Para isso, de acordo com Ricoeur (2010) não bastaria uma “leitura ingênua” do texto, sendo necessária a mediatização através de um agenciamento formal do texto.

Para Ricoeur (2005; 2010), a construção do sentido de modo narrativo religa o problema, colocado pelas abordagens científicas quantitativas e qualitativas, da relação entre compreensão e explicação. Há menos a preocupação da busca pela causa-efeito, mas dos agenciamentos para tais causalidades e de quem os faz. A narrativa explica mais à medida que narra melhor (Ricoeur, 2010). A narrativa como mediação e representação do tempo e da ação humana não se ordena de forma cronológica ou cosmológica, numa descrição linear dos episódios, mas deve corresponder às experiências psicológica e filosófica do tempo, sendo o encadeamento lógico dos fatos (nível das ideias - da interpretação) a sua característica fundamental (Ricoeur, 2010).

Não há passividade frente ao tempo. O tempo é medido na intensidade da distensão do próprio espírito (*distentio*): tempo como medida do movimento da alma humana. Ou seja, medimos o que permanece e não o que passa:

como meço o movimento de um corpo por meio do tempo e não o contrário,
como não posso medir um tempo longo a não ser por meio de um tempo curto e
como nenhum movimento físico oferece uma medida fixa de comparação,

supondo-se o movimento dos astros variável, *resta que* a extensão do tempo é uma distensão da alma (Ricoeur, 2010, p.31).

Da mesma forma, se há uma espera, há ação para fazer passar, sendo a intenção presente (*intentio*) que faz passar o futuro ao passado (Ricoeur, 2010).

Se uma ação pode ser narrada é porque ela já está inserida numa *praxis* e, por isso as narrativas seriam histórias (ainda) não narradas (Ricoeur, 2010). O discurso então passaria da categoria da *escrita* – discurso da conversação, do movimento espontâneo de questão-resposta (causalidade) – para a categoria de *obra*, tomado em sua estrutura, exigindo uma descrição dos acontecimentos e também uma explicação que mediatizam o compreender (Ricoeur, 1990), que só se completaria com o seu leitor (*mimesis III*), pondo-se a ler sempre em condições novas!

“Portanto, se há uma hermenêutica (...) não se constitui no sentido oposto ao da explicação estrutural, mas através de sua mediação. Com efeito, a tarefa de compreender é a de elevar ao nível do discurso aquilo que, inicialmente, se dá como estrutura” (Ricoeur, 1990, p.137), assim, dar-se-á o agenciamento formal do texto (composição do *mythos*).

Ricoeur trabalha com a noção de ‘tríplice presente’. Argumenta que na medida em que o tempo passa, ele pode ser medido e percebido. Porém, o que medimos é o futuro como espera e o passado enquanto memória, o que implica em atenção presente. Coisas futuras estão presentes como porvir, como anúncios antecipados. Imagens do passado só serão recordadas no presente quando permaneceram fixadas no espírito. Assim, futuro e passado são na medida em que narramos os acontecimentos, ou: medimos as impressões na memória e seus sinais de espera, tal qual o recitar um verso de cor, no belo exemplo de Ricoeur (2010).

O tempo torna-se tempo humano na medida em que está articulado de modo narrativo, e a narrativa alcança sua significação plenária quando se torna uma condição da existência temporal (Ricoeur, 2010, p.93).

A lógica narrativa implicaria, idealmente, um tempo configurado pelo encadeamento de inúmeras instâncias do discurso, que definiriam a própria ideia do presente.

Para esta pesquisa, consideramos textos interpretados: documentos, narrativas da pesquisadora e textos coletivos produzidos nesta pesquisa, além da composição desse próprio texto, submetidos a atualizadas reconfigurações poéticas a cada leitura e a cada leitor.

Trabalhamos com a interpretação dos textos em suas dimensões de análise e de construção (Onocko Campos, 2005a). A análise seria a dimensão da fragmentação, o trabalho de esmiuçar os seus constituintes para poder compreendê-los. Permeamos uma análise dos *elementos semânticos, simbólicos e temporais dos textos narrativos*, esmiuçando sua rede conceitual de ação, sua inserção cultural e ordenação na práxis cotidiana (*mimesis I*, Ricoeur, 2010), na análise de seus acontecimentos (o que denominaremos de ‘episódios’ da narrativa). E a construção, a dimensão fundamental para a elaboração de linhas de sentido que possam contribuir como saídas para os impasses encontrados (tema principal da narrativa).

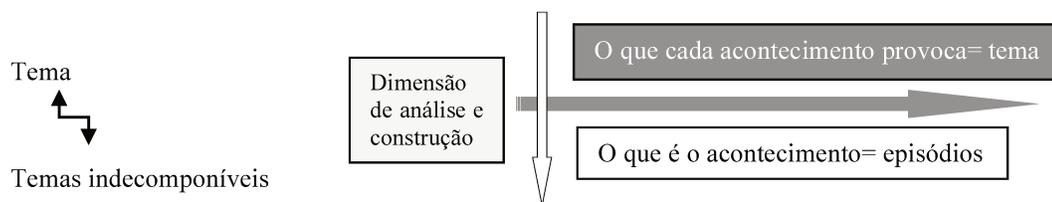


Figura 1- Método de análise e de construção dos episódios

A construção de narrativas, a partir de grupos focais e do diário de campo, permitiu articular os discursos num texto-obra, que contemplasse os principais sentidos construídos pelos atores sociais envolvidos com o objeto em investigação. Da interação entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa emergiram subsídios para explicitação de como são realizadas as práticas profissionais e o processo formativo, objetos desta investigação, que se deu na forma de textos interpretativos.

Grupos focais - espaço coletivo para criação de textos narrativos

Utilizamos com os participantes de campo, a técnica de grupos focais para produção de dados. Em uma perspectiva construtivista, desenhamos a construção de narrativas a partir da transcrição da discussão ocorrida e validação no coletivo, proporcionando nova discussão sobre o tema, a reconfiguração do texto (o que denominaremos ‘texto coletivo’) e a sua compreensão. Assim, tomamos como referencial a técnica de grupos focais adaptada por Miranda *et al* (2008) para a construção de narrativas; e o conceito de Espaço Coletivo (Campos, 2005) na ampliação das possibilidades do grupo focal enquanto metodologia participante de disparar processos de intervenção.

A técnica dos grupos focais vem sendo amplamente utilizada nas áreas da saúde e educação em processos participativos de avaliação, envolvendo os atores sociais envolvidos com determinada ação a ser investigada (Miranda *et al*, 2008; Westphal, Bógus, Faria, 1996).

Consiste em sessões grupais entre pessoas que compartilham algo em comum, com o objetivo de obter informações e compreender com profundidade o modo que as pessoas percebem e avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões,

sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno, além de possibilitar a observação dos diferentes graus de consensos e dissensos existentes. A experiência grupal, a partir da emergência de opiniões e conhecimentos sobre o assunto, configuraria uma construção coletiva.

A seleção dos participantes é intencional, de acordo com o tema da discussão, a posição social que a pessoa ocupa e as vivências que tem em relação a ele (Westphal, Bógus, Faria, 1996; Morgan, 1997). Recomenda-se que o número de participantes seja de seis a doze pessoas, podendo ser ponderado de acordo com os objetivos, profundidade da discussão e representatividade de contexto (Fontanella, Ricas, Turato, 2008; Miranda *et al*, 2008). A participação do coordenador do grupo focal deve ser avaliada de acordo com as possíveis interferências ou as contribuições que poderão ser dadas no curso da investigação (Miranda *et al*, 2008).

Para interpretar o material produzido nos grupos focais, construímos narrativas considerando-as como recurso potente para proporcionar aos participantes a elaboração de sentidos a partir das análises geradas no decorrer da pesquisa, como permitir a emergência dos emaranhados das discussões e a construção de um sentido para as histórias vividas.

Assim, as narrativas foram apresentadas posteriormente aos participantes para uma nova discussão (segundo grupo focal), num ato configurante (Ricoeur, 2010), para validação das interpretações, podendo ser complementadas ou modificadas. De forma reflexiva e interpretativa (Campos, 2005; Ricoeur, 2010), este momento propiciou que os grupos de interesse refletissem sobre a narrativa de seu próprio grupo, como numa espécie de meta-análise, de modo que possam se reconhecer ou não no texto construído (confirmar posições, rever argumentos, discutir diferenças entre aquilo que disseram e o modo como foram compreendidos) e reconfigurar o texto, reposicionando-se diante do próprio discurso

e da tradição discursiva que o sustenta. Esse ato reflexivo, segundo Ricoeur (2010) pode traduzir o tema da narrativa e apreender seus episódios. “*É no ato de recontar, mais do que no de contar, que essa função estrutural do fechamento pode ser discernida*” (p.117). Narrar seria uma forma de dar continuidade a histórias já pré-significadas no agir humano.

Pretendeu-se produzir conhecimentos sobre os mecanismos de produção da prática grupal (fatos, posturas, sentidos e significados, dificuldades, experiências exitosas) dependentes tanto de fatores internos, quanto externos ao grupo de participantes da pesquisa, gerando novas interpretações da prática. Pretendeu-se também, avaliar o alcance dos efeitos de um processo formativo que se utiliza da estratégia grupal e da discussão de casos no processo ensino-aprendizagem.

Observação e anotações em diário de campo – construção de “narrativas-cenas”

O registro do diário de campo foi utilizado como um disparador-produtor de narrativas, para interpretação hermenêutica, registros estes que deixam de ser produções individuais e factuais e evidenciam a inter-relação entre sujeito e história, entre os acontecimentos e sua reconfiguração na tecitura dos episódios, sob os limites da discordância do tempo, do desconhecimento de si mesmo (Carvalho, 2003).

Pensamos ser pertinente a complementação das fontes de dados através de uma experiência de observação das práticas de grupo na Atenção Básica, também como forma de gerar outros textos narrativos para a compreensão do objeto. Consideramos nessa prática a história efetual (Ricoeur, 2010), ações observadas que afetam o pesquisador, reativam o presente e a tradição, reconfigurando os textos já produzidos.

A antropologia através dos estudos de Malinowski (1978) adverte-nos para a necessidade de compreender além dos dados estatísticos documentados, complementados pela observação e imersão nos costumes de uma sociedade, nos fenômenos sociológicos: os comportamentos, opiniões, pontos de vista, expressões, maneiras típicas de pensar e sentir que correspondem às instituições e cultura de uma comunidade. A aproximação de uma maior compreensão dos fatos sociais aconteceria no entendimento da sociedade como um complexo sistema organizado e com interligações dos campos que a compõem.

A técnica do registro em diário permitiu dirigir o olhar, a partir de um plano pré-estabelecido, para uma realidade inicialmente tida como familiar e conhecida. Adotamos como referência o conceito de Barbier (1996) de ‘diário de itinerância’ que pode funcionar como um “*carnet de route dans lequel chacun note ce qu’il sent, ce qu’il pense, ce qu’il médite, ce qu’il poétise, ce qu’il retient d’une théorie, d’une conversation, ce qu’il construit pour donner de sens à sa vie*” (p.95)⁵. Assim, consideramos a produção de dados de pesquisa também a partir do diário, revelador da história *efetual*, permitindo a construção de textos narrativos da pesquisadora.

⁵ Livre tradução: um diário em que se anota o que se sente, o que se pensa, as reflexões, as composições, as compreensões de uma teoria, de uma conversa, as construções por um sentido da vida.

2.2. *Procedimentos do campo*

2.2.1. *Aspectos éticos*

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, FCM/ UNICAMP, parecer nº 660/2009, estando de acordo com a Resolução CNS 196/96 e seguindo seus preceitos éticos.

2.2.2. *Produção de dados*

Foram participantes da pesquisa os professores/ apoiadores (ora também denominados como professores horizontais ao longo desta tese), tutores e profissionais/ alunos do *Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica*.

Tratamos de “produção de dados” e não de “coleta de dados”, visto que os dados não aparecem espontaneamente na realidade, mas são construídos na relação pesquisadores-pesquisados-campo de pesquisa (Gauthier, 1999).

Reunimos os dados em 4 grandes blocos de origem:

Primeiro bloco

Revisão bibliográfica com busca de documentos e publicações (capítulos de livros, artigos, dissertações, teses, portarias e leis) sobre o objeto da pesquisa. Para esta fundamentação teórica, foram pesquisados textos de referência com base nas categorias:

teorias e práticas de grupos e coletivos, políticas públicas de saúde no Brasil – Atenção Básica, grupos na ABS: formação e prática profissionais em saúde. Foram pesquisados: a base *Scielo Brasil* (www.scielo.br), a base *BVS* (<http://regional.bvsalud.org>), o site do *Ministério da Saúde* (www.saude.gov.br), a base *BDTD* (<http://bdtd.ibict.br>) e os livros publicados relacionados às categorias.

Segundo bloco

Material de avaliação do Curso de Especialização: avaliação participativa, que seguiu métodos semelhantes ao dessa pesquisa (Terceiro Bloco descrito a seguir), ou seja, realização de grupos focais, elaboração de narrativas e sua consecutiva validação para construção de textos coletivos⁶. Compõe esse material também o Projeto do Curso (DMPS, 2008) e o Relatório Final do Curso (DMPS, 2009).

Buscamos nesses textos elementos significativos para análise de efeitos dessa formação profissional para a atuação em grupos com usuários da ABS. Consideramos o conjunto dos alunos que concluíram esse curso (71 alunos) como os participantes indiretos, somados aos oito professores e três coordenadores do curso, totalizando 82 pessoas participantes dessa etapa. Foram concordantes com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para autorização do uso do material de avaliação pela pesquisadora.

Os grupos focais para avaliação do curso foram realizados duas vezes (um para discussão, em julho/2009, e outro para rediscussão e configuração do que denominamos

⁶ Consideramos que uma turma de alunos não efetivou a avaliação através da construção de narrativas após o grupo focal; por motivos próprios do seu processo, esta turma trabalhou com tópicos temáticos da discussão do grupo focal. Assim, foram disponibilizadas pela equipe docente do curso de especialização, as três narrativas construídas e validadas com fins de avaliação do processo de ensino-aprendizagem, além da transcrição integral das discussões dos grupos focais das quatro turmas.

‘texto coletivo’, em momento final do curso, novembro/ 2009), em cada uma das quatro turmas (oito grupos focais), a fim de respeitar o andamento de cada turma e suas construções grupais específicas, aprofundar a compreensão sobre como cada turma avaliava o curso, sua metodologia e efeitos, e ainda criar outro contexto de análise e intervenção no próprio grupo. As discussões nos grupos focais foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, preservando-se a identidade dos participantes.

Cada grupo focal contou com um moderador – que apresentava os temas de interesse e focava o debate –, um anotador e um observador, que eram responsáveis por anotar e observar a dinâmica da discussão a fim de facilitar a transcrição e análise das falas. Além dos 3 responsáveis pela condução de cada grupo focal, na turma A tivemos 16 pessoas participantes, na turma B, 17 pessoas, na turma C, 18 pessoas e na turma D, 16 participantes, totalizando nos grupos focais dessa etapa 67 participantes profissionais/ alunos.

No primeiro grupo focal de cada turma, os moderadores acompanharam um roteiro comum de tópicos a serem abordados. O roteiro estava composto por um conjunto de questões abertas, que focalizava os temas de interesse para a avaliação e que serviu como guia para o moderador coordenar a discussão. Foi elaborado pelo Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia em conjunto aos professores e coordenadores do Curso de Especialização.

O segundo momento teve como objetivo cada turma entrar em contato com a narrativa construída pelos respectivos professores/ apoiadores a partir da discussão. Neste momento, cada grupo focal foi moderado pelos próprios professores horizontais das respectivas turmas, já que esse era o momento final do curso em que a avaliação também deveria se constituir como momento de fechamento e balanço do percurso realizado por professores/ apoiadores e profissionais/ alunos, e os efeitos que nesses encontros se

produziu. Dessa forma, as narrativas construídas foram então apresentadas aos grupos como um momento reflexivo sobre as informações levantadas na primeira rodada de grupos focais e de validação do material construído. Após a leitura conjunta da narrativa, os profissionais/ alunos foram convidados a comentar o texto, complementá-lo ou modificá-lo, em função do que consideravam mais pertinente para refletir o teor da discussão que haviam empreendido. Essa discussão propiciou que os grupos refletissem sobre a narrativa, como numa espécie de meta-análise, de modo que puderam se reconhecer ou não no texto construído, confirmar posições, rever argumentos, discutir diferenças entre aquilo que disseram e o modo como foram compreendidos, se reposicionar diante do próprio discurso e da tradição discursiva que o sustentava. Ao mesmo tempo, foi um momento oportuno para que professores/ apoiadores e profissionais/ alunos pudessem compartilhar suas respectivas avaliações sobre o processo de formação que estavam finalizando, identificar potências e limites do método utilizado, rever os acertos e as dificuldades encontradas no percurso e pensar juntos propostas e perspectivas futuras tanto para a manutenção do aprendizado, quanto para o desenvolvimento dos próximos cursos (DMPS, 2009)⁷.

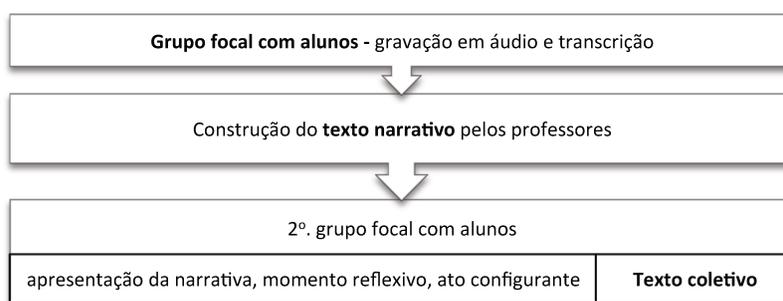


Figura 2- Método de avaliação do Curso de Especialização – por turmas

⁷ Em anexo: TCLE (Anexo IV) e o roteiro com os tópicos abordados nos grupos focais (Anexo I).

Terceiro bloco

Foram realizados grupos focais específicos com profissionais/ alunos e professores/ apoiadores do curso para investigação sobre as contribuições do processo de ensino-aprendizagem para a atuação com grupos e coletivos no trabalho cotidiano. Nesse caso, convidamos grupos implicados (que consideramos participantes ativos/ diretos interessados com relação ao objeto específico desta pesquisa) para discussão do objeto da pesquisa, elaboração e validação de narrativas e construção de um texto coletivo.

Grupos implicados ou de interesse são definidos:

como organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. De modo geral, os grupos de interesse são formados por pessoas com características comuns (pais, estudantes, gestores, usuários etc.) que têm algum interesse na performance, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, isto é, estão de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e por eventuais consequências do processo avaliativo (Furtado, 2001, p.169).

Os critérios para escolha dos participantes desta etapa da pesquisa foram intencionais, considerando: a) a inserção no referido curso; b) o interesse pessoal pelo tema-objeto da pesquisa; e c) a adesão ao TCLE.

Para identificação dos participantes, a pesquisa foi apresentada pela pesquisadora em reuniões com o conjunto de professores/ apoiadores + tutores e em momentos iniciais das aulas de cada turma. A princípio, todos os oito professores/ apoiadores, todos os três tutores e 20 alunos (do conjunto de 71) destacaram interesse na pesquisa. Posteriormente, os interessados foram contatados para confirmação de interesse e pactuar as datas dos encontros para os grupos focais, o que resultou, durante o processo, na participação efetiva

direta de cinco professores/ apoiadores e oito profissionais/ alunos (sendo 2 tutores), totalizando 13 pessoas.

A partir da definição dos participantes, prosseguiu-se com o trabalho de campo com os grupos focais realizados com a divisão em dois grupos implicados:

A – Os professores/ apoiadores e tutores do curso:

Foram realizados dois grupos focais com esse conjunto: um grupo para discussão (novembro/ 2009) e outro para apresentação, reflexão e validação da narrativa construída pela pesquisadora a partir do material de áudio transcrito, o que gerou, num ato configurante, o que chamamos de ‘texto coletivo’ (maio/ 2010). Objetivou produzir dados, avaliar de forma conjunta e discutir as percepções dos professores/ apoiadores e tutores sobre o posicionamento e postura dos alunos no grupo de formação *antes e depois* do curso, a criação de grupalidade, as opiniões sobre a análise dos movimentos da equipe, a relação com usuário, a formação de vínculo e o acompanhamento longitudinal da formação desses profissionais. Participaram cinco professores e um tutor.

B – Os alunos do curso – profissionais da Atenção Básica em Saúde:

Com o mesmo procedimento, foram realizados dois grupos focais com o conjunto de profissionais/ alunos: um grupo para discussão (novembro/ 2009) e outro para apresentação, reflexão e validação da narrativa construída pela pesquisadora a partir do material de áudio transcrito, o que gerou, num ato configurante, o que chamaremos de ‘texto coletivo’ (dezembro/ 2009). Objetivou produzir dados, avaliar de forma conjunta e discutir as percepções dos profissionais/ alunos sobre as práticas clínicas de grupo com usuários de serviços de atenção básica em saúde e as influências do curso sobre aquelas. Participaram sete alunos, sendo um deles também tutor.

Cada grupo focal contou com um moderador – que apresentava os temas de interesse e focava o debate –, um anotador/ observador, que era responsável por anotar e observar a dinâmica da discussão a fim de facilitar a transcrição e análise das falas. A pesquisadora não participou do primeiro grupo focal dos dois grupos de interesse, a fim de criar certo distanciamento de influência de resultados na lógica da discussão. Os roteiros foram elaborados pelo Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia⁸.

Da mesma forma descrita no Segundo Bloco de dados, os segundos grupos focais propiciaram que os participantes refletissem sobre a narrativa, como numa espécie de meta-análise, de modo que puderam se reconhecer ou não no texto construído, confirmar posições, rever argumentos, discutir diferenças entre aquilo que disseram e o modo como foram compreendidos, se reposicionar diante do próprio discurso e da tradição discursiva que o sustentava. Contou com um moderador/ anotador e a participação da pesquisadora na discussão⁹.

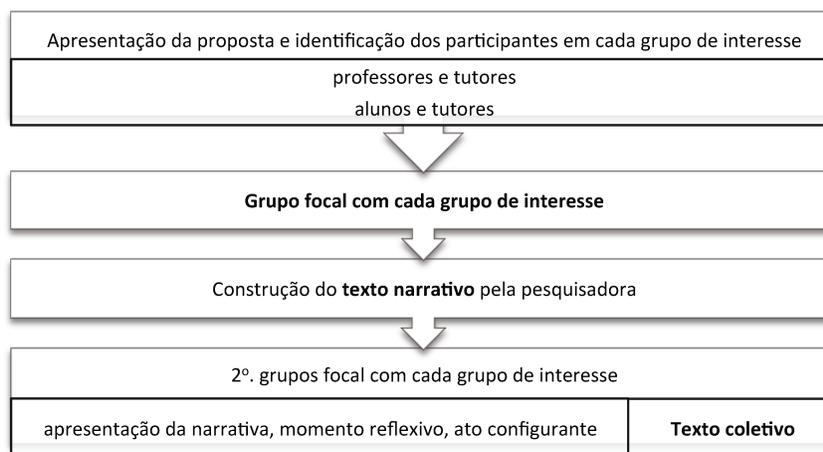


Figura 3- Método de produção de dados em campo - grupos focais

⁸ Em anexo: o modelo aplicado do TCLE (Anexo V), o roteiro com os tópicos abordados nos grupos focais (Anexos II e III).

⁹ Agradeço a contribuição e a disponibilidade dos parceiros Mariana Dorsa, Alberto Diaz e Claudia Fúria na realização dos grupos focais.

Quarto bloco

Consistiu no material produzido referente à observação dos grupos com usuários que os profissionais/ alunos realizavam nos serviços de saúde da Atenção Básica.

Os profissionais/ alunos indicaram previamente os grupos que aconteciam nas unidades de saúde em que trabalhavam para observação da pesquisadora. O único critério apontado era o de que fossem grupos (com usuários dos serviços) coordenados por profissionais da equipe mínima do Programa de Saúde da Família, ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e equipe de saúde bucal. Com isso, excluíram-se os grupos realizados pela equipe de saúde mental, inserida nas equipes de Atenção Básica do Município de Campinas.

A observação objetivou descrever os grupos e conhecer a prática, para posterior análise, com anotações da pesquisadora em diário de campo e devolutivas sistemáticas à equipe de saúde sobre os aspectos observados, em reuniões previamente agendadas. Os usuários presentes nos grupos observados, indiretamente relacionados, também assinaram o TCLE¹⁰.

Inicialmente, foram indicados para observação os seguintes grupos¹¹: “Hipertensos”, “Diabéticos”, “Diabéticos e Hipertensos”, “Gestantes”, “Tabagismo”, “Movimento Vital Expressivo¹²”, “Terapia Comunitária¹³”, “Citologia Oncótica¹⁴”,

¹⁰ TCLE (Anexo VI).

¹¹ Mantivemos o nome original dos grupos, conforme nos foi citado pelos participantes.

¹² Através do movimento, da música (do ritmo, da melodia), do toque e relaxamento, busca a harmonia psicofísica. É um dos instrumentos do Sistema psico-corporal Rio Abierto, Fundação Internacional fundada em 1966, em Buenos Aires, Argentina (Disponível em <http://www.nucleomovimentoevida.com.br/>). O Município de Campinas tem parceria com a Fundação desde a década de 1990, para formação de profissionais e desenvolvimento de projetos (Fonte: www.campinas.sp.gov.br/saude).

¹³ Baseada no método de Adalberto Barreto, Estado do Ceará. O Município de Campinas formou profissionais da Atenção Básica para aplicação do método.

“Planejamento Familiar”, “Mulheres”, “Qualidade de Vida”, “Bebês Chiadores¹⁵”, “Dislipidemia”, “Nutrição”, “Acupuntura e Meditação”, “Cuidadores”, “Crianças e Mães”, “*Lian Gong*¹⁶”, “Ginástica”, “Caminhada”, “Vivências”.

Porém, no momento da ida a campo da pesquisadora para observação, vários grupos não estavam acontecendo nas unidades de saúde. Os motivos alegados pelos profissionais participantes da pesquisa foram: dificuldades para fazer os grupos com frequência regular, falta de adesão de usuários, outras demandas na unidade que fizeram com que os grupos fossem desfeitos. Os grupos “Dislipidemia”, “Nutrição” e “Acupuntura e Meditação” não foram observados, pois os profissionais/ alunos que os indicaram desistiram da continuidade na pesquisa¹⁷. Outros grupos como “*lian gong*” e “Ginástica” também não estavam de acordo com os critérios, eram de equipes de saúde mental, ou ainda, de Centros Comunitários parceiros que coordenavam os grupos.

Assim, foram observados os grupos: “**Hipertensos**”, “**Diabéticos**”, “**Diabéticos e Hipertensos**”, “**Gestantes**”, “**Tabagismo**”. Outros dois grupos, “Movimento Vital Expressivo”, “Terapia Comunitária”, coordenados por psicólogas e terapeutas ocupacionais (equipe de saúde mental) com a colaboração de agentes comunitários, também foram observados a pedido dos participantes da pesquisa, mesmo fora do critério inicial, por

¹⁴ Geralmente denominação dada ao grupo feito para anúncio do resultado do exame de citologia oncótica e para orientações gerais à saúde da mulher.

¹⁵ Geralmente a denominação dada ao grupo para orientações de higiene e mudanças ambientais para prevenção e tratamento de crianças com doenças em vias respiratórias.

¹⁶ O *lian gong* em 18 Terapias é uma prática corporal elaborada na década de 1970 pelo médico ortopedista da Medicina Tradicional Chinesa Zhuang Yuan Ming, que vive em Shangai, na China. O objetivo principal é tratar e prevenir dores no corpo, problemas osteomusculares, articulações, além de atuar nas disfunções dos órgãos internos e problemas respiratórias (Disponível em <http://www.liangongbrasil.com.br>). O Município também investiu na capacitação de profissionais de saúde no método desde a década de 1990 (Fonte: www.campinas.sp.gov.br/saude).

¹⁷ Consideramos que esses profissionais tiveram desistência da participação na pesquisa não declarada de forma explícita: um participante mudou o local de trabalho e outros dois não responderam às várias tentativas de contato da pesquisadora (telefone e/ ou e-mail) nos meses destinados à observação das práticas nos serviços de saúde.

acreditarem que são grupos bem sucedidos e que havia a inserção da equipe. Nesses casos, está incluída na pesquisa a análise do trabalho de equipe na coordenação grupal e as potencialidades da grupalidade, contudo não entraremos na questão dos métodos específicos aplicados nesses dois grupos por não se configurar o objeto desta pesquisa.

A observação durou três meses (maio/ 2010 a julho/ 2010), com a média de duas visitas a cada grupo, que aconteceram em quatro Centros de Saúde. Conforme relatado, após o processo de observação aconteceram reuniões e discussões sistemáticas da pesquisadora com os profissionais envolvidos com a prática em cada unidade de saúde (alunos do curso ou não, dentre eles: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, gestores das unidades, estagiários de graduação em enfermagem), como forma de devolutiva das impressões e análises da pesquisadora, como também uma maneira de compartilhar as questões de pesquisa. Das anotações em diário de campo, foram produzidas 8 (oito) “narrativas-cenas” pela pesquisadora, textos para composição do material de análise. Dessas narrativas, 5 (cinco) foram validadas (via contato por e-mail, novembro e dezembro/ 2011) pelos profissionais/ alunos coordenadores dos grupos observados. Foram criados nomes fictícios para os personagens das narrativas-cenas, a fim de preservar a identidade dos profissionais/ alunos e dos usuários presentes no processo de observação.

No total, 122 usuários frequentaram esses grupos no período da observação. A média de frequência foi de 11 pessoas por grupo, sendo que a frequência absoluta oscilou de 02 a 40 pessoas nos encontros. Os grupos foram conduzidos em sua maioria por mais de um profissional da equipe, em conjunto ao profissional/ aluno do curso, totalizando 27 coordenadores dos encontros: 11 profissionais de nível superior (6 enfermeiros, 2 médicos, 1 terapeuta ocupacional, 1 nutricionista, 1 dentista) e 16 de nível médio (9 agentes

comunitários de saúde e 7 técnicos/ auxiliares de enfermagem). Os encontros contaram ainda com a participação de 07 alunos-estagiários da área de enfermagem.

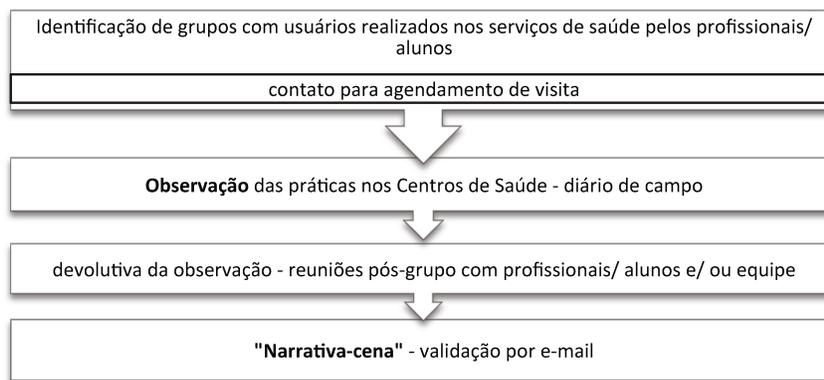


Figura 4- Método de produção de dados em campo - observação das práticas

2.2.3. Restituição dos dados de pesquisa

Os momentos reflexivos com os participantes, o processo de validação das narrativas e as discussões posteriores à observação da pesquisadora foram maneiras de devolutiva de parte dos dados de pesquisa e de produção de uma análise coletiva. De acordo com Lourau (1993), a restituição supõe que se deva falar de coisas que em geral foram pouco destacadas em um cotidiano, em uma discussão. No âmbito da pesquisa, seria uma forma de comunicação dos resultados e da produção dos participantes em geral, que exigiria um mínimo de coparticipação entre pesquisado e pesquisador (Lourau, 1993). O material produzido por esta tese já se propõe a uma restituição, na medida em que se abrirá para as futuras leituras e para o campo das práticas da ABS.

***Capítulo 3. Conceitos de grupo e
coletivo***

Vários textos sobre a temática dos grupos e coletivos discutem a importância dos agrupamentos na vida do ser humano, o fato de que não vivemos solitários e que nos agregamos por natureza. Freud, em seu famoso texto *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*, em 1921 ousou contestar que o homem não seria primariamente gregário, mas antes um animal de horda, indivíduo conduzido por um chefe. O instinto gregário, como multidão, não teria espaço para o líder e seria homogeneizante em relação aos seus membros. Os sentimentos de medo na criança, por exemplo, estariam relacionados à figura de autoridade da mãe e do pai, anteriormente ao desejo de estar com outras pessoas, assim como as resistências encontradas pelo médico no tratamento estariam relacionadas com essa figura de liderança/ autoridade. Baseado na obra de Le Bon (*Psychologie des foules*, 1855), Freud apontou então os princípios da composição do grupo-instituição família – com exemplo de diversos outros: escola, igreja, exército – que seriam expansíveis aos demais contextos de agrupamentos sociais. Os indivíduos seriam como que tomados por uma espécie de mente grupal, que os faria agir diferentemente em contextos solitários, e, de forma natural, as regras do líder se diferenciariam das dos demais membros. O grupo seria tão intolerante quanto obediente à autoridade (o que conduziu ao conceito de tabu, para Freud).

Não é nossa intenção provar se o ser humano é gregário ou parte de horda primeva, se o homem é social ou individualista. Estar sozinho ou em grupo não é uma questão dual, que se opõe, mas sim se constituem em maneiras diferentes de habitar um mundo, coletivos, redes. Interessou-nos a partir das teorias desenvolvidas sobre o tema dos grupos, como a questão da liderança, do social, do individual, dos coletivos, ao longo da história configurou determinadas práticas em saúde e como isso impactou na formação dos

trabalhadores sociais. Pois que aqui destacaremos as práticas de grupo, coordenadas por profissionais de saúde, com usuários da Atenção Básica em saúde brasileira.

Consideramos que o grupo é uma forma de organização social, é um dispositivo em saúde e exerce uma função-Coletivo. Algo que faz desencadear processos de composição, *poiesis*. Se um grupo não é simplesmente o agrupamento de pessoas numa sala (‘coleções de gente’ como diria Jean Oury), em que então consiste? O que queremos produzir quando pensamos em colocar várias pessoas num mesmo espaço? Qual prática de saúde nós estamos afirmando? Qual objetivo das pessoas em participar e permanecer num grupo?

O Espaço Coletivo, de acordo com Campos (2005), teria como pressuposto a participação no modo de fazerem as coisas funcionarem dentro dele, assumindo um método construtivista e democrático, que considera as diversidades, as diferenças de poder e de responsabilidade de seus membros. Destinaria à comunicação, à elaboração das informações (escuta e análise) e à tomada de decisões (Campos, 2005).

Julgamos necessário destacar algumas teorias desenvolvidas ao longo da história, com certa intensidade nos dias atuais e que serão interessantes para nossa interlocução com as práticas grupais na saúde pública brasileira. O destaque das teorias não pretende a totalidade da história, mas o jogo de luzes para facilitar nossa discussão e potencializar a análise. São inúmeras as contribuições e os colaboradores para essa prática, mas não caberá a essa investigação um panorama exaustivo sobre as teorias de grupo. Tal qual uma genealogia, que não passaria pela busca da origem do conceito, como se houvesse uma identidade primeira, mas sim exigirá “se demorar nas meticulosidades e nos acasos dos começos” (Foucault, 2005, p.19), escavar os bastidores dos acontecimentos, demarcando seus desvios, suas inversões, o jogo das proveniências, que deram nascimento ao que existe e tem valor atualmente (Foucault, 2005). As definições de grupo seriam linhas que se

impuseram desde a configuração da sociedade, como uma instância intermediária para responder às demandas dos indivíduos e da sociedade (Barros, 2007). Dessa forma, dentre as teorias diversas possíveis para análise do nosso objeto de investigação, destacamos as teorias psicossociológicas e institucionalistas, no século XX, que abordam os grupos como espaço de terapia, de formação profissional, de intervenção em saúde e nas instituições.

Georges Lapassade (1989) realizou uma análise histórica dos precursores dos problemas de grupo e instituições. O desenvolvimento do pensamento sobre o grupo humano não é recente (talvez uma questão socrática?); ainda no século XIX tivemos uma produção relevante da sociologia e psicossociologia, o que Lapassade chamou de ‘fase A’ do desenvolvimento dos grupos. Sabemos das contribuições de Jean-Jacques Rousseau (meados do século XVIII), Karl Marx, Auguste Comte e outros contemporâneos para pensarmos a vida social, o papel dos clubes revolucionários, dos líderes (seja o proletário, seja o sociocrata), da cooperação, do objeto comum de união de um grupo. Charles Fourier, precursor da psicossociologia dos pequenos grupos (Lapassade, 1989), estudou as organizações da sociedade, defendeu a propriedade comunitária em cogestão e anteciparia o desenvolvimento da psicologia dos grupos, como a organização solidária para uma mudança social e a pedagogia de grupo, isso ainda no início do século XIX.

A ‘fase B’ para Lapassade teria início com o século XX, em que as grandes empresas se burocratizaram e as teorias da organização de Taylor e Fayol imprimiram marcas na gestão dos grupos, predominando a alienação do trabalho, a separação em etapas da produção, representações do grupo (porta-vozes) e decisões hierárquicas. A partir da sociologia e nascimento da psicossociologia começaria a crítica das burocracias institucionais e dos métodos para aumento do rendimento no trabalho. Elton Mayo, na década de 1920, com diversas experiências, mostrou que um fator importante para o

rendimento no trabalho seria o grupo a que o trabalhador pertence: a existência de boa relação entre os membros, mútua ajuda e pausas concedidas. A vida social da equipe, seus comportamentos, seus papéis, conflitos, subgrupos eram importantes definidores da produção e rendimento no trabalho. A partir de então, colocou-se o problema das relações humanas na empresa e teríamos correntes importantes analisadoras desse movimento: a sociométrica (Jacob Levy Moreno) e a dinâmica de grupo (Kurt Lewin). A ‘fase C’, para Lapassade, estaria relacionada ao movimento de modernização das técnicas, de novos instrumentos de gestão, fase inacabada. A burocracia tenderia a perder sua rigidez e os grupos centrariam em produzir mudanças, geri-las e estimular a participação social, num funcionamento coletivo, ‘uma atividade de instituir’.

Vê-se por isso que o problema dos grupos – conferindo a essa palavra sua significação mais ampla – evoca sempre e necessariamente o problema das instituições. A democracia dos grupos não significa praticamente nada, desde que não se integre numa democracia institucional (Lapassade, 1989).

Trataremos de algumas das teorias desenvolvidas no contexto do século XX relevantes para analisar o objeto desta pesquisa. Lapassade nos faz refletir que, mesmo tratando dos grupos na assistência em saúde, no contexto da ABS brasileira, emergem questões institucionais nessa práxis.

3.1. As teorias de grupo desenvolvidas nas décadas de 1930 e 1940: Jacob Levy Moreno, Kurt Lewin, Carl Rogers, Siegmund Foulkes, Enrique Pichon-Rivière, Wilfred Bion

Partimos da exploração de uma curiosa experiência do uso dos grupos na assistência médica, ainda em 1905, Joseph Pratt, generalista em Boston, por motivos econômicos passou a atender seus pacientes com tuberculose em grupo. Tratou-se de uma experiência interessante por situar-se fora do campo da psicologia de grupo ou sociologia, não buscando o entendimento do comportamento dos indivíduos no meio grupal, mas o tratamento da doença dos indivíduos. Pratt reunia até 100 pacientes, embora seus grupos funcionassem com uma média de 20 a 30 pessoas. Pedia que as pessoas relatassem suas melhoras com o tratamento, os sentimentos em relação à doença e eram motivados por ele a deixar a passividade no tratamento. Pratt dava aulas práticas em saúde e higiene, explicando os processos e as causas das doenças, pois acreditava que assim os pacientes adotariam uma atitude interna ativa de luta para o restabelecimento. Aqueles que mais se esforçavam eram premiados por ele, recebendo a melhor colocação dentro do grupo. Esse método foi chamado de “Reeducação moral e persuasão” e mais tarde “Aulas de controle do pensamento” (Ribeiro, 1995).

Porém, foi no contexto das duas grandes guerras mundiais no século XX que veio a se desenvolver o grande ‘arsenal’ da teoria de grupos, dentre outras razões, pelo crescimento do número de pacientes, a escassez dos serviços de atenção, o fenômeno da ampliação mundial da questão dos coletivos, das massas, das instituições totais, da organização da vida privada e das políticas públicas nos Estados. Uma importante questão permeou esses estudos: olharíamos o indivíduo em grupo ou o grupo deveria ser analisado

como uma totalidade a parte, quase como constituindo outro agregado, outra pessoa mais-que-a-soma-das-partes?

Segundo Jacob Levy Moreno, as pessoas devem ser estudadas através de suas relações interpessoais. Partindo de suas experimentações de teatro com crianças, no contexto da primeira guerra mundial, este psiquiatra romeno organizou uma escola de arte dramática em Viena, que se tornaria uma grande escola de improvisação. Em certa ocasião propôs que uma de suas alunas mudasse sua postura ingênua frente ao grupo, exercendo um papel¹⁸ agressivo. Esse fato teve resultados terapêuticos (catárticos) para a atriz, que mudou seu comportamento em casa, e para o companheiro dela, que relatava tornar-se mais tolerante na medida em que a assistia exercendo outro papel (Moreno, 2006). Assim, Moreno continuou a explorar o exercício de papéis, ou seja, a postura que o indivíduo assume frente a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos. Desenvolveria assim o Psicodrama e a Psicoterapia de Grupo, como um impulso à criação e à espontaneidade da vida cotidiana, com o uso da terapia do grupo e da expressão humana (numa forma de superar a psicanálise individual pela palavra, ainda que a tomasse como referência).

Quando nos Estados Unidos, Moreno desenvolveu pesquisas para analisar as pessoas em relação às situações a que se adaptavam mais facilmente e suas escolhas de parceiros para realização de determinadas tarefas. A partir dos resultados e do referencial do psicodrama, pôde proceder a uma análise do grupo, dos líderes, das redes, sendo o sociograma a representação gráfica dessa organização interna do grupo (que se diferencia do organograma, pois revela outras hierarquias, outros sistemas de poderes e

¹⁸ O termo 'papel' (*role* em inglês) tem origem no teatro, em que partes da representação eram escritas em rolos e os atores tentavam decorar os seus respectivos fascículos de papéis (Moreno, 2006).

dependências). A Sociometria proposta por Moreno apresentava-se como uma técnica de análise do grupo, da dimensão institucional e de mudança social a partir do psicodrama (Lapassade, 1989).

Kurt Lewin, psicólogo alemão, chegou aos EUA na década de 1930, contribuiu para o estudo do indivíduo a partir da estrutura dinâmica estabelecida com o ambiente numa relação de interdependência dos fatos. A preocupação de Lewin centrava-se na investigação da unidade grupo (através da pesquisa-ação) e as temáticas de mudança social e processos de interação entre as pessoas. Pai do termo ‘dinâmica de grupo’, desenvolveu o método de estudo do sistema de forças que impulsionavam ou impediam um grupo a agir. Lewin desenvolveu experimentos para comprovar a função do entorno social no comportamento humano, analisando que o tipo de liderança (liberal, autocrática e democrática) nos grupos influencia a formação da identidade humana, na participação social, no desempenho no trabalho e no grupo, mais que a própria personalidade dos indivíduos. Uma liderança autoritária, por exemplo, incitaria comportamentos autoritários entre os membros do grupo¹⁹. Para Lewin, o grupo, uno-todo irreduzível aos indivíduos que o compõem, será definido pela interdependência e a constante força antagônica de tensão de união e desintegração. O coordenador é o líder que impulsiona à ação.

Em Maine/ EUA na década de 1940, sob o referencial de Lewin, foi desenvolvida a técnica dos *T-groups* (*trainings groups*, grupos de treinamento ou grupos de treino de sensibilidade), que enfatizou o treino das capacidades em relações humanas como um importante método de educação na sociedade moderna, até então pautada na educação individualizada mesmo em conjuntos de pessoas. Numa forma do grupo analisar sua

¹⁹ Vídeo interessante sobre a experiência de Lewin sobre liderança: WBGH, 1989. “Lewin, Experimentos sobre estilos de liderazgo”. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=Lx80XC1bPcI>. 2min48seg). Acesso em julho de 2011.

própria dinâmica, ensinava os indivíduos a observar a natureza de suas inter-relações e o processo de grupo, a partir do que podiam aprender e compreender melhor sua maneira de agir no trabalho, tornando-se mais competentes, lembrando que num panorama pós-crise americana, interessava aos setores industriais estudar os fatores que determinavam o rendimento nas equipes de trabalho (abordagem de “grupo centrado na pessoa e no grupo”). Os *T-groups* tinham então como principal objetivo explorar o processo de grupo para vivenciar modos de comportamento, com treino do manejo da situação grupal, experimentação de sentimentos e compreensão dos afetos, assim desenvolvendo no participante a habilidade de aprender a partir da sua própria experiência ou de outras pessoas (Rogers, 2009). Seria uma primeira estruturação da formação em grupos para atuação com grupos.

A partir do referencial de Lewin e da terapia centrada na pessoa, uma experiência intensiva de grupo foi desenvolvida por Carl Rogers e seus colaboradores, na Universidade de Chicago, no final da década de 1940, com junção da aprendizagem experiencial com a cognitiva, numa ênfase maior no processo terapêutico para seus participantes (Rogers, 2009). Rogers, criador da abordagem centrada na pessoa, denominou ‘grupos de encontro’ à experiência que objetivava possibilitar a compreensão das pessoas de si mesmas e de tornarem-se conscientes das atitudes em suas relações (abordagem de “grupo centrado na pessoa”). Organizava encontros intensivos de vários dias ou várias horas com objetivo de propiciar o encontro entre pessoas e o autodesenvolvimento, o que traria impactos em suas relações no “mundo exterior”.

O líder desses grupos de encontro era denominado facilitador com o papel de criar condições para a expressão de sentimentos e desenvolvimento dos processos de crescimento de grupos, pessoas e organizações. Rogers introduziu em psicologia o conceito

de ‘não-diretividade’, pois os conhecimentos mais influenciáveis na vida de uma pessoa são aqueles descobertos e apropriados por ela mesma. Questionava o conhecimento do professor ou terapeuta e buscava a centralidade nas experiências humanas e no compartilhamento dos sentimentos no grupo.

Siegmund Foulkes, médico e psicanalista alemão, migrou para a Inglaterra aos 35 anos, em 1933, desenvolvendo experiências de comunidades terapêuticas em hospitais psiquiátricos, numa visão dinâmica de psicopatologia, da psicoterapia e da sociedade, como um grande grupo. Afirmava a possibilidade da realização de processos psicoterapêuticos no ambiente grupal, em que a ênfase estaria no indivíduo dentro do grupo, fundando a técnica de Psicoterapia de Grupo-Análise, sob referencial da psicanálise de Freud e da fenomenologia Gestalt. O indivíduo teria necessidade inata e cultural de se comunicar, de dizer o que pensa, o que sente, sendo esse o foco principal do processo de grupo, numa busca ativa pelo tratamento e cura da doença. O grupo-análise seria o espaço para estudar e vivenciar os processos terapêuticos, do aqui-e-agora, sem necessariamente compreender as causas do comportamento e dos conflitos inconscientes. Por isso, Foulkes considerou que não transferiu diretamente conceitos da prática individual psicanalítica para a prática de grupo (Ribeiro, 1995). O terapêutico estaria além do trabalho das relações de transferência. O coordenador seria o líder que orientaria o grupo de forma mais adequada para vivenciar esse processo, estaria atento às reações dos membros, aos sentimentos e interpretaria aos poucos. A intenção era de que o grupo se apropriasse das interpretações e os indivíduos tornassem-se capazes de ter os *insights* (de uma análise vertical para uma horizontal de acordo com Foulkes e Anthony, 2003), e assim, o coordenador teria uma posição menos centralizadora ou monopolizadora no grupo, sem deixar de ser o líder.

Diferentemente das teorias grupais que centram na fala do indivíduo (“grupos centrados na pessoa/ no indivíduo”), as experiências do grupo enquanto porta-voz e portador de uma problemática que não é somente individual foram se desenvolvendo, na tentativa de abarcar uma maior totalidade dos fatores envolvidos nas relações humanas. Nesse sentido, Pichon-Rivière, francês radicado na Argentina, no estabelecimento de uma relação entre as teorias de Lewin e o materialismo histórico, desenvolveu os Grupos Operativos, objetivando a mudança grupal de uma situação à outra. Os “grupos centrados na tarefa” não estariam centrados no grupo como totalidade, mas na relação dos indivíduos com uma tarefa, relação esta que poderia ser transposta a outros ambientes e redes sociais vividas pela pessoa. Através da tarefa, objetiva trabalhar a aprendizagem e os problemas pessoais e grupais. Uma técnica atualmente utilizada em processos educacionais, Pichon-Rivière propôs que a partir de um objetivo comum, o grupo analisasse e explicitasse os problemas decorrentes do processo e agir para superá-los. No plano do explícito da tarefa (técnica de interpretação analítica), surgiriam diversos tipos de dificuldades, cortes, sinais emergentes denunciando uma resistência à mudança (nesse caso, o grupo operaria em pré-tarefa, não trabalhando seu objetivo final de tarefa). O grupo teria que trabalhar suas resistências num movimento dialético e analítico, na formulação de novos problemas, novos aprendizados e novos projetos para contínuo progresso pessoal e grupal. O coordenador, que não se confundiria com o líder (diferentemente de Lewin), teria o papel de sinalizar, explicitar e interpretar as dificuldades do grupo para enfrentar a tarefa.

A Psicologia Social vivia um momento de afirmação e criação de outro modelo de grupo, que ampliasse a visão sobre o indivíduo. Pichon-Rivière enveredou por caminhos ousados à época ao indicar uma terapêutica que transcendia o divã e que aliava aspectos sociais, externos ao *setting*. Assim como seus contemporâneos (Bion, Foulkes e Balint),

discutiu o quanto a psicanálise como ideologia dominante tomava para si a questão da subjetividade como núcleo de conhecimento e intervenção e defendeu o uso do aporte teórico na análise e desenvolvimento de grupos. Falaremos dos estudos de Michael Balint mais adiante, quando dos processos de ensino-aprendizagem e da formação profissional em grupos.

Wilfred Bion, ao introduzir a noção de inconsciente à dinâmica dos grupos, possibilitou segundo Barros (2007), a duplicação do impasse em análise 'indivíduo-sociedade' em: indivíduo-grupo e grupo-sociedade, permanecendo o social com algo externo ao indivíduo. Assim, legitimaram-se os especialismos, os campos de saber específicos e o grupo como objeto histórico que responderia a uma lógica de saber-poder, constituindo-se num espaço de conflito entre o indivíduo e sua história privada e o indivíduo e suas relações sociais (Barros, 2007).

Bion, apoiando-se nas contribuições de Freud e Melaine Klein, desenvolveu seus estudos psicanalíticos de grupo na Clínica Tavistock na Inglaterra, após a segunda guerra mundial, para reabilitação de soldados. Realizou uma experiência com um grupo de soldados (com neurose de guerra) propondo que este deveria desenvolver suas tarefas cotidianas e avaliar suas atividades enquanto comunidade capaz de auto-organização. Assim, seus primeiros conceitos para um 'bom espírito de grupo' foram elaborados: propósito comum, absorção de membros continuamente, valorização de cada pessoa por sua atuação no grupo, enfrentamento dos descontentamentos. O 'bom espírito de grupo' aliado à catarse da confissão pública seriam os dois componentes do efeito terapêutico dos grupos, com maiores resultados dependendo de seu grau de identidade e flexibilidade.

Passou então em Tavistock a estudar o funcionamento das tensões internas ao grupo, concebendo-o como totalidade psicológica (mentalidade grupal) em que o

coordenador interpretaria os fenômenos emergentes, criando um novo campo operacional. Na situação de grupo, o indivíduo reviveria suas ansiedades típicas do desenvolvimento infantil numa postura defensiva, o que confirmaria a existência para Bion de ‘supostos básicos’ na relação entre as pessoas nos grupos (que influenciariam toda a leitura do campo grupal): dependência (de um líder provedor, com atitude passiva dos membros), ataque-fuga (existência de um inimigo a ser combatido e de forças de tensão para destruição do grupo) e emparelhamento (a partir da união dos membros, apego ao futuro como salvação; o grupo trabalha a partir de suas expectativas e o líder deve ser inexistente). O grupo poderia passar por mais de um suposto básico na mesma sessão, não estabelecendo uma escala evolutiva, mas sim um método para interpretação do *setting* grupal (Bion, 1980). Deveria possibilitar certa continência, tanto para as transferências, ressignificações e experiências existenciais, constituindo-se como um espaço seguro de experimentações. Para Bion, o que ele denominou de “grupo de trabalho” seria aquele que, pelos supostos básicos e regras de funcionamento, deveria se reunir para desenvolver uma atividade mental específica e alcançar a capacidade de cooperação interna.

Considerando o contexto das formulações de Bion e os termos relacionados à situação de guerra e conflito, podemos afirmar que Bion contribuiu para a dissociação da figura de coordenador e líder e transpôs para o *setting* grupal alguns elementos da situação dual com o paciente, como as relações de transferência (identificação projetiva), os fenômenos manifestos e inconscientes, a escuta terapêutica e a neutralidade do terapeuta.

Podemos dizer, mesmo que em esquema, que temos nesse momento o desenvolvimento de teorias de grupo centrados na pessoa (Foulkes, Rogers), grupos centrados no grupo (Lewin, Bion), grupos centrados na tarefa (Pichon-Rivière), sendo que algumas “passeiam” pelos diversos centramentos, tendo na psicanálise de Freud o

referencial para as várias metodologias criadas, e que possibilitariam a análise, os processos variados (grupo-experiência, grupo-encontro, grupo-análise, grupo-operativo, grupo-social) e as diferentes inserções de seus membros (incluindo líderes).

3.2. A Psicoterapia Institucional: François Tosquelles e Jean Oury

Para Jean Oury, o grupo seria mais que coleções de pessoas. Não seria nem um estabelecimento, nem uma instituição. Grupo é Coletivo e é Função. Assim, é dispositivo.

O Coletivo atenderia a finalidade de tratar da alienação em todas as suas formas. Teria função diacrítica e de decisão, distinguindo os acontecimentos que podem colocar em funcionamento as estruturas institucionais (Oury, 2009).

O movimento da Psicoterapia Institucional surgiu na década de 1950, na França, em oposição ao movimento inglês das comunidades terapêuticas, este liderado por Maxwell Jones, e que propunha uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e o doente mental. As comunidades visavam, através de grupos diversos, que envolviam profissionais, familiares e pacientes, analisar o comportamento em situações reais de convivência no hospital, para uma “aprendizagem ao vivo”. A Psicoterapia Institucional defendia que para analisar o doente é também preciso colocar a instituição em análise. A instituição psiquiátrica estaria doente na sua maneira de tratar dos pacientes, o que não possibilitava outro cuidado à loucura. Combatia a estrutura micro-social que estabelecia o hospital psiquiátrico no cuidado ao paciente (escritos de Franco Basaglia em encontro internacional de 1968: Gallio, Constantino, 1987), as relações hierarquizadas entre médico e paciente, o lugar de exclusão social que conferia ao doente.

Assim, em experiência em Saint Alban, em Lozère, França, apostou-se na abertura de portas do hospital para a comunidade, criação de clubes, grupos terapêuticos e cooperativas, enquanto instrumento terapêutico para pacientes, profissionais, comunidade e hospital. Há que se ressaltar o contexto histórico dessa experiência, que em momento de guerra mundial, tornou-se um local de acolhida de refugiados. O hospital ficava em local de passagem para uma feira, o que possibilitava o contato com camponeses locais. Foi estimulada a participação de artistas locais nos eventos e grupos do hospital (Tosquelles em encontro com Gallio, Constantino, 1987). O movimento recebeu diversas críticas por não negar a instituição, mas defender o tratamento da instituição, que poderia compor uma rede de serviços (o que viria a configurar a Psiquiatria de Setor francesa). François Tosquelles, precursor do movimento, defendia que o hospital deveria ser uma “escola de liberdade”, “ensinante” de responsabilidade pelas escolhas e percursos na vida social, percurso criador de condições para liberdade, que prepararia o doente para o convívio externo (Tosquelles em encontro com Gallio, Constantino, 1987). *“Ser livre quer dizer tornar-se responsável... ‘Pons’ é a ‘ponte’: (...) que liga uma borda a outra, a passagem de um espaço a outro. Em outras palavras: a posição do corpo deve adaptar-se à passagem de um lugar a outro”* (p.119). Assim, a ação do terapeuta, do profissional seria a de levantar pontes junto às pessoas que tendem a estar nas bordas.

A Psicoterapia Institucional apontou então uma concepção de que o grupo deve olhar para sua configuração, para o que produz em seu modo de funcionamento. O encontro da diferença entre as pessoas no espaço de grupo potencializaria o tratamento. O grupo possibilitaria a passagem de um lugar a outro e é um trabalho de análise coletiva para definir o quê passou. O termo ‘passagem de...’ nos remete certamente ao significado da

pergunta “o que se passa aqui?” que frequentemente é feita quando nos adentramos em um espaço grupal. O Coletivo seria espaço de mediação na vida cotidiana.

Oury pontuou em seus seminários de 1984 (Oury, 2009) que para operar o Coletivo há que se ter virtudes como disponibilidade-vigilância e gentileza. Gentileza não como simples cortesia, mas como respeito ao outro, como postura ética, como atenção. Disponibilidade-vigilância no sentido de estar atento/ advertido às iniciativas e aos acontecimentos. Um acontecimento só o é de fato se alguém decide torná-lo um; não existirá se estivermos desatentos ou “pouco nos importar” como ele ocorre. Temos que ter certa sensibilidade. Há que se ter decisão: se decide que não há nada a fazer, então não haverá nada a fazer. Podemos pensar essas virtudes em um coletivo institucional ou no espaço grupal: as normas, as ações, as tarefas, a organização, o que opera assim o é pela decisão dos que nele estão.

3.3. A Análise Institucional e a Socioanálise: Georges Lapassade e René Lourau

As pesquisas e experimentos em torno dos pequenos grupos fizeram crescer a expectativa de conhecer as leis comuns que regem o indivíduo e a sociedade, porém apontaram um dilema que só seria possível de resolver a partir do conhecimento do homem em seu meio social, não isolado. O conhecimento da dinâmica dos grupos possibilitou analisar o que estaria no nível do visível das relações humanas, o que aparecia nos encontros e relações interpessoais.

É importante dizer que não há um sentido único para a expressão ‘Análise Institucional’ na literatura, e adotaremos a definição de Rodrigues (1993) e L’Abbate (2003), sendo a constituição de um campo de saber a partir de um conjunto de disciplinas e

movimentos que ocorreram na França nas décadas de 1940 e 1950. Consideraremos as linhas da “Análise Institucional” e a “Socioanálise”, que seguindo uma tradição dialética, foram originadas a partir de obras de René Lourau e Georges Lapassade. A “Esquizoanálise”, que também recebeu a denominação de Análise Institucional por outros autores (Barros, 2007), inspirada na filosofia da diferença, estaria relacionada a trabalhos de Gilles Deleuze e Félix Guattari²⁰. Trataremos do primeiro conjunto nesta tese.

Lapassade (1989), na década de 1960, denominou de Análise Institucional o método que visava revelar o que está oculto na vida e funcionamento do grupo, o que o institui e o que é o objeto da instituição. Próximo a conceitos do movimento da Psicoterapia Institucional, um grupo, uma organização social “natural” ou “artificial”, não poderia ser analisado se não o fosse também seu contexto social, revelados os parâmetros da estrutura. A repressão coletiva, controlada pelos dirigentes, impediria o acesso à verdade sobre a situação, sobre nossos atos, tornando o grupo conservador e reproduzidor do instituído. À Análise Institucional caberia o papel de produzir significações, explicar o desconhecimento, lutar pela libertação da palavra. Mais tarde, pós-movimento de maio de 1968, Lapassade viria atualizar esse debate para a libertação dos corpos, outras formas de expressão analisadoras da instituição. Análise que só viria com a ação direta e revolucionária, com intervenção para a mudança, contrapondo a psicanálise que em seu cerne exclui a passagem ao ato do trabalho analítico.

À luz da dinâmica de grupo, teríamos concedido a função de revelação social a um dirigente, e a psicossociologia dos grupos anunciava de forma ainda muito vaga, o projeto

²⁰ Defendiam que a análise não deveria mais ser propriedade de certas categorias profissionais e que a cura não deveria ser atribuída a um corpo individual, mas a um processo social. Sendo movimento que ganhou força através da experiência disparada na Clínica La Borde, na França (posteriormente a St. Alban), criticava a referência que a psicoterapia institucional fazia às técnicas grupelistas de Lewin e Moreno (Barros, 2007).

da soberania popular. Por exemplo, o *T-group* instituiria uma situação microssocial artificial que negaria certo número de estruturas e estabeleceria uma relação com o coordenador de diferença extrema de poder, de dependência para análise. Uma ação revolucionária almejaria “abrir uma brecha” para que os grupos se conduzissem e se analisassem sem os “animadores”, proposta da Análise Institucional, que provocaria uma ruptura com as práticas psicossociológicas (Lapassade, 1989).

A Análise Institucional trabalha com a noção de Intervenção, que consiste em compreender e analisar a noção de instituição presente nos grupos, assim o pesquisador (ou coordenador) seria técnico e praticante deste dispositivo. “*Analisar coletivamente uma situação coletiva*” (Lourau, 1993, p. 30). Encomenda é outro conceito operatório: o grupo solicitante de processo de análise passa a encomenda ao grupo de organizadores, que traduzirão o pedido, reconstruirão coletivamente a encomenda, em momentos de restituição.

3.4. A Educação Popular e a saúde pública brasileira

Na perspectiva de criação de estratégias para mobilização e participação social pelo direito à saúde, a Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos e grupos, favorecendo a mudança no sentido que se julgar necessário (2007). Conforme a história relatada no *Capítulo 1*, o contexto desse movimento na saúde pública brasileira foi marcante e teve relação com a necessidade de reformulação e reorientação das práticas educativas de um modelo impositivo e

normatizador para um mais participativo, fosse no âmbito das ações individualizadas ou coletivas.

A reflexão, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento seriam as ferramentas para o encontro trabalhador-usuário, na tentativa de aproximar os saberes, alterar as diferenças de poder e a favorecer a relação (Vasconcelos, 2007). Buscaria, através da valorização dos saberes do educando, fomentar as *“formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento”* (Vasconcelos, 2007, p. 21).

Desse modo, o coletivo seria espaço de problematização sobre os incômodos e opressões da vida social, de busca de soluções para superação dos modos de subordinação e exclusão. Paulo Freire foi um dos intelectuais a sistematizar teoricamente a experiência acumulada do movimento de reorientação das práticas educativas no Brasil e seu pensamento influenciou o setor saúde. Eymard Vasconcelos (2007) nos aponta que os problemas a serem debatidos devem ser caracterizados, articulados com a realidade social e as soluções parciais encaminhadas num processo contínuo de reflexão-ação-reflexão.

3.5. *O método Paidéia, o Apoio Institucional e os coletivos organizados para a produção:*
Gastão Wagner de Sousa Campos

Campos (2005), a partir de teorias da psicanálise, da pedagogia construtivista, da política, da gestão, da análise institucional, desenvolveu um método de análise e cogestão de coletivos organizados para a produção – denominado também como método Paidéia ou método da roda. Trata-se de um método baseado na crítica ao trabalho alienante e alienado, as verticalidades de poder e contra o pensamento administrativo que busca formas de dominação, controle social e a cisão entre o pensar e o fazer.

Coletivos organizados seriam quaisquer “*agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas*” (Campos, 2005, p. 36). O espaço coletivo seria lugar organizacional para planejar e administrar os processo de trabalho, alterar as relações de poder, com vistas a democracia e influenciar na constituição dos sujeitos e sua rede de relações, tendo também capacidade terapêutica e política (Campos, 2005). O trabalho visaria também à produção de valor de uso para outros em relação, mas não orgânicos ao grupo. O coletivo seria espaço não só analítico, mas produtor de intervenção, trabalharia com demandas e ofertas.

Como já apresentamos anteriormente, o método Paidéia buscaria assim, através dos espaços coletivos, potencializar o papel terapêutico-político-pedagógico das relações no trabalho e no cuidado em saúde (Campos, 2005). Práticas clínicas e de gestão seriam indissociáveis, na medida em que para a produção de saúde haveria que se ter a participação daquele que trabalha e daquele que sofre a intervenção, além daquele que gerencia.

A função Paideia – ou função apoio – seria ativada a partir da ampliação da capacidade dos sujeitos e coletivos de analisarem e intervirem sobre os contextos, para isso seria necessária uma prática de cogestão (Campos, 2005). O apoiador – diferente da lógica do coordenador, facilitador, supervisor ou líder – ajudaria a realizar a supervisão, operacionalização e avaliação do trabalho, de forma interativa e em cogestão com os trabalhadores (ou membros do coletivo) (Campos, 2005; Oliveira, 2011).

O apoiador institucional teria a função de:

1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (Oliveira, 2011, p.34).

A constituição de Sujeitos e Coletivos, para Campos (2005), se daria através da influência e da reconstrução de uma sequência de planos e regiões existenciais: uma predominantemente imanente ao sujeito e coletivo (particular - estrutura biológica, desejo e interesse); uma de contato do interno com o externo, onde se conformam e são expressas sínteses entre o sujeito e o seu contexto (singular - formação de compromisso, contratos e projetos); e outra com forças de relativa transcendência ao sujeito e coletivos (universal - necessidades sociais e instituições). A práxis constituiria o meio operacional do sujeito e coletivo lidarem e transitarem por estes planos (Campos, 2005).

Autonomia seria a capacidade de se expressar e de agir influenciando e considerando todas essas categorias, compondo-as em distintas soluções e

valendo-se de um método dialético que mediasse forças internas com imposições externas. Assim, alguém que renunciasse em absoluto à sua dimensão interna (seus desejos e interesses) jamais se constituiria em um Sujeito capaz de respeitar-se ou de viver com algum grau de autonomia. Por outro lado, Sujeitos incapazes de renunciar a parte de seus desejos e interesses em função de compromissos, ou da necessidade e vontade de integrar-se em instituições ou de concertar projetos com outros Sujeitos, tampouco construiriam autonomia ou lograriam viver em sociedade (Campos, 2005, p.74-5).

Para análise e cogestão dos coletivos, Campos (2005) propõe um *Mapa para análise e elaboração de síntese - campo da produção de valores de uso, de sujeitos e coletivos* (p.214), a partir dos núcleos temáticos:

Quadro 1- Mapa de núcleos temáticos para análise e elaboração de síntese (Campos, 2005)

1. Objeto de trabalho	2. Equipe, práticas e meios de trabalho	
3. Resultado		
4. Objetivos		
5. Saberes (modelo teórico conceitual)	6. Diretrizes e valores	7. Oferecimentos
8. Texto e capacidade de análise	9. Objeto de investimento e ideal do grupo	10. Espaços coletivos
11. Capacidade de Intervenção		

De forma a sintetizar o conteúdo trabalhado nesta revisão da literatura, sobre as teorias grupalistas e institucionalistas, da saúde pública e coletiva brasileira, formulamos o quadro a seguir, com os conceitos em destaque que serão interessantes para o nosso processo de análise do grupos na ABS, retomados ao longo da tese:

Quadro 2- Quadro-síntese das teorias em destaque para análise da prática de grupo na ABS

Teoria/ abordagem	Autor em destaque	Conceitos em destaque	Data aproximada
Reeducação moral Aulas de controle de pensamento	Joseph Pratt	Aulas de higiene.	1905
Psicodrama Sociometria Grupo centrado no indivíduo	Jacob Levy Moreno	Representação de papéis sociais.	1915
Dinâmica grupal Grupo centrado no grupo	Kurt Lewin	Entorno social – ambiente e fatos. Papel da liderança para a identidade grupal. Coordenador do grupo é o líder.	1930
T-Groups Grupo centrado na pessoa	influências de Kurt Lewin e Carl Rogers	Treino de comportamento e de capacidades em relações humanas a partir da vivência/ experiência.	1940
Grupos de encontro Grupo centrado na pessoa	Carl Rogers	T-group para autodesenvolvimento e impactos no “mundo exterior” ao grupo. Líder é facilitador das expressões. Auto-aprendizagem a partir da vivência das relações.	1940
Psicoterapia de grupo-análise Grupo centrado no indivíduo	Siegmund Foulkes	Comunicação do sentimento para o tratamento. Não busca a causa do sofrimento. coordenador do grupo é o líder. Grupo-aberto e grupo-fechado.	1957
Grupos operativos Grupo centrado na tarefa	Enrique Pichon- Rivière	Objetivo em comum das pessoas no grupo. Tarefa é mediadora para aprendizagem. Coordenador (grupo) não precisa ser o líder (tarefa).	1940/70

Grupos de trabalho Experiências em grupos Grupo centrado no grupo	Wilfred Bion	Efeito terapêutico aliado ao “bom espírito de grupo”: propósito comum, absorção contínua de membros, valorização da atuação de cada um, enfrentar os descontentamentos. Grupo é espaço de experimentação. Supostos básicos: relação de dependência, ataque-fuga, emparelhamento. Coordenador não precisa ser o líder.	1945/60
Psicoterapia Institucional Grupo dispositivo institucional	Jean Oury François Tosquelles	Conceito de coletivo. Função diacrítica e de decisão. Para trabalhar o doente, a instituição deve estar em análise. Grupo: ensinante de situações de vida, criação de condições de liberdade, mediação. Encontro da diferença e espaço de passagem. Virtudes: disponibilidade, vigilância e gentileza. Papel ativo do doente.	1950/80
Análise Institucional Grupo dispositivo institucional	Georges Lapassade René Lourau	Grupo não deve ser analisado separado de seu contexto social. Foco na mudança de postura e expressão social, na democracia. Auto-análise e intervenção.	1960/70
Educação Popular em Saúde Grupo político-pedagógico	Paulo Freire Eymard Vasconcelos	Inclusão dos grupos populacionais na construção dos saberes em saúde. Instrumento de participação social: postura ativa, crítica e reflexiva na construção do conhecimento e decisões para o cuidado em saúde. Crítica às relações de poder-saber.	1980/90
Apoio Institucional Método Paidéia Coletivo dispositivo institucional político-pedagógico-terapêutico	Gastão Wagner de Sousa Campos	Coletivos organizados para a produção. Análise com intervenção. Ofertas e demandas. Autonomia. Análise das relações de poder. Coprodução e cogestão. Função do apoiador diferencia-se do papel de coordenador/ líder/ supervisor.	2000/12

Capítulo 4. Os grupos na Atenção

Básica à Saúde

Um grande desafio a que nos submetemos com esta tese foi o de jogar luzes sobre as possibilidades do espaço de grupo na ABS. Após a exposição das teorias da tradição, permanece a necessidade de discutir as especificidades e demandas do fazer grupos na ABS. Com uma prática pautada na educação em saúde com ações focadas na obtenção de conhecimento, no ensino sobre o autocuidado, torna-se um desafio imaginar um espaço de grupo capaz de ser estratégia clínica. Podemos imaginar uma intervenção grupal terapêutica nos equipamentos de saúde, porém com uma maior dificuldade na ABS. Tentaremos abordar alguns pontos dessa prática relacionados aos questionamentos feitos à luz da contribuição das teorias do fórum da tradição histórica e discursiva.

Episódio 1: A especificidade da prática de grupo na ABS, a clínica ampliada e o compartilhar de experiências.

Para nós, os grupos possuem enfoques diversos, dependendo do tema, da patologia abordada e do risco à saúde. Podem ser: esclarecedores, de aprendizado, informativos, terapêuticos, de ajuda mútua, geradores de renda, motivacionais, de aprendizado de conhecimentos culturais locais. Objetivam a mudança de hábitos e o autocuidado para melhora da qualidade de vida.

Funcionam principalmente a partir da troca de experiências e do apoio/ suporte social para a situação vivenciada, o que facilita a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas. Enfocamos conversas sobre a vivência das doenças e a formação de rede de ajuda entre as pessoas. Melhoramos os aspectos subjetivos da pessoa em decorrência desse processo e podemos favorecer a sua independência financeira, o autocuidado em casa e a autonomia. É necessário trabalhar as emoções para lidar com as dependências, vícios,

hábitos, dificuldades. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Nesse texto coletivo, os participantes desenharam a especificidade dos grupos na ABS: a troca de experiências. Esperávamos que os profissionais afirmassem somente a educação em saúde, prática mais corrente na Atenção Básica, porém apareceu com grande relevância a tentativa de fazer emergir as experiências das pessoas com o adoecimento, o que revela certa incorporação de conhecimentos do campo da subjetividade e da fenomenologia.

O grupo então consistiria não somente em lócus para a educação, mas na produção de um espaço para que as pessoas possam falar de sua experiência de adoecimento ou de sua condição de vida e as formas que encontraram para agir no cotidiano, para que os demais aprendam, espelhem-se, apoiem-se ou criem novas formas para enfrentar situações semelhantes. Podemos ver aqui a função do coletivo operando para efeitos terapêuticos, no aprendizado, no aumento nos graus de autocuidado e autonomia, na criação e no fortalecimento das redes sociais. Este é um dos grandes eixos para nossa composição da função do trabalho em grupos.

Investigando sobre esse efeito, a forma de abordagem analítica e o objetivo reflexivo facilitariam a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas. A necessidade de compreender a si mesmo e aos outros criaria maior abertura na solução dos próprios problemas e corresponsabilização (Campos, 2010). Revelar-se num grupo, a partir do sofrimento, pode ter alto valor terapêutico (Foulkes, Anthony, 2003). O terapêutico, as informações sobre a doença, sobre os medicamentos viriam como aspecto secundário, a partir do momento propiciado ao *compartilhar as experiências*. Propomos o termo

compartilhar, já que este implica em participar, partilhar, repartir, em diferença a *trocar* que diz de permutar, dar e substituir. Assim, o primeiro termo nos parece mais adequado para o fenômeno ocorrente no grupo.

Em vários pontos da narrativa, a questão da formação de vínculos é considerada como também produtora de efeitos terapêuticos e facilitadora para a grupalidade. O vínculo, para Pichon-Rivière (2007) é uma relação social particular de uma pessoa com outra, com um objeto e com o mundo. Poderíamos, a partir dele, compreender um pouco de cada pessoa, o modo com ela se relaciona, como se liga às pessoas e aos objetos no mundo, sua história, pois o fenômeno que se manifesta, naquele momento, tem sua história inscrita no sujeito que o manifesta, em seu papel e em suas identificações na vida. A ideia de vínculo estaria associada ao exercício de papéis em determinadas situações, reproduzindo-se na relação transferencial (Pichon-Rivière, 2007). Alain Caillé (1998) discute que a sociedade moderna está ameaçada frente à constante disjunção entre as relações pessoais (via amizade, camaradagem, família, parentesco) e os papéis funcionais que elas desempenham. A sociedade não existiria somente pautada pelo contrato e pelo utilitário, haveria saberes circulantes, afetos, medos, expectativas. De uma maneira bastante sucinta, podemos dizer que o Paradigma da Dádiva, discutido por Alain Caillé e o grupo francês *Mouvement Antiutilitariste em Sciences Sociales*, a partir dos ensaios de Marcel Mauss, principalmente Ensaio sobre a Dádiva de 1924, avança na discussão da natureza simbólica da relação social a partir da tecitura do laço social e da confiança. As alianças sociais ou vínculos, se configurariam a partir da aposta na dádiva (circularidade da tríade dar-receber-retribuir), com a valorização da generosidade como virtude para união de pessoas concretas em uma mesma cadeia de obrigações, desafios e benefícios (Caillé, 1998).

Para nós, o fato do compartilhamento de experiências na ABS difere do objetivo central dos chamados grupos analíticos ou psicoterapêuticos, que frequentemente, são voltados para tratamento de transtornos da subjetividade, apostam na análise das atitudes, ações e suas relações com a vivência com familiares e amigos, exigindo uma introspecção e olhar cuidadoso sobre as vivências e histórias passadas. Os grupos na ABS, em que os profissionais não possuem essa formação analítica, principalmente médicos e enfermeiros, poderiam desenvolver enfoques diversos, evocados a partir do compartilhar vivências e conhecimentos, da formação de compromissos para melhorar a situação de saúde.

A questão do grupo como espaço para compartilhamento de saberes foi estudada por Moura (2003). No início dos anos 1970, na França, a professora Claire Heber-Suffrin, trabalhadora de uma escola que seguia alguns procedimentos da abordagem de Freinet, teve uma experiência com seus alunos que a levou a fundar o movimento das Redes das Trocas Recíprocas de Saberes. Levou seus alunos à uma excursão e em dado momento as crianças estavam ansiosas para aprender com o fazendeiro local as técnicas de cuidado com os animais e do campo (Moura, 2003). Percebeu que isso poderia ser aplicado como técnica pedagógica, aproveitando as curiosidades e os saberes disponíveis numa comunidade, como numa retroalimentação, onde cada ser fosse fonte e também desejante de saberes. Era necessário que o saber circulasse para que o conhecimento se efetivasse. Moura (2003) então, a partir dos conceitos da Psicoterapia Institucional, discutiu a formação do Clube de Saberes nos equipamentos de saúde mental, como dispositivo para a promoção e incremento do papel operativo do paciente no tratamento, como também para a revisão dos papéis demasiadamente especializados dos profissionais de saúde. O Clube seria um espaço

de relações transversais, pautado pela tríade comunidade de atores, território e quase-objeto²¹, possibilitando a circulação dos saberes (Moura, 2003).

Nesta rede de compartilhamentos, verdadeiro processo de formação, cada um estaria igualmente exercendo um papel de agente de mudança. Cada um, seja ele membro do pessoal ou um paciente, estaria, operativamente, responsabilizando-se, tomando para si um “coeficiente psicoterápico”, à sua maneira (Moura, 2003, p.171).

Poderíamos pensar esse aspecto apontado pelos profissionais/ alunos das trocas de experiências na AB como um espaço das trocas recíprocas de saberes. Observa-se que, o compartilhar de histórias e de experiências, a circulação de afetos, em alguma medida, trazem também para esse espaço efeitos terapêuticos sobre a subjetividade. Em muitos casos, é necessário emergir as emoções para se lidar com as dependências, vícios, hábitos, dificuldades – diferentemente de uma abordagem mais educativa, centrada em informações, que agrupa as pessoas para passar informações e punir o indivíduo caso a meta nunca seja atingida. Em outra ocasião de prática profissional, vivenciei um grupo de orientação alimentar para pacientes obesos, em que cada participante contava sobre sua experiência com as refeições, e a partir disso, podia-se discutir quantidades de proteínas, carboidratos, doses adequadas, fisiologia etc. Os aspectos subjetivos da pessoa eram também trabalhados em decorrência desse processo, o que favorecia a compreensão de cada um sobre a relação com a comida, ampliando a independência financeira, o autocuidado e a autonomia.

Conforme narrado pelos profissionais da AB/alunos, a prática grupal possibilita que tenhamos agregadas várias pessoas que são da mesma comunidade, que tem pensamentos e hábitos semelhantes, histórias de vida com fatos e valores parecidos. A chamada caixa de

²¹ O autor toma emprestado o conceito psicanalítico de quase-objeto, numa analogia ao conceito de tarefa de Pichon-Rivière ou objeto transicional de D. Winnicott, tendo a função de mediar o processo grupal e, simbolicamente, levá-lo aos seus objetivos explícitos e implícitos.

ressonâncias (Maximino, 2001), como num violão, ampliando a intervenção: o que é dito ou expresso ressoa de alguma forma em cada pessoa, no outro, toca, afeta. Quando o grupo está integrado, as intervenções atingem todos os membros (Maximino, 2001). Consideramos que isso, sendo um analisador do movimento grupal, deva aparecer como tema, ser comentado, falado, ser experimentado no cerne do corpo-alma. A troca de experiências vislumbra a formação de rede social e de apoio para o cotidiano, para o além-grupo. Isso porque esse processo das ressonâncias, dos afetos, trará ao grupo algo primordial de sua constituição: o sentimento de grupalidade e a representação interna desse espaço. O grupo só operará com continuidade quando cada um se reconhecer naquelas pessoas e sentir que pertence àquele espaço. A liberdade e a pertinência de se estar com aquelas pessoas naquele momento, a criação do sentido em cada pessoa, do significado de estar em grupo (Pichon-Rivière, 2005). Rede que opera, seja por imitação, identificação e/ou invenções, como um contágio de afetos (Barros, 2007; Pichon-Rivière, 2005; Maximino, 2001).

Em relação as particularidades do momento grupal, os profissionais da AB/alunos apontaram que ele oferece mais tempo para que o paciente se abra, fale mais e melhor sobre o seu sofrimento/ adoecimento:

Percebemos que, na nossa prática clínica cotidiana, os grupos facilitam muito a comunicação dos profissionais com os usuários, na compreensão do interesse do usuário em buscar o serviço. Traz bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir os objetivos do profissional. Achamos que os usuários sentem abertura num grupo para expor e dividir com os demais a experiência que tem no manejo da doença, as suas dúvidas e curiosidades, num compartilhar (troca e participação). Os grupos oferecem mais tempo que uma consulta

individual para essa exposição pessoal. A linguagem dos profissionais deve ser prática para utilização dos conhecimentos adquiridos no dia-a-dia. (...).

Através da multiplicidade das experiências e das pessoas, de um bate-papo de troca de experiências e conhecimentos, ampliamos a capacidade do grupo em atingir o objetivo de cuidado à saúde e mudança de hábitos. No grupo, não somos os únicos sabidos. No consultório individual não temos tempo de agir dessa forma, nossas recomendações ficam mais impositivas e não aparecem as diversas experiências com a doença. O grupo permite que sejam tratados assuntos que não aparecem no consultório individual, não focando a queixa. Entre um e outro encontro, conseguimos abordar mais aspectos que entre os atendimentos individuais, estes mais focados na queixa, na medicação e nos procedimentos clínicos. Quanto mais os usuários se empoderarem dos conhecimentos transmitidos, mais resultados na direção do autocuidado o grupo proporciona. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Os grupos, segundo este texto coletivo, poderiam facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários, tanto na compreensão da sua necessidade de saúde, tanto em entender as razões que fizeram com que ele buscasse o serviço e para a explicação de decisões anteriores sobre o tratamento de saúde. Outras questões relacionadas ao adoecimento poderiam ganhar visibilidade, não somente seria dito “*vim porque estou com dor*”, mas também “*tenho dificuldades de lidar com isso*”, “*não sei por que tomo esse remédio*”, “*não sei porque me deram esse tratamento*”. O espaço de grupo estaria no discurso dos profissionais/alunos mais aberto aos aspectos vivenciais das experiências do adoecimento/ sofrimento. Quanto mais a linguagem dos profissionais for acessível ao conhecimento da população, melhor para utilização dos conceitos e dos conhecimentos adquiridos, no dia-a-dia, pelos pacientes.

Ainda, segundo os profissionais da AB/alunos, o grupo pode trazer bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir os objetivos do profissional e do paciente no seguimento. O fato do grupo possuir encontros contínuos poderia potencializar o acompanhamento longitudinal e um processo de aprendizado, de tratamento e de terapêutica, o que favoreceria a visualização dos resultados tanto pelo paciente quanto pelo profissional. Assim, usuários sentiriam maior abertura num grupo para expor e dividir com os demais a experiência que têm com a doença, trazendo dúvidas e curiosidades que somente um compartilhar (troca e participação) poderia propiciar. Afirmaram que os grupos ofereceriam então mais tempo e recursos que uma consulta individual para essa exposição pessoal.

Nota-se que outros aspectos que influenciam o modo de atuação em grupo são a linguagem e a abordagem utilizada pelos profissionais, devendo apresentar conceitos aplicáveis. O grupo seria um espaço de uma intervenção menos impositiva, menos centrada na queixa-conduta e que dispõe de mais tempo para a relação profissional-paciente. Neste contraponto com o atendimento individual, estaria sendo instaurada uma dicotomia? Não seriam necessários nos dois espaços, a linguagem acessível, a explicação sobre o cuidado em saúde e momentos para abertura e exposição dos afetos?

Em texto publicado em 2003, Campos discute o conceito de clínica ampliada na saúde coletiva, a partir da necessidade de reinvenção das práticas e políticas. A clínica ampliada pressupõe que com a doença colocada entre parênteses, o olhar clínico deixaria de ser exclusivamente técnico e a pessoa voltaria a ser o objetivo do trabalho em saúde, não mais a sua doença, a partir da participação social ativa no tratamento (Basaglia, 1985; Campos, 2003). O debate não se circunscreve ao espaço individual da clínica, mas se abre

aos espaços produtores de cuidado. Assim, as práticas degradadas e a ontologização das enfermidades estariam em quaisquer práticas (Campos, 2003).

Assim, hipertensões arteriais semelhantes segundo critérios clínicos tradicionais, teriam consequências e gravidades distintas conforme o Sujeito e o Contexto em questão. A clínica empobrece-se toda vez que ignora essas inter-relações, perdendo até mesmo capacidade de resolver problemas estritamente clínicos (Campos, 2003, p.57).

A clínica degradada estaria marcada por um limite externo imposto à potência da clínica, o que poderíamos constatar pelo trabalho queixa-conduta, práticas mecanicistas e unilaterais, superioridade do saber biomédico em relação aos demais, fragmentação dos especialismos (Campos, 2003).

Talvez trata-se-ia de uma ilusão afirmar que a boa relação profissional-paciente, que a linguagem mais adequada e que a produção de uma prática menos centrada na queixa não são problemas para a intervenção grupal, já que se trata de uma questão da clínica, ou seja, as práticas em saúde poderiam ser degradadas independentemente do *setting*.

Por que será que o grupo é colocado como um espaço para a produção da clínica ampliada? Se é tão bom, por que não é mais frequente? Opor o atendimento grupal ao individual pode criar um falso-problema, ocultando as reais práticas exercidas em cada *setting* e suas potencialidades (ou problemas).

Para Barros (2007), não se trata de uma questão binária (grupo-individual) e há uma diferença da intervenção produzida pelo dispositivo grupal:

Ouvir o outro irradia uma experimentação de ouvir outros – outros modos de existencialização, outros contextos de produção de sujeitos, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar. Impõe, além disso, um

deslocamento de espaço de vivências das angústias (fundamentalmente experimentadas como individuais) (Barros, 2007, p.312).

A tradição binarizante trata de oposições em que um dos pólos se tornaria regra instituída e generalidade (Barros, 2007).

Gostaríamos de pontuar outras características do contexto da ABS não trazidas pelos textos coletivos que consideramos relevantes ao se adotar os grupos como estratégias de intervenção. Refiro-me a utilização do grupo como forma de lidar com o excesso de demanda e ainda a escassez de recursos e de tempo no cotidiano do trabalho dos profissionais. Nem todos os grupos observados foram organizados para racionalizar recursos e tempo da equipe, ainda quando tal prática poderia ser legítima quando o foco está em agrupar as pessoas para passar a mesma informação num único momento. O problema aparece quando se tem a intenção de substituir o atendimento individual, em geral pelo atendimento em grupos, tendo como consequência uma prática clínica degradada. Por exemplo, em grupo de pacientes hipertensos e diabéticos que observamos, em que se objetivava aferir a pressão arterial e a glicemia e atualizar as receitas médicas; em realidade, uma consulta individual serializada foi produzida, sem respeito à privacidade do paciente, sendo o usuário punido quando se ausentava ou em razão de não mudar o seu comportamento em relação à alimentação. O profissional agia a partir da avaliação da conduta do paciente, ao invés de utilizar o grupo para conhecê-lo melhor, para ampliar o diálogo e incluir a relação cultural e social da hipertensão com a alimentação.

Grupos planejados *somente* a partir das razões ligadas à carência de recursos, além de produzirem uma clínica individual em um espaço coletivo, expõem o paciente a situações constrangedoras e de falta de ética.

Um terceiro ponto a comentar é sobre a denominação e os termos utilizados para identificar a intervenção pretendida e a identidade grupal:

Temos atualmente nas Unidades de Saúde grupos de: hipertensos, diabéticos, tabagismo, ginecologia, Citologia Oncótica, pré-natal, gestantes, planejamento familiar, mulheres, dislipidemia, crianças com problemas, crianças com mães (SM e pediatra), saúde mental, nutrição, qualidade de vida, lian gong, ginástica, caminhada. Outros grupos menos ocorrentes são os de bebês chiadores, de cuidadores, de vivências, de acupuntura e meditação. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Embora com termos bastante variados, há ainda um discurso de que os grupos devam ser pautados pelas doenças das populações, riscos a que estão expostos ou situações em que se encontram. Fernandes (2007) discute que abrir aos membros dos grupos a possibilidade de nomeação, visando a desconstrução da denominação patológica, pode favorecer a participação social e o empoderamento à tarefa proposta para o encontro. Nomes como “bebês chiadores” pode trazer um rótulo simplificador da condição humana, em alguns casos até constrangedor, o que poderia impedir a participação (como já presenciei em outros momentos a denominação de “grupos de tuberculosos” ou “grupo de recaídas” – este referindo-se a grupos de incentivo à interrupção do uso do álcool).

Mesmo sendo configurado como um espaço de compartilhamento de experiências, mesmo que pautado pelo adoecimento, na ABS, em geral, o grupo é disparado pela vivência da doença, a experiência do sofrimento e um objetivo educativo mais ou menos explícito. Na observação, verificamos que a explanação da doença é, em geral, seguida de comentários sobre como é viver com ela.

Escolhemos os temas sozinhos, em equipe ou através da indicação dos usuários. Discutimos com os usuários a programação dos temas. Muitos de nós²² decidimos os temas nos encontros, poucos de nós fazemos a programação dos temas de um encontro para outro e alguns de nós fazemos uma programação anual, o que facilita o preparo prévio do profissional. Mudamos a programação ao decorrer do ano e pensamos que o grupo vai se construindo num processo, sendo possível acrescentarmos temas emergentes dos encontros. Outros de nós seguimos o programado, facilitando o convite aos profissionais convidados e a presença dos usuários de acordo com o tema de interesse. Repetimos alguns assuntos a cada grupo, pois sempre possui pessoas novas inseridas. (...). Em alguns grupos, iniciamos a abordagem do tema a partir de questões que remetem à história de vida das pessoas em relação à doença, dos sentimentos e percurso do diagnóstico. Falamos do mecanismo fisiológico da doença e depois perguntamos como é estar com a doença, para trazer aspectos vivenciais para a discussão. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Então, podemos ver que mesmo com a ênfase nas experiências do adoecimento, os grupos na ABS ainda carregam a herança da educação em saúde de grupos voltados para obtenção de conhecimento sobre determinadas patologias e o aprendizado de modos de cuidar de si. Observamos durante o planejamento dos encontros do grupo, que os temas são definidos e são os organizadores centrais da intervenção, sendo os relatos de histórias de vida meros exemplificadores dos assuntos trabalhados. Não pudemos constatar que os grupos na ABS, em sua raiz, possuam um foco terapêutico, embora eles produzam efeitos

²² Os termos “alguns”/ “outros”/ “poucos de nós” foram recorrentes na construção das narrativas no sentido de indicar que não havia consenso entre o grupo de participantes na questão debatida. A preocupação central não era a de quantificar os discordantes, mas ressaltar os pontos de discussão que não havia unanimidade em relação à sua compreensão ou aos modos de atuação.

nesse sentido, de fato ainda estão centrados numa abordagem educativa, talvez por isso sejam pensados e estejam relegados à margem da clínica.

Episódio 2: A exposição das virtudes (e fragilidades) humanas e do equipamento de saúde: o retorno ao atendimento individual.

Se a produção grupal aciona afetos, mudanças, expõe um fazer-clínico ampliado, percebemos uma fragilidade quando, diante de qualquer imprevisto ou sobrecarga de trabalho, ocorre um retorno para o *setting* individual. Conforme foi relatado no capítulo *Apontamentos metodológicos*, do momento em que os participantes desta pesquisa elencaram grupos possíveis para a observação até a ida ao campo, houve significativa redução no número e nos tipos de grupos nas Unidades Básicas investigadas e a serem inseridos na pesquisa. E ainda, no processo da observação, constatamos que vários grupos elencados ou já não existiam mais ou ainda estavam em fase de planejamento ou só de pensamento. Então, de 21 grupos apontados dentro dos quesitos para participação nesta pesquisa, observamos 5 que de fato ocorriam no cotidiano das Unidades de saúde. Talvez não possamos conhecer todos os motivos dessa não-existência dos grupos, mas isso indica (até mesmo a partir das justificativas dadas pelos profissionais da AB/alunos) que realmente há uma certa dificuldade em realizá-los, em estabelecer uma relação ou uma clínica de grupo com os usuários e tornar esse espaço concreto diante da agenda de trabalho na ABS. Por outro lado, se diante de um papel em branco para apontar os grupos para esta pesquisa surgiram nomes supostamente de grupos em funcionamento, isto parece indicar que há um certo “bom olhar” para as Unidades que de fato conseguem realizá-los e

sustentar essa prática. Os grupos, em geral, seriam considerados, em princípio, como boas práticas.

Se há uma especificidade no fazer-grupo na ABS, podemos afirmar que há também uma fragilidade dessa prática e uma dificuldade em suportá-la, optando-se por outras modalidades de atendimento, principalmente o individualizado. Essa escolha também pode estar ancorada por uma formação acadêmica, que seguindo o paradigma biomédico e a lógica das dicotomias, centra-se em práticas clínicas individuais, ponto que será abordado no próximo capítulo.

O grupo nos permite que atinjamos um maior número de pessoas (vide a nossa demanda e a população que são grandes) e nos permite um grau de informalidade em que as pessoas conseguem se expor, falar de si para o outro, de suas dúvidas. As conversas que fazemos nos grupos são mais informais e, através do senso comum, conseguimos trabalhar informações importantes para melhoria da qualidade de vida e no manejo da doença. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

O texto coletivo nos aponta que o atendimento em grupo, em geral, confere maior informalidade do que numa consulta individual, na relação profissional-paciente, porém dessa maneira, a formalidade estaria no atendimento individual? Que informalidade seria essa? Qual diferença da clínica que se produz na individualidade ou no coletivo?

Estaria essa informalidade relacionada a menor sistematização dos encontros grupais? Relação com o usuário mais próxima (linguagem do senso comum)? Assim como pensamos na visita domiciliar e no atendimento individual, o espaço de grupo constitui-se em um meio de produzir a intervenção em saúde. Na ABS, o atendimento, seja individual

ou grupal, não se encerra nele mesmo e há outros fatores a serem considerados no processo de adoecimento, sofrimento ou manutenção da saúde: culturais, sociais, econômicos, individuais etc. Há que se ter certa composição das ações para uma coprodução em saúde eficaz e resolutive (Campos, 2003).

Essa informalidade poderia também estar relacionada ao caráter de compartilhamento de experiências conferido ao grupo e à não tentativa de imposição de um tratamento, dado o caráter educativo da proposta. Dessa forma, é como se no grupo o profissional fizesse um esforço maior de adequar sua linguagem ao público e tentasse aproximar seu saber técnico ao senso comum. Com posturas impositivas demais, o usuário teria em seu poder burlar a participação, já que o tratamento real se daria no ambiente individual ou por outras vias que não o grupo.

Parece-nos então que, no atendimento individual, o profissional de saúde estaria mais protegido atrás do lócus legitimado de suposto saber e não constrangido em expor suas fragilidades. Esse fato contribuiria para que (inconscientemente?) o profissional buscasse não atender em grupo. *“As falas portadoras de cristalizações, os afetos congelados em territórios fechados, quando acionados pelo dispositivo grupal, são mais facilmente arguidos em seu caráter natural”* (Barros, 2007, p. 310). Como se o grupo pudesse destituir o eu de um lugar sobrecodificador.

Questões ainda aceitas dentro do consultório individual, como a hierarquia e imposição de saberes, parecem menos toleráveis num grupo e o grau de submissão a esse tipo de comportamento diretivo do profissional é menor. Parece um indício de que, quanto mais as recomendações são impositivas ou as ações são sem sentido dentro de um grupo, menos as pessoas comparecem aos próximos encontros.

Sobre o encontro profissional-usuário, Onocko Campos (2005b) nos apresenta uma discussão sobre os processos de identificação que acontecem entre essas pessoas nos serviços de saúde. Acontece, por exemplo, de muitas equipes se sentirem desvalorizadas (ou agressivas ou guerreiras) em comunidades onde a pobreza é grande, estando sujeita aos vários mecanismos desse processo de subjetivação (Onocko Campos, 2005b). Se estar em contato nos grupos exige uma circulação dos afetos, seria necessário entrar em contato com subjetividades que não compreendemos e que não respondem às tradicionais ações educativas que tentariam impor saberes.

No grupo, aprendemos a lidar com as explosões de emoções, choros, e a partir disso experimentamos condutas diferenciadas, aprendemos também nesse processo sobre os nossos limites e a lidar com o que emerge. A população nos apresenta diversas fragilidades que nos comovem, como situações de violência, de miséria e de desemprego. Aprendemos a lidar com os sentimentos a partir da reação dos outros participantes também, o que é mais difícil de acontecer no atendimento individual. Isso possibilita para nós o trabalho com o paciente, seu tratamento e visualizar as possibilidades de mudar. Achamos que o grupo sempre sai mais fortalecido após essas experiências.

Um dos pontos fracos do grupo para nós é a privacidade. Muitos pacientes se expõem até certo ponto e ao término do grupo nos procuram para uma conversa particular. O grupo não permite falar de particularidades da vida e dificuldades de relacionamento, como de histórias de tráfico de drogas, assassinatos e violências. Achamos diferente de grupos centrados na patologia, que todos os presentes têm os mesmos problemas e conseguem se expor com mais facilidade. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Os profissionais da AB/alunos nos apontam que há uma dificuldade em operar com essas singularidades das histórias de vida no contexto grupal, em virtude da falta de privacidade conferida pelo grupo. Oury (2009) contribui para pensarmos essa questão, pois há que se ter o exercício de uma *tekné* e estar advertido para desvendar essas situações. Não contar com determinada formação técnica pode levar o profissional de saúde a mais uma angústia no nada saber, do não estar advertido (Onocko Campos, 2005b). Isso levaria a negação de acontecimentos importantes no espaço grupal, gastando forças para adequar os comportamentos e as tarefas, ao que foi planejado para o grupo, para a exposição da palestra. A identificação extrema com a situação da história de vida do paciente poderia, por outro lado, levar à uma cegueira, um imobilismo e mesmo à uma igualdade de papéis, sendo o profissional paradoxalmente controlado pelo grupo, perdendo a função técnica. O profissional estando no grupo, está também exposto aos seus acontecimentos e deles faz parte, em diversos momentos seremos convocados pelos pacientes a participar da discussão, dar nossa opinião ou dizer como agimos em determinada situação. Essa pode ser uma “saia-justa”, que colocaria o profissional de saúde numa situação vulnerável em relação à exposição de suas virtudes, seu modo de vida e suas fragilidades humanas. Ele entra em contato com seus limites.

Mais uma vez, estamos frente a um desafio de realizar um grupo que lide com seus possíveis, com suas singularidades. O grupo também pode ser espaço para as questões difíceis da vida. O conhecimento dependeria então desse exercício da *tekné*, aliado à escuta e na arte de compartilhar as decisões e os caminhos (Campos, 2011). Saber *o que se passa no grupo* exigiria pôr em cena, em ação, para fazer passar algo, o que se constitui num trabalho de *decifragem* e análise coletiva (Oury, 2009). Grupo como espaço de passagem.

Quanto aos acontecimentos no grupo, em muitos encontros, temos novos elementos que não são possíveis de planejar e precisamos lidar com eles. Às vezes temos raiva que o paciente continua mal de saúde, descompensado, e ele quer saber de outros temas no grupo, conversar de outros temas que não a doença. Aí o grupo facilita a nossa condução quando temos dificuldade de abordar o tema, ajuda-nos a saber da relevância do tema e a desfocarmos de uma necessidade individual para uma grupal. Aprendemos a lidar com as colocações dos pacientes no e com o grupo e nos responsabilizamos por fazer bem feito, afinal há uma expectativa do usuário ao vir para o grupo. (...).

Na condução de grupo, enquanto coordenadores, alguns de nós temos dificuldade para lidar com pacientes poliqueixosos, pois parece que eles entendem a proposta, mas insistem em sua queixa e algo voltado para si, enquanto queremos algo para o grupo. Outros de nós, temos dificuldade em lidar com a frustração de não atingir os objetivos propostos com o paciente. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Neste trecho, podemos ver que a abertura para aspectos emergentes no espaço de grupo também invoca o imprevisível e exige as atitudes fora do planejado. É muito comum que alguns pacientes, frequentemente rotulados de “poliqueixosos” ou “simuladores”, tragam para discussão num contexto grupal outro tema que (a princípio) não tem relação com o tema principal a ser trabalhado. O profissional se esquivava, dá pouca relevância ao ponto levantado por ele e retoma o esquema do seu plano para o encontro. O paciente, nessa perspectiva, realmente atrapalhou seu plano de trabalho. É aí que está o processo de *decifragem* que Oury nos fala, tentar captar/ ou fazer surgir os sentidos das falas, algo que tenha relação com o que está acontecendo no coletivo. Um problema só se torna concreto na medida em que o é para alguém.

Vivenciamos esse aspecto numa das observações no grupo de tabagismo, em que a pessoa insistia em falar sobre sua solidão em casa e o profissional em trabalhar as razões de dependência química orgânica ao cigarro, tema organizado para aquele dia. Não foi possível que a pessoa pudesse falar sobre a relação que ela fazia entre sua solidão e a sua dependência, isso foi encarado como uma fala individualizada, o que fez com que o tema da “aula” voltasse a ser ministrado. O coletivo poderia ter possibilitado e ajudado a encontrar novas conexões de sentido, criadas a partir do envolvimento das pessoas que nele estão implicadas.

Outra fragilidade aparece com o receio dos profissionais de saúde de que o paciente deixe de dar seguimento aos atendimentos individuais e que “se aproveite” do espaço de grupo, do momento “facilitado” com o profissional de saúde, solicitando apenas renovações de receita de medicamentos, por exemplo. Este receio teria ao nosso ver relação com o entendimento de que o espaço de grupo não pode se tornar único e exclusivo durante o tratamento de uma doença ou situação de sofrimento, como se o atendimento individual fosse a intervenção principal e o grupo complementar, tema do próximo episódio. Nessa situação, caberia ao profissional avaliar *juntamente* com paciente e com os demais membros do grupo, o que é pertinente ou não naquele contexto. Uma decisão compartilhada sobre os objetivos dos espaços.

Na ocasião de observação de um grupo de acompanhamento a pacientes com hipertensão, pudemos presenciar a coordenação de um grupo por uma profissional médica/aluna que entendeu o real tema a ser trabalhado durante o encontro: a sua possível saída da equipe. O grupo neste caso de caráter educativo e clínico, deixou de centrar a discussão em torno de temas patológicos ou de sintomas, para trabalhar os sentimentos das pessoas em relação à grupalidade e vínculo já existentes:

De manhã, periferia da cidade, ruas de terra, casas de madeiras e tijolos. Uma fila de pessoas na porta de uma casa me indica onde se localiza o centro de saúde. Encontro Vera, médica generalista que já me aguardava para o grupo de pacientes hipertensos. Partimos da unidade de saúde até o salão da igreja da comunidade para encontrá-los, pois já estava no horário do encontro. No caminho, alguns moradores cumprimentavam Vera. Era perto, poucos quarteirões. Chegando lá, sete pessoas já nos aguardavam, incluindo a técnica de enfermagem Célia, que foi antes para organizar o espaço. Todos cumprimentaram-se e nos receberam com alegria, nitidamente já conheciam Vera.

As cadeiras encontravam-se em círculo, os prontuários e instrumentos clínicos dispostos em uma mesa. Com olhares curiosos das pessoas dirigidos a mim, fui apresentada pela médica, expliquei a pesquisa e o consentimento necessário para minha observação do grupo. Concordaram com minha presença.

Vera, com intuito de me inserir no grupo e me informar, pediu às pessoas: “contem o que já teve de bom no grupo nestes anos”. “Você”, respondeu um deles, apontando para Vera, o que foi reafirmado pelos demais integrantes. Estavam preocupados, pois ouviram falar de outras pessoas da equipe que ela iria embora da unidade de saúde, lamentavam o fato de perder uma profissional como ela, elogiaram o trabalho e os atendimentos realizados. A médica explicou que pretendia mudar de emprego, mas que ainda nada estava certo. Os pacientes atribuíram a falta dos demais colegas participantes do grupo a essa estória (segundo eles, o grupo costumava ter de 15 a 20 participantes). Enquanto isso, Célia aferia a pressão arterial de todos os integrantes, um a um, deslocando-se ao local em que estavam sentados.

Vera perguntou novamente o que já teve nos encontros anteriores. Eles retomaram o assunto da sua possível saída da equipe, dizendo que tiveram um bom acompanhamento e proximidade com a profissional. Preocupavam-se pois não sabiam como fariam para marcar consultas. Minha impressão era de que precisavam falar da possível perda da médica de um espaço que parecia significativo no processo de acompanhamento clínico deles. Os usuários souberam mostrar o que era importante naquele dia para a grupalidade: discutir o fim do grupo e as implicações com a saída da profissional.

A médica contou que a cada encontro era destinado a um tema para educação em saúde. Sr. Antônio contou que aprendeu muito sobre a alimentação, dando o exemplo do consumo da manteiga com sal, que sobe um pouco sua pressão arterial. Vera contou o caso de uma senhora que tinha o colesterol muito alto e que controlou somente com orientações alimentares do grupo.

Nesse momento, chegou a Sra. Silvia, bastante ofegante e justificando-se que estava atrasada pois veio caminhando. Cortou o fluxo de conversa do grupo, com sua preocupação com a hérnia de disco do marido. Relatava a dificuldade de conversar com Vera para avaliação dos exames, mesmo indo diversas vezes à recepção da unidade solicitar consulta. Vera combinou um horário para que Sra. Silvia fosse com o marido ao consultório.

A médica dirigiu-se para a mesa e então chamou cada paciente individualmente para avaliar os exames, a pressão arterial do momento e refazer as receitas medicamentosas, dispensando-os ao fim de cada consulta, despediu-se e orientou-os a tomarem a vacina contra o vírus H1N1. (“Narrativa-cena grupo de hipertensos”).

Neste caso, a realização deste grupo, nesta unidade de saúde, teve função também de cogestão, sendo arranjo para lidar com a demanda e necessidade por ações de saúde neste contexto. A partir do grupo, foi possível a criação de uma estratégia que ampliasse o acesso às ações de saúde da unidade, antes restritas ao agendamento na recepção. Vemos com isso que o grupo também poderia apresentar as fragilidades do serviço (não só as dos profissionais), as ações instituídas que estariam contra o acesso. Neste caso, os usuários puderam, a partir da possibilidade de neste dia não trabalhar o tema relacionado à doença hipertensão, falar do papel da médica em cuidar deles e da “circunstância hipertensão”, apontar aspectos da organização do serviço e algumas fragilidades institucionais. Traduziram isso através da exposição dos medos decorrentes da saída da médica da equipe, por exemplo, no questionamento de como fariam para marcar as consultas. No início houve a insistência da profissional para que voltassem ao tema do dia, ao que era de costume – a discussão da hipertensão, mas a partir da sensibilidade da profissional, os usuários puderam falar de sua preocupação pela continuidade do tratamento e da importância do encontro no grupo na vida deles.

Pudemos presenciar que este espaço abriu algumas possibilidades aos seus usuários para também comentarem sobre vínculos, compartilhamento de experiências e de saberes. Pode-se perceber, ao longo da narrativa, a divisão do tempo entre o espaço do coletivo e do indivíduo – o grupo aconteceu de forma interativa e comunicativa desde o início para trabalhar questões comuns e, depois, cada paciente teve seu tempo isoladamente com a médica a fim de tratar de algum interesse ou necessidade pessoal, o que também continuou de forma comunicativa e afetiva. Pudemos presenciar que mesmo havendo uma mistura de clínica individual no espaço coletivo, nesse caso, os pacientes não se sentiram constrangidos, nem foram expostos a nenhum fator antiético, na medida em que foram trabalhadas questões gerais do acompanhamento do paciente e da hipertensão, por exemplo, a revisão das receitas e prescrições de medicamentos. Nesse caso, o grupo serviu ao acompanhamento do paciente e do aparecimento de possíveis riscos e sintomas na evolução da doença, como também para sua capacitação para a mudança de hábitos e discussão sobre o estilo de vida.

Vivenciamos nesta cena, um caso de um grupo funcionando como porta de entrada para o serviço de saúde, para os procedimentos e a consulta médica. O objetivo central (explícito) do grupo relatado pela médica era o acompanhamento de pacientes com hipertensão controlados, para orientação medicamentosa, sanar dúvidas e trabalhar temas para educação em saúde. O grupo pretendia oferecer uma diversidade de temas e de atividades, como palestras, conversas, viagens, para que aumentasse a motivação de participação dos pacientes. Caso precisassem de orientação individual, ela pediria que eles agendassem uma consulta na recepção. Os prontuários foram identificados e os encontros agendados de acordo com o risco apresentado pelo paciente e sua doença, de modo que todas as semanas teria um grupo de pacientes diferentes, sendo: a) alto risco (prontuário

identificados com etiqueta vermelha): a cada 40 dias; b) médio risco (amarelo): a cada 60 dias; c) baixo risco (verde): a cada 3 meses.

Esse planejamento do grupo foi pensado a partir de que, segundo a médica, os usuários reclamavam muito sobre a falta de acesso aos serviços da unidade, já que o agendamento na recepção funcionava em alguns dias da semana e em número muito limitado de consultas. A médica também encontrava dificuldades em manejar sua agenda, caso precisasse “encaixar” um paciente que precisasse de um retorno antes da data livre na agenda. Então, ela teve a iniciativa de utilizar dessa estratégia do “grupo de hipertensos” para acompanhamento dos seus pacientes e também para gerar uma porta de acesso ao serviço médico (objetivo implícito), com demanda reprimida na burocracia da unidade. Talvez a fila que encontrei ao chegar na unidade de saúde, a preocupação dos participantes do grupo com a saída da médica e o relato de Sra. Silvia no grupo afirmem a dificuldade de acesso ao serviço.

Vemos que então o grupo, à medida em que amplia as possibilidades de contato com o usuário, seja através da linguagem, do tempo disponível, dos sentimentos e medos em relação à doença, amplia também as brechas para análise da própria produção do cuidado e para, quem sabe, a intervenção institucional. A exposição das fragilidades – do usuário e da comunidade, do profissional e do serviço – reforçariam uma tendência de retorno ao atendimento individualizado.

Episódio 3: Lugar e estrutura dos grupos: papel coadjuvante no tratamento e enquanto estratégia clínica.

Grupos abertos, fechados e semiabertos.

Das teorias psicossociológicas de grupo, temos uma distinção entre grupos abertos e grupos fechados. Essas duas formas organizam os encontros quanto ao seu processo, se serão as mesmas pessoas em todos os encontros, quando se aceitará membros novos, qual a frequência, se esporádica ou contínua.

Grupos abertos são definidos pela liberdade e autonomia no que se refere às entradas e saídas, é a pessoa participante ou o coordenador quem define quem entra e quando sai algum de seus membros, não havendo preocupação em continuidade ou no processo ao longo do tempo para atingir os objetivos pretendidos. Num grupo aberto, o número de pessoas poderá ser um pouco maior que nos demais grupos, os critérios de seleção menos exigentes e a regularidade de reuniões não tão rígida (Foulkes, 1948). Esse tipo de grupo, na psicologia, é muito utilizado na forma de “grupo de espera” para grupos de tratamento, quando da existência de listas de espera para determinado atendimento (Foulkes, Anthony, 2003). Dessa forma o terapeuta coordenador teria mais elementos de avaliação de um paciente antes de inseri-lo num grupo terapêutico fechado.

Já os grupos fechados são aqueles em que os pacientes começam e terminam o tratamento, o processo grupal, juntos, não sendo admitidas entradas e saídas ao longo do tempo e pressupõem a regularidade de participação nos encontros. Poderíamos dizer que cria uma suposta sensação de ambiente protegido, de suposto sigilo, já que não mudam as pessoas. É uma estrutura muito utilizada em psicoterapias (Foulkes, Anthony, 2003).

Parece-nos que, no contexto da ABS, nem sempre é possível promover um encontro de grupo com portas fechadas aos novos casos, nem sempre é possível atender poucas pessoas por um longo tempo em processos analíticos. Primeiro que a ABS não se propõe a isso e, segundo, que tem como uma de suas responsabilidades atender a demanda e garantir o acesso, o que seria talvez impossibilitado por uma longa fila de espera para grupos fechados de tratamento.

Na tentativa de discutir com os profissionais/ alunos sobre essa questão, percebemos que não há uma definição consensual do que seriam grupos fechados ou abertos. Isso pode ter relação com o fato de que os profissionais da ABS pouco tiveram contato com essa denominação proveniente da psicologia e da sociologia. Assim, tentando contextualizar o conceito para a realidade de atendimento da ABS, os profissionais/ alunos definiram dessa forma:

Entendemos grupo fechado por grupo com: a) um limite de participantes; b) um limite de encontros; c) usuários com indicação clínica para o grupo; d) os mesmos participantes do início ao término do processo grupal ou com novos participantes, mas com indicação, continuidade e frequência de participação; e) a programação determinada do início ao fim para determinadas pessoas; f) uma proposta terapêutica definida para determinadas pessoas participantes/ convocadas; g) o acompanhamento de casos mais graves ou de maior vulnerabilidade, com continuidade ao longo do tempo, coesão grupal, criação de vínculo e suporte emocional entre as pessoas; h) capacitação dos participantes. Exemplo de grupo fechado: de saúde mental e de planejamento familiar para laqueadura/ vasectomia.

Por grupo aberto, entendemos aquele grupo: a) com uma temática aberta aos interessados, com uma divulgação geral na unidade de saúde; b) que os

pacientes são convidados e não obrigados a comparecer; c) não exige uma frequência de participação; d) os participantes variam - não é o mesmo grupo de pessoas em todos os encontros; e) que os usuários podem convidar seus conhecidos e familiares a participarem. Exemplos que damos de grupos abertos: dislipidemia, hipertensão, diabetes, terapia comunitária.

Podemos trabalhar o mesmo tema em grupos abertos ou fechados, isso dependerá do nosso objetivo de acompanhamento dos casos, de acordo com o risco, da importância da formação de vínculo entre as pessoas e dos resultados para o autocuidado e autonomia. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Nota-se que o grupo fechado, nesta definição, não se restringiria ao fato de começar e terminar com as mesmas pessoas, mas designaria também a proposta que iniciaria e terminaria em determinado momento (“*limite de encontros*”). Para pessoas novas, haveria um novo contrato e seria preciso o seguimento para concluir o tratamento/ orientação. Podemos identificar os grupos educativos organizados dessa forma, em que há um conteúdo a ser repassado (“*capacitação dos participantes*”), como o exemplo citado do planejamento familiar, que tendem a ser grupos fechados para que as pessoas passem em todos os encontros necessários para obtenção do conhecimento sobre o tema. Assim, iniciariam e terminariam com pessoas definidas e ao encerrar uma primeira sessão de encontros, o grupo iniciaria uma nova sessão com pessoas diferentes.

Podemos identificar essa mesma estrutura sendo organizada para outras demandas da ABS, precisamos estar atentos nesses grupos para a forma de transmissão do conhecimento, se os grupos ocorrem de forma verticalizada, no paradigma da pedagogia bancária, que a educação popular tanto combate.

Interessante que o grupo fechado seria também definido pela indicação prévia para determinados pacientes, ou seja, não basta que o grupo comece e termine sua série de encontros com as mesmas pessoas, mas essas devem ser previamente selecionadas pela equipe (“*indicação, continuidade e frequência*”), principalmente casos com maior risco e vulnerabilidade em que se torna importante o acompanhamento longitudinal e criação de vínculo com a equipe e entre seus membros participantes. Podemos pensar nesse caso os grupos de mulheres gestantes ou mesmo os da saúde mental, citados pelos profissionais/ alunos.

No caso dos grupos abertos, a definição ficou muito semelhante à de Foulkes (1948), referindo-se principalmente à liberdade de participação em qualquer momento de uma série de encontros, não necessitando de indicação e, principalmente, sendo mediados pelo interesse individual no conhecimento e no acompanhamento da equipe. O que nos leva a refletir que os casos mais graves ou de grande vulnerabilidade não deveriam estar restritos a esse tipo de intervenção, pois dependem de um olhar atento da equipe e priorização independente de interesse individual. Parece-nos que estariam relacionados aos abertos, os grupos em que a participação não fosse obrigatória e que o tratamento à saúde fosse oferecido concomitantemente em outro espaço. No caso, os profissionais/ alunos citaram os grupos de diabéticos e hipertensos, pois os pacientes participam de momentos em grupo para controle da doença e ouvir as palestras dos profissionais e o acompanhamento/ tratamento é feito através do atendimento médico individualizado. Porém isso pode nos indicar um aspecto de complementaridade do grupo em relação ao atendimento individual, ponto que será mais debatido no próximo episódio.

Essas definições dos profissionais/ alunos sobre os grupos abertos e fechados parecem bem adequadas ao contexto da ABS. Percebemos que os grupos abertos

acontecem na ABS mais frequentemente que os grupos fechados, dado o caráter geral das ações a serem desempenhadas. Ao nosso ver, grupos fechados ficariam restritos em relação às demandas, às necessidades de intervenção ou de populações específicas. Por outro lado, trariam maior possibilidade que os grupos abertos para a construção de vínculo e de confiança entre as pessoas, visto que os pacientes e o profissional que os acompanham serão os mesmos por um tempo. A formação do espaço protegido aumentaria a confiança para que aparecessem elementos fundamentais da história de vida, dos sentimentos e dos sofrimentos daqueles que estão ali, dada a pertinência para o tratamento ou para a melhoria das condições de saúde e de vida. Os grupos abertos parecem-nos mais informais, de caráter informativo e de apoio social. Uma estrutura mais adequada na ABS poderia ser a de grupo semiaberto, combinando possíveis entradas e saídas, com acompanhamento longitudinal, busca ativa em caso de faltas e garantindo que as pactuações de funcionamento sejam efetivadas a cada novo membro, de acordo com as indicações. Antes de reunir as pessoas os profissionais deveriam se perguntar: por que queremos colocar todas essas pessoas juntas? O que pode ser interesse comum entre elas? O que queremos atingir? E concomitantemente, *perguntar aos possíveis participantes* o que é que eles desejam e por que um espaço comum pode ser interessante.

Grupo: coadjuvante ao tratamento ou estratégia clínica?

Durante a construção do texto coletivo do primeiro grupo focal com os profissionais da AB/alunos do curso, havia certo incômodo nosso em relação ao espaço ocupado pelo grupo na agenda do serviço. Já havia certa percepção entre nós de que o grupo, pelas questões apontadas por essa pesquisa, não estivesse colocado como estratégia de

intervenção possível e, por essa razão, lançamos a pergunta no grupo focal: “*Na opinião de vocês, os grupos são parte da terapêutica proposta ou são complementares aos tratamentos oferecidos? Constituem-se em uma proposta clínica? Por que percebem assim?*”. Esse ponto foi exaustivamente discutido para a validação da narrativa coletiva, seria o grupo estratégia de intervenção possível ou somente como uma ação ‘a mais’ oferecida pelo serviço de saúde (o que nomeamos como ‘coadjuvante’). A tal “polêmica” foi maior que imaginávamos:

Não há consenso entre nós sobre o grupo ser o tratamento clínico ou um elemento complementar a ele. Alguns de nós achamos que sempre o grupo será complementar ao tratamento, pois as pessoas são convidadas a participar e vai quem quer e tem essa disponibilidade; se a pessoa não pode ir, é possível passar orientações no consultório individualmente; o grupo pode ajudar o tratamento, pois tem efeito terapêutico, mas nunca ser a única proposta.

Outros de nós achamos que o grupo pode ser a única proposta, como no caso de pacientes que precisam de uma reeducação alimentar e exercícios físicos antes de precisarem de um tratamento medicamentoso. Outro exemplo é o grupo de acupuntura e meditação, que é o tratamento. O grupo então pode ser a proposta de tratamento. Outro caso é de pacientes a quem serão ofertados diversos meios de tratamento e, assim, o grupo será complementar, como por exemplo, os grupos de tabagismo e de saúde mental, que são fundamentais no tratamento, mas nunca a única oferta. Também dependendo da proposta terapêutica, para algumas pessoas o grupo será complemento do tratamento, para outros, o mesmo grupo será parte fundamental do tratamento. Parece-nos que os grupos de caráter educativo e informativos são complementares e os grupos de atividades corporais, nutrição, reflexão sobre hábitos e sobre a vida são

propostas terapêuticas e de tratamento. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Como pudemos destacar anteriormente, a tradição da psicologia, da psicossociologia, da psicoterapia institucional apontou para o uso do espaço de grupo para tratamento de distúrbios, doenças e sofrimentos. Na rede de Atenção à Saúde Mental brasileira é comum presenciarmos espaços grupais para discussão de aspectos institucionais e também nas propostas terapêuticas de intervenção.

Já na ABS, o caráter de grupo aberto aos interessados (seja grupo temático, norteado pela doença, seja grupo de promoção da saúde) conferiram um lugar de intervenção complementar ao tratamento proposto no ambiente onde predomina o tratamento individualizado, reforçado pelo poder biomédico hegemônico. Ou seja, o paciente é *convidado* para o grupo (ele pode ou não participar), como proposta complementar ao seu tratamento, mas a proposta efetiva de intervenção é feita através do atendimento individual. Como exemplo, o que presenciamos em grupos de gestantes e hipertensos: o acompanhamento clínico efetivo (da orientação, da medicação, do pré-natal e controle da pressão arterial) se deu no consultório, enquanto que no grupo não houve controle de frequência, nem anotações em prontuários, nem conexões com o tratamento proposto em *setting* individual. Foram feitas anotações para o paciente, e em caso de dúvidas “*procure o seu médico*”. Nesse caso, o grupo foi utilizado como espaço de informação em saúde, mas sem criar relação com as demais intervenções produzidas pela equipe. O grupo estaria ocupando um espaço marginal na conduta clínica na ABS? Sob essa perspectiva, o grupo nem parece espaço complementar, visto que não se conecta com o

tratamento, não produz diferença no raciocínio clínico, não há interesse na frequência do paciente, na lógica do “*quem vier aproveitou*”.

Os grupos abertos podem perder sua intenção quando os convites são tão amplos que não se relacionam com as demais ações da equipe, ou geram espaços que podem se perder no cotidiano das ações do serviço de saúde, sem continuidade da discussão, sem de fato acompanhar os pacientes que nele estão.

O próximo trecho do texto coletivo narra a dificuldade em convidar os pacientes para os grupos, visto que se configuram como uma atividade complementar oferecida na Unidade (com o caráter de grupos abertos), muitas vezes de desconhecimento dos próprios colegas de trabalho. A divulgação se efetiva nos corredores, como um convite atrativo e através de estratégias de convencimento, correndo o risco de não ser enquadrada como uma proposta clínica. Ao grupo é destinado o tempo que sobra dos atendimentos individualizados e dos espaços institucionais:

Convidamos para o grupo em conjunto à equipe da unidade e argumentamos sobre a oportunidade de troca de experiências e do encontro com histórias semelhantes. Alguns de nós utilizamos cartazes na unidade para divulgação e abrimos para todas as equipes encaminharem seus pacientes. Se a equipe sabe dos grupos que acontecem na unidade e como acontecem, ela pode convidar o usuário assim que ele aborda o assunto relacionado ao grupo, seja na sala de vacina, no acolhimento, na recepção. Achamos que o vínculo com o profissional que os convidam é importante para ter sucesso na participação. (...).

Temos dificuldade em acertar os combinados em equipe para o funcionamento conforme planejado do grupo, na hora de coordenar; também o tempo é pouco para programarmos o grupo e não conseguimos nos encontrar com a equipe, em

razão dos atendimentos individuais que preenchem o tempo. Achamos que a equipe ainda precisa colaborar mais na divulgação boca-a-boca e encaminhar mais para os grupos existentes; e também com o uso da sala, que geralmente não é de uso exclusivo para pacientes, havendo interrupções e atrasos para o início. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Não queremos com essa reflexão desvalorizar os atendimentos individuais, mas sim, questionar qual é o lugar dos atendimentos grupais e como eles poderiam se configurar, de fato, em estratégia clínica e não atração coadjuvante desse espetáculo. Vemos ainda uma ênfase grande no caráter educativo dos grupos, o que margeará sempre a conduta clínica. Como o grupo pode ser estratégia clínica, de tratamento, da terapêutica? A centralidade para o tratamento na relação individual profissional de saúde-paciente reduz as potencialidades clínicas?

O convite para o grupo é aberto, aos que se identificam com a proposta, havendo posteriormente certa seleção pelos profissionais proponentes de quem de fato pode participar no processo (para quem é indicado). Não se configura em estratégia de tratamento, mas em espaço disponível para trabalhar questões temáticas em torno do processo de adoecimento. As pessoas são convidadas (e não encaminhadas) pelo atrativo do encontro de conhecer outras pessoas em situações semelhantes e o sucesso na adesão à proposta é atribuído à forma com que esse convite foi feito.

Solicitamos ao leitor que nos acompanhe na narrativa-cena a seguir que ilustra um caso de que o grupo se configura enquanto estratégia principal e o atendimento individualizado é complemento. O grupo é o espaço clínico principal, com enfoque terapêutico e educativo:

Sala cheia, 17 pessoas, incluindo 3 estagiários de enfermagem, os pacientes, eu e 3 profissionais da equipe de saúde: a dentista, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem. Homens e mulheres, o mais velho de 65 anos e o mais novo de 21. As cadeiras em roda, uma sala agradável, acolhia bem a todos, embora o barulho externo fosse alto. O início se deu pontualmente às 9 horas da manhã, era o primeiro encontro desse grupo de pessoas, somente 3 pessoas haviam participado de outro momento. Rosa, a enfermeira, explicou que aquele grupo era de apoio para incentivar a interrupção do uso do cigarro. Para pessoas que iniciassem o processo de abandono do cigarro o espaço seria outro, com enfoque terapêutico, para suportar a abstinência e lidar com as dependências. “Nem todos precisarão de remédio. Depois de um tempo no grupo e de acordo com a necessidade individual, cada um vai passar por avaliação médica, da enfermagem e odontológica”, explicou Rosa.

A pedido de Rosa, todos se apresentaram; Noêmia, uma estagiária, passava um por um para anotar dados de prontuário, o que atrapalhava a apresentação do grupo. Sílvia, a dentista, chegou próxima a Noêmia e pediu que ela continuasse após a apresentação.

Após, Rosa solicitou que falassem aleatoriamente ao que na vida relacionavam o ato de fumar, enquanto Sílvia escrevia numa lousa o que as pessoas diziam. Alguns relacionavam a um momento de prazer, de relaxamento, outros a momentos de tensão, a momentos de solidão, de forças emocionais. Diziam o quanto estavam mal de saúde, com sintomas pelo corpo, como tosse, dor de garganta, fraqueza, tremores, que queriam parar de fumar, mas não conseguiam. Havia um sofrimento na fala daquelas pessoas. Rosa relacionou à dependência química e emocional que a nicotina causou na vida delas, que “parecia substituir pessoas pelo cigarro”. Rosa contou a história do tabaco no Brasil, o uso pelos índios e o significado nas diferentes comunidades e o uso na Europa e na América associado à liberdade individual, o que foi ouvido atentamente pelos participantes.

Sílvia, com um cartaz ilustrativo do Ministério da Saúde sobre todas as substâncias que contém em um cigarro industrializado, explicou a influência de cada uma no corpo humano. Joel, um paciente se surpreendeu e perguntou porque mesmo sabendo do quão nocivo é o cigarro, ele ainda continuava querendo fumar. Sílvia falou novamente da dependência química e parabenizou os participantes por estarem ali naquele momento, querendo acabar com o vício que, embora fizesse mal, proporcionava momentos de prazer.

Ao final, Rosa recombinau o horário e os dias do grupo, sempre uma vez por semana e falou sobre o sigilo das questões ditas no grupo. Cleide, uma paciente, solicitou um grupo no horário noturno, para não ter que faltar ao trabalho, o que Rosa acolheu como uma sugestão. Algumas tarefas foram repassadas para o próximo encontro: evitar fumar dentro de casa, fazer faxina na casa para eliminação dos odores do fumo e prestar atenção ao momento em que se busca o cigarro, relacionando com o sentimento do momento; “tem que ir com calma, cada um tem o seu tempo”, disse Rosa. Sugeriu evitar comentários aos amigos e familiares sobre a participação no grupo para que não aumentasse a ansiedade e a cobrança pelo tratamento. Para despedida, o combinado proposto era sempre dizer: “eu vou parar de fumar”, 3 vezes, o que foi repetido em coro de voz alta.

Ao final, a equipe costuma se reunir para avaliar o encontro, solicitaram que eu participasse. Dei um retorno quanto à coordenação de Rosa e Silvia, que estavam atentas ao que as pessoas tinham a dizer mesmo com o conteúdo previamente preparado e que notaram as interrupções ao processo do grupo, como as anotações paralelas em prontuário. Elas contaram que estão experimentando essa abordagem em grupo, relataram alguns casos de sucesso do grupo e animaram-se com a boa adesão numérica aos encontros. Silvia relatou que a equipe tem feito “certa pressão” para que ela não continuasse no grupo, pois a fila de espera para atendimentos individualizados na odontologia era grande. Silvia saiu da sala apressada, pois já havia pessoas esperando-a, os agendamentos estavam sendo feitos, mesmo para o horário em que ela estava no grupo. Rosa contou que além da participação no curso de saúde da família na Unicamp, fez capacitação para esse método de tratamento em grupo para tabagismo na psiquiatria. (“Narrativa-cena – Tabagismo I”).

O atendimento individualizado nesta cena somente ocorrerá para alguns, de acordo com o projeto terapêutico, objetivos da proposta e as ações necessárias. Podemos relacionar essa proposta a um grupo operativo, centrado na tarefa. É um grupo fechado, que possui objetivo comum entre os participantes definido (interromper o uso do cigarro) e caso esse objetivo mude, os participantes serão inseridos em outro grupo (terapêutico para lidar com

os efeitos da abstinência). Não entraremos nos méritos da abordagem utilizada neste caso para a interrupção do uso do tabaco/ cigarro, queremos destacar a condução dos coordenadores afinada, a participação ativa dos membros, um grupo educativo proporcionando efeitos terapêuticos para a execução da tarefa (individual). O grupo pressupõe atividades em conjunto e fora dele, como “lição de casa”, a fim de dar continuidade à proposta fora do espaço. As pessoas puderam participar, a palestra partiu do conhecimento e experiência das pessoas, com a oferta dos profissionais de saúde sobre o tema. Somente alguns pacientes não falaram, mas estavam atentos, observadores. Os profissionais experimentaram a coordenação e o acontecimento-grupo enfrentando com grande expectativa e ansiedade, baseados em capacitações anteriores.

Ao final, uma das coordenadoras relatou a dificuldade em continuar visto a pressão para que ela assumisse os atendimentos individualizados – este é um analisador: como a equipe vê a atuação de um odontólogo num grupo de tabagistas na ABS, evidenciado, por exemplo, pela incidência de doenças na boca causadas pelo cigarro? Em que essa seleção de casos é menos convincente que a demanda que bate à porta da dentista que justificasse sua saída deste espaço de intervenção? Este grupo foi iniciativa das duas profissionais, mas ainda não estava sendo considerado agenda de trabalho. Num encontro seguinte a que compareci, Sílvia já não estava mais “*devido a agenda*”.

Numa vivência de observação de um grupo de gestantes (na ocasião da primeira narrativa-cena apresentada), uma paciente surpreendeu-se com a proposta e disse “*o que oferecem aqui é ‘plus’*”, comparando a atenção do serviço público a consultas focais que ela tem acesso pelo plano de saúde suplementar. Valorizou a sua inserção no grupo e a efetivação da proposta pela unidade de saúde. Podemos entender o *plus* pelos dois

significados predominantes dessa palavra, como de “uma atividade a mais” e de “valor maior”, o que ressoa nos sentidos dessa discussão.

Registro e avaliação da prática: como sair do senso comum do “não funciona” para mostrar os efeitos do processo e os resultados.

O registro das ações de saúde iniciou-se na prática clínica frente à necessidade dos profissionais de acompanharem a evolução e história clínica do paciente (Vasconcellos, Gribel, Moraes, 2008). Atualmente, alguns instrumentos de registro, como o prontuário, são utilizados para: 1) avaliação de serviços de saúde; 2) para comunicação do trabalho em equipe; 3) na construção do projeto terapêutico singular do paciente; e 4) na continuidade da assistência prestada, dentre outros fins (Vasconcellos, Gribel, Moraes, 2008). A qualidade dos registros nesse caso torna-se importante para informar sobre o processo de trabalho realizado. Pode-se assim efetivar a articulação das ações realizadas em torno do projeto terapêutico da pessoa, favorecendo a comunicação da equipe com o paciente em torno dos objetivos de tratamento e/ ou manutenção da saúde.

Porém, ainda configura-se numa atividade pouco privilegiada e de baixa qualidade no cotidiano dos serviços, não apresentando informações básicas sobre o acompanhamento do paciente (Vasconcellos, Gribel, Moraes, 2008). Observamos que em alguns casos o prontuário é dividido por categorias profissionais, não sendo um instrumento único do paciente.

Registramos os grupos de variadas formas e meios: as planilhas de procedimentos, as planilhas de programação do grupo, as listas de presença, as

atas dos encontros, o prontuário do paciente. Poucos de nós, não registramos em ata a participação dos usuários. Os agentes de saúde nos auxiliam com prontuários e anotações. Quando registramos, procuramos anotar quem participou, quem faltou, a atividade que foi feita, as falas que chamaram a atenção. O registro é uma atividade recente para alguns e nos auxilia a ter dados sobre os atendimentos, os pacientes e o processo do grupo. Auxilia-nos ainda, para o trabalho em equipe (comunicação entre os profissionais) e seguimento do paciente, assim sabemos em outros atendimentos os momentos que o paciente veio à unidade, ou não, como ele estava e se falta há muito tempo ao grupo. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Através do texto coletivo dos profissionais da AB/alunos, podemos notar que há uma dificuldade ainda maior quando se trata de registrar a atividade de grupo. Consideram a importância do registro para informações do processo, dados sobre os atendimentos, mas ainda há um não-saber sobre como fazer. Os registros são raros e centram-se na elaboração de um cronograma de atividades ou no preenchimento de planilhas que atestam o quantitativo de pessoas presentes no encontro. A criação de uma “ata” (como alguns profissionais da AB/alunos denominaram) específica para o grupo foi uma estratégia pensada para anotações, sendo uma tarefa de pouca centralidade, deixada a cargo dos agentes comunitários.

Uma estratégia interessante possa ser o registro do grupo e seus acontecimentos – um prontuário de grupo (as tarefas, os movimentos, as realizações, os impasses, os conflitos) e também um registro individualizado sobre o participante do grupo (seu modo de participação, seu processo clínico, os dados de sua história de vida etc.), com anotações no prontuário geral do paciente.

Avaliar o atendimento grupal também é uma atividade pouco realizada e de dificuldade para a equipe, pois demandaria, na visão dos profissionais da AB/alunos, reunir a equipe em outro horário, num momento específico ou dentro da reunião de equipe de referência. Alguns conseguem realizar uma avaliação ao término do encontro, sobre a dinâmica do grupo e as posturas profissionais. Porém, ainda não há a inclusão do usuário nesse processo, tendo uma participação indireta na avaliação do encontro e no replanejamento através das sugestões de temas a serem abordados.

Alguns de nós temos ainda muita dificuldade em avaliar o grupo, pois quando ele acaba, os profissionais retornam a suas outras atividades ou se é final do expediente, vão embora do trabalho, não dando tempo por causa das diversas atividades realizadas na unidade de saúde. Assim, gostaríamos de marcar reuniões específicas para avaliar esse trabalho. Ao contrário, outros de nós achamos que a reunião de equipe de referência também é espaço para tal e, além disso, conseguimos fazer uma avaliação ao término de cada encontro com os profissionais que participaram dos aspectos positivos e negativos do grupo, já dando devolutivas sobre as posturas de cada profissional.

Achamos que a frequência e o número dos participantes é um indicativo que o grupo tem avaliação positiva, que é importante para o usuário e a comunidade. Poucos de nós fazemos avaliação com os usuários sobre o seu desempenho no grupo ao longo do tempo (geralmente no final de ano) e no seguimento das recomendações ofertadas nos encontros. (...) Pedimos sugestões de novos temas que os usuários gostariam para continuidade, mas ainda é muito indireta a participação deles na avaliação do grupo.

O grupo de tabagismo observado mostrou-nos regularidade nos momentos avaliativos e de registro dos encontros. Tal como na primeira narrativa-cena apresentada, eu era convidada a ficar para a conversa final. O tempo do grupo já contemplava essa reavaliação que ocorria no momento em que todos os usuários já haviam deixado o espaço. Houve uma conversa sobre o grupo em geral, as atividades e discussões propostas, assim como sobre o desempenho e atitudes de cada paciente, suas melhoras/ pioras em relação aos encontros anteriores. Note na narrativa-cena que o espaço grupal foi utilizado para essas reavaliações juntamente com o paciente, ponderando os efeitos das intervenções passadas no momento presente e ofertando novas atividades para o cumprimento da tarefa:

Compareceram 2 homens e 3 mulheres do encontro anterior. Sílvia e as estagiárias de enfermagem não estavam. Rosa iniciou: “como foi essa semana?”. Os participantes relataram que diminuiram a quantidade de cigarros, uma pessoa conseguiu diminuir um maço, outros começaram a caminhar e a não fumar mais dentro de casa. Cíntia, uma participante, relatou sua preocupação pois teve o diagnóstico de enfisema pulmonar. Justificou ao grupo sua preocupação pois é biomédica e sabe quais são todas as complicações da doença. Rosa deixou que ela falasse seu sofrimento e propôs ao grupo que fizéssemos um exercício de respiração no dia de hoje: “cuidaremos dos pulmões”. A proposta era de inspirar o ar, enchendo o abdômen e expirar lentamente, todos fizeram o exercício junto com Rosa, que estava muito calma. Após uma série de repetição do exercício, eles puderam relatar o que sentiram: tontura e formigamento, o que Rosa justificou com o aumento da oxigenação no corpo proporcionado pela respiração.

Rosa, com um folheto do Instituto Nacional do Câncer, explicou os sintomas de abstinência, que a diminuição do cigarro poderia trazer desconfortos e tremores. Sugeriu a José, um participante, o agendamento de uma consulta médica, pois ele diminuiu muito a quantidade de cigarros. A proposta com o exercício de hoje era de aumentar o consumo de água, diminuir o consumo de cigarro e aumentar o fluxo respiratório. Propôs que o grupo pensasse em coisas boas e estabelecesse metas para si para daqui um ano. Célio falou da conversa que teve com a mãe e a namorada, para que elas apoiassem seu tratamento.

Rosa falou sobre a mudança do olfato e do paladar quando se interrompe o uso do cigarro. Mariana, a auxiliar de enfermagem, fez as anotações do grupo, dos tópicos discutidos, das histórias trazidas, falou apenas quando se despediu dos participantes. Rosa conduziu muito bem o encontro. Ao final, Cíntia solicitou uma conversa individual com a enfermeira para contar que não queria ainda marcar a data para deixar de fumar, pois além de estar doente, está vivendo o luto da perda da mãe. Ficou aproximadamente 20 minutos com Rosa relatando sua preocupação, Rosa a agendou para consulta com a terapeuta ocupacional da unidade de saúde.

No momento da avaliação pela equipe, sou novamente convidada a ficar. Eles e eu tivemos uma boa impressão do encontro, discutimos o caso de Célio que está bastante ansioso, com sintomas da abstinência, sugeri que Rosa marcasse um atendimento individualizado para avaliação clínica. Sugeri também que Rosa explorasse mais o ponto trabalhado por ela neste encontro sobre o olfato e o paladar, trazendo objetos e alimentos para que os participantes cheirassem e provassem, que experimentasse mais as próprias dicas que costuma oferecer aos pacientes no próprio grupo, trabalhando mais a dependência do cigarro e o conteúdo educativo relacionados às histórias de vida e aos sentimentos dos pacientes. As anotações sobre o grupo e os pacientes foram feitas pela enfermeira e pela auxiliar de enfermagem. (“Narrativa-cena – Tabagismo 2”).

Episódio 4: Um grupo-qualquer.

Agregamos nos grupos várias pessoas que são da comunidade, que tem pensamentos semelhantes. Agrupamos as pessoas pela patologia ou por tema de interesse. (...). Fazemos os grupos em variados espaços, dependendo do tema, enfoque, unidade de saúde e existência de locais comunitários nos bairros: na unidade (sala de reuniões e espaços externos), na praça, no salão da igreja, no Centro de Integração da Cidadania. (...). No planejamento do grupo, fazemos levantamento de risco e a indicação dos participantes. Decidimos quem quer fazer e quem tem a indicação. Discutimos a melhor estratégia em equipe. (...).

Quando o grupo inicia, cumprimentamos as pessoas e apresentamos as que são novas. A seguir, apresentamos a atividades do dia e o profissional que irá falar do tema. Orientamos os usuários a sentarem ou ficarem em pé, dependendo da atividade a ser realizada.

O profissional que coordena expõe o tema e recebe as perguntas dos usuários, que costumam interromper a explanação, pois possuem muito interesse, curiosidade e expectativa. Às vezes, percebemos que os usuários trazem questões que não havíamos planejado, mas que são dialogadas a partir de então. Ao longo do grupo, as pessoas participam mais, sentem-se a vontade para perguntar, perdem a timidez. (...).

A participação em número varia pelo grupo. Os de hipertensos e diabéticos costumam ter mais gente, cerca de 20 a 30 pessoas. Achamos que o número ideal de participantes é 20. Programamos os grupos em decorrência do número de pessoas a serem atendidas e a classificação de risco e assim decidimos se vai ser semanal, quinzenal ou mensal para alternar entre os participantes, sendo que semanal é ideal, pois aumenta compromisso dos usuários com o grupo e os efeitos terapêuticos do grupo.

Realizamos cafês da manhã/ da tarde, festas de confraternização e usamos os computadores com slides explicativos para facilitar o funcionamento do grupo e aumentar a adesão do usuário. Para alguns de nós, a participação do médico, a realização de testes de glicemia e aferição da pressão arterial aumentam a adesão ao grupo, outros de nós achamos que não há necessariamente essa relação e o que influencia é a empatia com o profissional, independente de profissão.

Buscamos mais estratégias para aumentar a participação e adesão ao grupo, pois tem pacientes que moram longe da unidade e se não tiver um atrativo não participam. Variamos essas estratégias de acordo com a comunidade em que o

serviço está inserido. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Assim é a descrição de um grupo-qualquer na ABS no texto coletivo, de maneira geral os espaços são organizados dessa forma pelos profissionais. Foi ressaltado pelos profissionais o planejamento necessário para ocorrer um momento de grupo em suas unidades de trabalho. É feita uma classificação de risco de pessoas para programação da frequência e do número de pessoas nos encontros. Queremos destacar alguns pontos sobre esta estratégia de planejamento:

a) O agrupamento no princípio se dá por uma semelhança, seja de pensamentos, doenças ou temas de interesse;

b) As equipes precisam negociar com a comunidade os espaços possíveis para a realização dos encontros de grupo, pois muitas vezes as unidades de saúde não dispõem de espaço ampliado, justamente porque o prédio não previa esse tipo de atividade na ABS. Consideremos que esse é um fator que, ao mesmo tempo, pode dificultar ou adiar os atendimentos grupais, pode também favorecer a relação com a comunidade, o conhecimento do território e criação de parcerias com organizações e movimentos sociais.

O ambiente foi narrado como ponto relevante para a organização do grupo. Dependendo do tipo de atividade proposta, o grupo poderá ocorrer em um espaço interno ou externo, porém julgamos importante avaliar qual o grau de sigilo, de privacidade, de tamanho necessário para que o seus propósitos sejam contemplados. O tema a ser desenvolvido, seu enfoque e o contexto em que se situa o equipamento de saúde também influenciarão nessa escolha. Em nossa observação, notamos que muitos grupos acontecem em locais onde, já a princípio, não comportam todos os membros. Muitos serviços

destinaram aos grupos aquela sala multiuso em que guarda-se tudo o que não pode ser acomodado em outros espaços físicos (como armários enferrujados, ventiladores quebrados e balanças).

O ambiente destinado ao grupo também pode nos indicar a posição marginal que ele ocupa na agenda de trabalho. Ocorreu algumas vezes no processo de observação: a equipe dispõe do espaço amplo interno, porém houve interrupções a todo momento por diversos motivos: alguém sempre entrava na sala no meio do processo, provocando uma sensação de como se o grupo não tivesse contorno. Entendemos que o *setting grupal* é construído não por quatro paredes e uma porta fechada, mas pela proposta e efeito que nele decorrem, nesse caso o ambiente externo também poderá se constituir em um espaço protegido e terapêutico, desde que o momento seja preservado enquanto *setting* clínico.

Em outras ocasiões profissionais vivenciei uma cena muito comum: alguma pessoa sempre senta com a cadeira posicionada atrás de outra, atrás de uma coluna estrutural que há na sala ou de um móvel, fazendo com que não seja vista pelos demais membros. A posição das cadeiras e a disposição da sala pode nos dizer sobre o referencial utilizado para a dinâmica grupal. Temos discutido a possibilidade do círculo para a ampliação na vivência das pessoas, para que se vejam, olhem para as expressões de cada um, que aumente o grau de participação social. O hábito da roda traz a possibilidade de reinventar as relações sociais e se colocar de fato nelas (Campos, 2005);

c) A organização dos encontros já inclui em alguma medida a participação de todos os membros. A princípio com determinação dos temas (seja pelo profissional, pela equipe e/ ou pelo usuário) a serem tratados, é feita uma revisão de acordo com o processo e desenrolar dos encontros. Alguns profissionais organizam esses encontros de forma rígida,

não alterando sua programação inicial em virtude do interesse dos participantes, mas sim privilegiando os convidados e o planejamento prévio;

d) Algumas atitudes consideradas importantes são pensadas pelos profissionais como a apresentação de pessoas novas a cada encontro, certa contextualização do processo, alguma orientação sobre o encontro e as atividades propostas e a abertura para o diálogo;

e) Atrativos são utilizados com intuito de aumentar a frequência e a adesão ao grupo, como cafés, doações, equipamentos tecnológicos (uso do computador em palestras e fornecimento do aparelho para verificar a glicemia, por exemplo). Por que a participação das pessoas precisaria ser estimulada pela premiação? Talvez o uso dos atrativos oculte algum problema do grupo em relação ao seu funcionamento (o que muitas vezes acaba sendo revelado pela “não adesão”, o baixo número de participantes). Podemos relacionar ao método de reeducação moral criado por Joseph Pratt, em que ele enfocava a mudança de comportamento com a motivação unicamente individual e o sucesso da proposta dependia do grau de persuasão que ele possuía frente aos pacientes. Quando premiava doentes com tuberculose pela adoção de atitudes de higiene, reforçava que a melhora da doença (e o fato de estar doente) estaria relacionada principalmente à responsabilidade individual.

Utilizar sorteio de enxovais em grupos de mulheres gestantes em comunidades de baixa renda, com certeza, atrairá as mulheres para o grupo. Porém, qual o nosso objetivo real de convocá-las para uma unidade de saúde? Será que este não se perderá tendo o atrativo como foco? O enxoval, nesse caso, corre o risco de ser utilizado como prêmio de merecimento por alguém ter literalmente aguentado uma palestra que não entendeu nada. Outro prêmio visualizado rotineiramente é a consulta individual: se o paciente participar dos encontros “ganhará” facilidade no acesso na marcação de consulta individual. Esses

atrativos tornam-se legítimos, a nosso ver, caso exista a análise em torno da função-coletivo que opera dentro desse espaço-grupo.

Também como atrativos foram apontados como relevantes: a empatia e o vínculo com os profissionais de saúde e demais pessoas presentes, a participação do médico, o interesse e dedicação do coordenador na organização e o seu manejo e identidade da população com esse tipo de abordagem. O que nos mostra que a relação no espaço intra-grupo é relevante para o aumento na participação.

***Capítulo 5. A formação profissional
em grupo e para atuação com grupos***

Em pesquisa anterior (Furlan, 2008b), identificamos que os ACS não possuíam (de forma geral), a formação para atuação com grupos e coletivos. Suas capacitações ainda centravam-se em temáticas biológicas e relacionadas às patologias. Entretanto, vimos que os ACS conduziam grupos após participarem de cursos de formação específicos, como para o *lian gong*. Grupos de controle da hipertensão arterial, obesidade e tabagismo eram de responsabilidade dos médicos e enfermeiros das equipes, havendo um revezamento com os ACS, sendo estes encarregados das tarefas de ajudar na arrumação da sala, lista de presença, fazer anotações, entre outras relativas à organização geral, num papel de auxiliares/ secretários. Verificamos que o fato de sentirem-se ou não capacitados a conduzirem e serem responsáveis por um grupo terapêutico tinha relação direta com o conceito de grupo próprio de cada equipe: em geral, quando se valorizava o conhecimento de uma técnica ou sobre uma doença ou estado de saúde clínico, os ACS não se sentiam capacitados. O entendimento de como deve funcionar um grupo ou a segurança em conduzi-lo não parecia ter relação com a experiência ou o tempo de trabalho. Depois de um processo de apoio institucional e formação para atividade grupal (Furlan, 2008b), percebeu-se que os ACS ficaram estimulados a coordenar grupos sozinhos, dentro de suas preconizadas atribuições, ainda que não tivessem todo o conhecimento sobre doenças ou patologias. E os ACS conseguiram efetivar a existência de um espaço de discussão dentro das equipes para analisar os acontecimentos grupais e as demandas de saúde.

Em relação aos profissionais médicos e enfermeiros, são escassos os estudos sobre a inclusão da temática de grupo nos currículos de graduação. Na revisão bibliográfica realizada para esta pesquisa, encontramos a produção científica de um grupo de pesquisadores e professores do ensino na enfermagem que buscam discutir essa prática na formação (Munari *et al*, 2005). Na medicina, algumas universidades incluem essa discussão

enquanto proposta metodológica de ensino (acompanhamento de pequenos grupos de alunos, na proposta da aprendizagem baseada em problemas – Faculdade de Marília, Universidade Estadual de São Paulo, Universidade Federal de São Carlos, são alguns exemplos), mas não tratam explicitamente dessa metodologia para a prática clínica. Tivemos dificuldades de encontrar a temática de grupo na discussão das práticas em saúde nas ementas de disciplinas dos cursos de graduação, fato que comentaremos adiante.

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduações de Medicina e de Enfermagem (Brasil, 2001a; 2001b) salientam de forma geral que os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. As diretrizes da enfermagem são mais explícitas em afirmarem que a formação do enfermeiro deve assegurar o estímulo ao trabalho grupal, por ser um trabalho que requer discussão coletiva e relações interpessoais. Já as diretrizes para formação médica apontam que é importante inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional, porém sem especificações de quais práticas, e sem trazer nenhum tópico referente ao ensino e relevância de intervenções grupais, em contexto coletivo (comunidades e famílias) e equipe.

Munari e colaboradores (2005), em um artigo interessante, publicaram um estudo descritivo exploratório que realizaram nos anos de 2001 e 2002 com objetivo de identificar quais e como os cursos brasileiros de graduação em enfermagem tratavam da temática de grupo no currículo. Identificaram 42 escolas que incluíam o tema em seus currículos (não apontaram o total de escolas investigadas), sendo que este tema nos cursos de graduação nem sempre estava explicitamente contemplado nos currículos. Participaram efetivamente deste estudo citado (Munari *et al*, 2005) 22 escolas. Dessas, 71% vinculavam o aprendizado

da temática de grupo às disciplinas de Saúde Mental e Psiquiatria, 23% à Dinâmica de grupo, 3% à Saúde Comunitária e Escolar e 3% à Administração em Enfermagem (para essas últimas, o grupo era utilizado apenas como estratégia de abordagem do aluno, sem se constituir como conteúdo teórico a ser explorado). Apenas em 10 escolas o conteúdo foi ofertado em disciplina específica. Concluíram que ainda é incipiente o número de cursos que tratam do conteúdo, o ensino do tema é pouco explorado nas escolas e com poucos traços comuns nas suas estratégias. A maioria das instituições utilizava o grupo como estratégia de ensino-aprendizagem com o aluno sem, no entanto, explorar o grupo como referencial teórico-metodológico ou para o ensino da coordenação de grupos ou equipes. Houve o entendimento por parte de algumas escolas de que o ensino de grupo se restringia às estratégias para aquecimento ou mobilização do grupo de alunos para alguma tarefa.

Ressaltaram a importância de ampliar a discussão sobre aspectos mínimos indispensáveis sobre o ensino da temática na formação do enfermeiro. Destacaram ainda que na enfermagem o desenvolvimento de atividades em grupos e equipes está cada vez mais evidente e de acordo com as tendências das políticas públicas.

O grupo é uma estratégia utilizada pelo enfermeiro em ações assistenciais, gerenciais e de pesquisa (...), porém grande parte dessas ações ainda é fundamentada apenas na experiência do profissional que, em geral, tem pouco preparo específico para o trabalho com grupos (Munari *et al*, 2005, p.221).

As atividades grupais realizadas pelos enfermeiros compreenderiam desde as tarefas desenvolvidas pela equipe de enfermagem, as orientações feitas a um grupo de pessoas que necessitem de suporte emocional ou que estejam aprendendo a adaptar-se às novas situações de vida (Munari, 1995; Saeki *et al*, 1999).

Campos (2007) discute que a atuação na ABS exige, enquanto diretriz formativa, a incorporação de saberes para o acolhimento da diversidade de demandas, a efetivação de uma clínica ampliada (e toda sua complexidade - as múltiplas variáveis no processo saúde-doença), a realização do trabalho em equipe, próximo da família e da comunidade, e ações em saúde coletiva, com conhecimento e trabalho no território. Segundo ele, a maioria dos médicos, enfermeiros e dentistas não tem formação especializada em saúde da família ou saúde coletiva para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, nem contam tampouco com apoio técnico ou institucional (Campos, 2007). Na discussão específica referente à formação médica, Campos observa ainda que, apesar da mudança de cenário nos currículos de graduação de medicina (do hospital para a atenção básica), a ABS tenderia, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo preciso esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber. Torna-se necessário o ensino de metodologia sobre educação em saúde, visita domiciliar, epidemiologia aplicada a serviços, política e gestão em saúde, projetos comunitários e intersetoriais, trabalho em equipe, discussão de casos, durante toda a formação profissional, transversal, para que tenhamos uma ABS que funcione, tanto na atenção individualizada quanto coletiva e grupal (Campos, 2007).

Para efeitos comparativos, quando buscamos no *Scielo* e *BVS* (utilizamos as palavras-chave: visita domiciliar, PSF, Atenção Básica), com restrições referentes aos estudos dedicados à visita domiciliar enquanto meio para a prática médica e de enfermagem, encontramos mais de 30 artigos, que inclusive discutem a potência desse instrumento na formação profissional. Porém, a busca de artigos e pesquisas (*Scielo e BVS*) relacionadas ao trabalho de grupo na ABS resultou em diversos relatos de experiência sobre grupos de educação em saúde, com fins de prevenção e promoção. Um artigo espanhol

(Martínez, 2003) discutia exatamente o fato dos grupos ainda serem espaços da voz de enfermeiras e técnicos sociais e pouco utilizados no trabalho em equipe e para ao tratamento. Somente um artigo, também da Espanha, fazia alusão a grupos com pessoas com sintomas depressivos, porém também com o enfoque de prevenção de agravos e não do tratamento (Gonzalez *et al*, 2006).

Poderíamos com isso, confirmar nossas hipótese de que o dispositivo grupo ainda é visto na atenção básica e na formação profissional enquanto atividades de educação, com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças e atividades de vigilância em saúde. O dispositivo grupo ainda não seria considerado composição da prática clínica com o foco no efeito terapêutico, como estratégia de tratamento e de acompanhamento dos pacientes em longo prazo, como meio de intervenção. Quando ocorre a formação para atuação em grupos, ainda estaria restrita ao ensino de dinâmicas e atividades grupais, pouco para a análise do contexto grupal e institucional.

Em relação ao Curso pesquisado, os profissionais/ alunos apontaram que o fato de terem discutido a clínica ampliada favoreceu a prática profissional, e conteúdos específicos facilitaram o embasamento para a realização de grupos.

O grande trunfo do curso é ter possibilitado um olhar ampliado e a partir daí, ter alargado horizontes pra a atuação clínica. O curso é um facilitador para conseguir visualizar e aplicar a clínica ampliada, tão falada e, tão difícil de ser entendida e aplicada. (trecho do texto coletivo, turma A).

Para alguns de nós o curso de especialização trouxe embasamento teórico para essa prática, da grupalidade, conceitos da saúde mental e a reflexão sobre a subjetividade. Relemos textos e aprendemos novos conceitos. Outros consideram

que antes do curso nunca estudaram o assunto, aprenderam na prática. Outros de nós já fizeram alguma formação, mas que sempre são muito expositivas e não abordaram a subjetividade das relações. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos).

Episódio 5: A pedagogia construtivista e o professor-apoiador no ensino

Há um debate atual na área da saúde sobre a relevância de mudanças na educação dos profissionais visto as contemporâneas demandas e necessidades sociais e ampliação da luta por direitos humanos (Campos, 2007; Campos, 2003; Barros e Lourenço, 2006). A instituição educação tem sido estimulada a apresentar um ensino que valorize a equidade, eficiência e qualidade nas ações de saúde. Esse processo apresenta o desafio de romper com a tradição de ensino vertical da transmissão passiva do conhecimento. Estratégias de problematização do cotidiano, incentivo à busca do conhecimento e compartilhamento dos saberes de professores e alunos têm sido valorizadas por apresentarem resultados nesse sentido (Cavalcanti, 2005; Jófili, 2002; Cyrino e Toralles-Pereira, 2004; Berbel, 1998).

As teorias pedagógicas que amparam essas reflexões são as de abordagem construtivista por considerarem que o indivíduo possui uma interação com seu contexto para o efetivo processo de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, gostaríamos de destacar Piaget e Vygotsky que foram importantes desenvolvedores desse pensamento. Jófili (2002), em interessante artigo, diferenciou alguns pontos nas fundamentações de ambos, pois apesar de considerarem que o desenvolvimento humano é um processo dialético e que somos ativos no processo de interação com o mundo social, eles divergem em relação ao conceito de processo de aprendizagem e interação. Para Piaget, o desenvolvimento humano

precede o aprendizado, no entendimento de Vygotsky, não se poderia efetivar o desenvolvimento sem uma análise da relação de aprendizado e condições da interação social. Isso mudaria o enfoque sobre o desenvolvimento, não limitado pelo aspecto biológico e podendo ser influenciado pelo ambiente e o contexto social (Jófil, 2002). Piaget não desconsiderava o aspecto social, mas defendia que a maturação biológica traria certo repertório (o que ele chamou de *esquema*) que permitiria assimilação ativa da experiência vivida, proporcionando o aprendizado, primordialmente a partir da interação com os objetos.

Na concepção construtivista de Vygotsky, o ser humano teria uma capacidade potencial a ser ativada pela ajuda de outras pessoas e estimulada pela ampliação de processos de interação (o que ele denominou *Zona de Desenvolvimento Proximal- ZDP*). Assim, as relações professor-aluno seriam horizontais no sentido de interação, e o professor teria mais que simplesmente o papel de organizar o trabalho para os alunos, mas de colaborar com sua experiência e com apontamentos críticos que estimulassem o pensamento (Jófil, 2002). O professor atuaria na ZDP favorecendo a problematização e o desenvolvimento.

Um dos educadores brasileiros que viria inovar o sistema brasileiro de ensino foi Paulo Freire. Partindo do cotidiano de adultos analfabetos, propôs-se a ensinar, contextualizado as palavras e fazendo emergir sentidos para o ato de aprender. Destacou o papel ativo do aluno, valorizou a relação de horizontalidade na relação com o professor e propôs a organização em roda da sala de aula a fim de favorecer o diálogo entre as pessoas. O educador teria um papel de conscientizador sobre as forças dominantes que levam à submissão humana num sistema capitalista.

Os estudos de Célestin Freinet (a partir de 1920) e a linha da pedagogia institucional (década de 1960) também são referências importantes para a nossa reflexão. Freinet defendia que a aprendizagem seria mais efetiva quando a construção do conhecimento ocorresse mediada pelas experiências da vida e o despertar dos interesses. O professor seria o mediador desse processo, possibilitando as condições concretas para isso acontecer, inclusive analisando e interferindo sobre o contexto que estaria impedindo a sua realização. A partir do também denominado Movimento da Escola Nova ou Moderna, criticava a hegemonia da educação intelectual, cindida do trabalho manual e da participação ativa nas decisões da vida (Freinet, 2004; Barros, 2007). Dissidências do movimento Freinet fizeram com que Fernand Oury e Raymond Fonvieille fundassem a Pedagogia Institucional, que buscava a análise das práticas pedagógicas, os dispositivos utilizados e da instituição (inclusive as propostas pela Escola Nova), a partir do referencial da Análise e da Psicoterapia Institucional (Barros, 2007; Oury, s/d).

Nesse sentido, podemos afirmar que o Curso de Especialização através do Método Paidéia esteve pautado na pedagogia construtivista. O professor, na postura de apoiador, seria um referencial ao aluno, no sentido não só de organizar o trabalho para o aprendiz, como elaborar ementas, preparar o encontro, coordenar os grupos, mas também oferecedor de conteúdos, experiências e análises pertinentes, estimulando o aprendiz em questão. Tratando-se de um curso de Saúde da Família e Gestão em Saúde, havia certos conteúdos esperados no currículo, além de contemplar a experiência trazida pelos profissionais. O aprendiz aconteceu, de certa forma, na articulação dos saberes para prática e análise do trabalho em saúde, em processos de problematização e de apoio, agregando experiência e conteúdos já cientificamente instituídos. Os professores foram responsáveis por apoiar os profissionais de saúde nesse processo de aprendiz.

O conceito de ‘professor horizontal’ (professores/ apoiadores) adotado pela equipe docente do curso, aliou o significado de relações longitudinais no tempo, com diferenças de papéis entre professor e aluno, mas sem entendimento de superioridade-inferioridade, com o significado de acompanhamento e aprendizado ao longo do tempo (longitudinal). O professor de referência acompanhou o grupo em todo o seu percurso, sendo participante do grupo de ensino e articulando os vários momentos de aprendizado em que os profissionais estavam envolvidos no Curso, como momentos de treino de habilidades, aulas teóricas e discussão de casos.

Houve uma diferenciação de avaliação, tanto por parte dos profissionais/ alunos quanto dos professores/ apoiadores, entre os momentos de aulas com professores convidados e aqueles das discussões de casos, orientados pelos professores horizontais. Talvez pela adesão à orientação metodológica construtivista, os professores horizontais puderam estimular mais o espaço participativo para o aprendizado e compartilhamento de saberes. Na narração avaliativa de professores/ apoiadores e de profissionais/ alunos, percebe-se que houve uma diferença metodológica, pois em diversos momentos foi relatado que os professores convidados tinham uma prática didática distinta do referencial construtivista e da prática de trabalho em atenção básica à saúde, fazendo com que os profissionais/ alunos se sentissem desvalorizados, infantilizados e pouco estimulados. Podemos dizer que a sala de aula disposta em círculo, a estratégia dos pequenos grupos de formação e de discussão de casos, favoreceu o encontro, o debate e uma didática mais construtivista, conforme apresentaremos nos próximos episódios.

Os pequenos grupos no Curso possibilitaram que todos os profissionais/ alunos fossem reconhecidos no processo de aprendizagem, permitindo a formação de vínculos e espaço para processos de problematização das práticas do cotidiano na atenção básica em

saúde (estimulando a ZDP). A discussão de casos foi mediadora para a produção de análises e novas práticas.

A metodologia trabalhada por nós traz um elemento inovador de acompanhar o aluno em sua formação. Não se constitui em uma formação profissional prescritiva. (trecho do texto coletivo, professores do curso).

Episódio 6: A discussão de casos como dispositivo para a construção compartilhada de conhecimento.

O dispositivo de discussão de casos tem sido utilizado para a prática em saúde e em processos formativos por diversas correntes metodológicas da Psicologia, da Psicanálise, da Medicina e do Direito há vários anos com objetivo do aprimoramento da prática e ensino.

Nasio (2002) refere que um caso, na perspectiva da psicanálise, é um relato – escrito, falado e discutido – reconstruído a partir de uma experiência singular de um terapeuta, desenvolvida para descrever seu encontro com o paciente e apresentar uma inovação teórica. Deve ser escrito de forma narrativa, ilustrando uma elaboração teórica, a vida do paciente, seus sintomas e o processo de cura. Para ele, o caso tem um poder de ensino/aprendizagem, pois transmite a teoria, com elaboração do pensamento, da imaginação e da situação clínica, o que faz emergir os aspectos afetivos de quem acompanha a discussão do caso, identificando-se muitas vezes com o terapeuta que vivenciou o caso e o paciente, suas reações, posicionamentos e intervenções produzidas. Então, um caso seria capaz de gerar conceitos teóricos e produzir metáforas, pois traz a

tona uma situação emblemática, possibilitando gerar um conjunto de hipóteses que definam a problemática principal do paciente e da relação transferencial com o terapeuta.

Para Freud (1973), a discussão de caso tem também a função de transmitir saberes importantes para o raciocínio clínico do terapeuta para o tratamento de outros pacientes que sofrem do mesmo mal. O médico teria, para ele, compromisso com o paciente e também para o desenvolvimento da ciência, a partir da publicação do que pensa a respeito de suas conduções clínicas e do que foi apresentado pelos seus pacientes. Freud ressaltou que há diferença entre o acontecimento vivido e o acontecimento escrito/ relatado, pois este traz a interpretação do terapeuta sobre sua vivência, fatores a serem considerados no processo.

Balint nas décadas de 1950 e 1960 percebeu que havia mais elementos na prática médica que influenciavam no tratamento, na adesão do paciente e na relação médico-paciente, além do ato prescritivo. Desenvolveu na Clínica Tavistock na Inglaterra, grupos de supervisão e de discussão de médicos clínicos e psiquiatras, durante mais de três anos, para discutir implicações psicológicas de suas experiências cotidianas na clínica médica. O profissional relatava fatos de seu atendimento, principalmente os subjetivos e pessoais, e eram inferidos e discutidos fatores dinâmicos que lhe davam forma, principalmente fatores contratransferenciais. Esse processo fez com que os participantes compreendessem melhor seus próprios problemas, erros e fatores da relação com o paciente que interferiam no tratamento e o grupo foi utilizado enquanto espaço de análise e formação dos profissionais médicos (Balint, 1988).

Em um dossiê instigante apresentado por Foucault (2007) sobre o caso Pierre Rivière, temos a mostra de como um único caso propicia o cruzamento de discursos, de origem, forma, organização e função diferentes: do juiz, do médico, da própria pessoa. Apesar do caso bastante complexo de triplo assassinato analisado por Foucault e

colaboradores, podemos apreender com esta obra que todos os discursos, por mais que pareçam falar do mesmo fato, apresentam textos narrativos singulares, com elementos subjetivos, lutas políticas e históricas. Mais que interpretar os discursos, o caso ajudaria a decifrar as relações de poder, de dominação, de luta política, analisar a dominação de um saber, suas relações com as instituições e papéis sociais.

Assim, o caso clínico e (agregamos na Metodologia Paidéia) os casos institucionais e de gestão em saúde, além de propiciar uma análise da condução clínica, da prática e trabalho em saúde, da referência teórica etc., possibilitaria a construção do projeto terapêutico da pessoa, análise de si mesmo nas ações e a possibilidade de um espaço para ação interdisciplinar e multiprofissional. O caso não seria uma simples ilustração da teoria, mas um disparador para novas leituras da situação, criação de novos conceitos e práticas.

No Curso, tivemos grande destaque para o acontecimento grupal a partir das discussões de caso, sendo essas disparadoras do processo ensino-aprendizagem. A partir das narrativas produzidas, pode-se constatar que as turmas consolidaram uma grupalidade na medida em que apresentavam situações clínicas ou de gestão vivenciadas em serviço aos colegas. Iniciaram um pouco tímidas e reivindicando espaços de aulas teóricas e explanativas e ao longo da configuração da grupalidade interna passaram a interessar-se mais pelos momentos de discussão dos casos. Fora do esperado inicialmente pelos profissionais/ alunos, o espaço de discussão de caso ganhou legitimidade enquanto acontecia, ao longo de um processo de construção conjunta do arsenal para o trabalho na Atenção Básica.

Demoramos algum tempo para entender o objetivo desse espaço de discussão
(trecho do texto coletivo, turma D).

As constantes avaliações e repactuações, mesmo que difíceis e incômodas para os profissionais/ alunos e professores/ apoiadores, reconfiguraram o espaço de discussão de casos e tornou possível a criação do novo.

Na análise dos profissionais/ alunos e professores/ apoiadores, os casos possibilitaram a construção conjunta dos saberes necessários para atuação em determinadas situações e apoio, tanto técnico quanto suporte social, e a ampliação da capacidade de análise para enfrentar as adversidades do trabalho, das necessidades de saúde que atendiam os profissionais. Foi um momento de aplicação prática dos conhecimentos técnicos, com discussão sobre as atuações, ações, questões políticas, incluindo análise de si mesmo, os preconceitos, os julgamentos morais, os sentimentos e afetos despertados pelo contato com o paciente e nas situações no cotidiano dos serviços.

As discussões dos casos conseguem mudar a ótica do problema, pois os problemas são os mesmos, mas a gente consegue falar deles e refletir de uma maneira totalmente diferente. O modo de intervir muda muito quando você começa a ver o objeto da sua intervenção de um modo diferente, começa a ver também a questão dos limites... Limites do que a gente pode intervir e do que não pode. Talvez o foco seja pensar a doença para o doente, centrado na pessoa. A gente ganha essa perspectiva, de entender o processo saúde doença e a intervenção, na medida em que as pessoas sejam sujeitos da ação. (trecho do texto coletivo, turma A).

Com a metodologia de discussão de casos, aprendemos a ser participantes do grupo, vivenciamos um grupo, trocamos experiências sobre como lidar com as

histórias apresentadas, aprendemos teoria a partir da história do caso. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/alunos do curso).

Isso exigiu, na visão desses atores, um intenso trabalho de análise de si mesmo e da equipe, dos limites e vicissitudes das ações humanas, o que gerou insegurança, conflitos, ações criativas e também apoio mútuo entre os profissionais/ alunos. O processo desencadeou novas reflexões sobre os casos acompanhados na *praxis*, mudando as análises e problemas centrais, produzindo novas intervenções no cotidiano juntamente com as equipes. Os profissionais/ alunos perceberam que após a discussão, novas ações deveriam ser disparadas na equipe em projetos de intervenção e para a reflexão no serviço.

Podemos afirmar que a discussão de casos, então, foi a tarefa, no sentido que aborda Pichon-Rivière, e foi um meio de funcionar dos grupos-turmas para atingir objetivos específicos de ensino-aprendizagem, que na metodologia Paidéia, incluiu o exercício de análise de si mesmo, da ação em equipe e da clínica ampliada. Foi meio para a grupalidade interna e criação de uma ambiente favorável para o cumprimento dos objetivos principais do Curso. Esse momento foi considerado pelos profissionais/ alunos como de melhor aproveitamento e mais construtivo, em comparação às aulas somente teóricas com metodologias não-participativas e sem contextualização com o serviço que executam atualmente. Queremos destacar que não foi o fato de fazer uma discussão de casos que propiciou efeitos positivos no processo ensino-aprendizado, mas a forma como foi estruturada essa metodologia e os arranjos que valorizou em seu processo. Para os profissionais/ alunos, o curso se sintetizou na produção desse espaços de discussão de caso, o que foi altamente representativo da potência da estratégia construtivista para a mudança no clínica, o que poderia ser ilustrado por esse trecho de uma das turmas:

A experiência de estar nesse grupo mudou nossa maneira de pensar. Nós aprendemos uns com os outros, essa troca foi um presente para nós. Todos nós crescemos e aprendemos a lidar com o lado emocional das pessoas. Quando a gente via como o colega lidava com o paciente e as preocupações que ele tinha para resolver o caso, parece que ia ficando mais fácil resolver os nossos problemas lá no serviço. O curso é esse grupo. As aulas tiveram sua importância, mas um livro, qualquer um pode pegar e ler. Já a troca que pudemos fazer nesse grupo, isso tem uma função que não existe em lugar nenhum. Isso não pode acabar, essa história de fazer curso só à distância não funciona. Esse curso mexeu em vários aspectos da nossa vida. No começo tinha gente aqui que nunca falava e agora se coloca no grupo, sempre participa. (...) As aulas teóricas foram importantíssimas, mas são complementares à formação em grupo e à discussão de caso. Foi muito proveitoso quando o tema da aula teórica coincidia com o caso que havíamos discutido no dia, para trazer o que tinha faltado, trazer atualizações. Mas foi sempre um complemento, o essencial eram as discussões (trecho do texto coletivo, turma B).

As turmas narraram que, a princípio, os casos pareciam impossíveis, um mergulho na angústia de não saber o que fazer em uma situação sem saída. Escolhiam, de início, casos muito complexos, com questões sociais e de saúde mental que apontavam a insuficiência do conhecimento do aspecto biológico para resolver os problemas e necessidades apresentados pelos pacientes. Aos poucos, foram diversificando mais a escolha do caso, já incluindo a discussão de aspectos subjetivos e de rede social. Foram permitindo que a discussão com os demais profissionais possibilitasse analisar sua postura, testar novas práticas no cotidiano e recontá-las à turma. Pode-se constatar, através das

narrativas, que muitos casos discutidos possibilitaram melhoras de situação de saúde dos pacientes atendidos.

Desencadeou um processo pessoal dos profissionais/ alunos de conquista de segurança na clínica, aumento da motivação pessoal para o trabalho, melhora no relacionamento em equipe e com o paciente.

As discussões de casos, além da apresentação de trajetórias de vida dos pacientes, história clínica e intervenções realizadas em saúde, foram somadas às apresentações de temáticas relacionadas ao caso. Por exemplo, um caso de um paciente com hipertensão arterial com pouca resposta aos medicamentos podia ser analisado à luz de uma discussão sobre a hipertensão, medicamentos atuais, bioquímica, farmacologia, dependendo do viés de interesse e de análise. Um caso de violência doméstica poderia ser beneficiado com a discussão do tema. Um caso de um paciente com sífilis poderia desencadear uma discussão sobre vigilância em saúde, notificações compulsórias e intervenções no âmbito da gestão do serviço de saúde. De certa forma, como desenvolveu Nasio (2002), o caso como disparador importante para desenvolver uma teoria. A teoria, nesse caso, aumentou a capacidade de ampliação do modo de enxergar o caso, provocando mudanças no modo de lidar com o paciente, com a situação de vida e a questão clínica em análise.

As discussões temáticas a partir dos casos trouxeram conteúdos muito importantes para nossa prática, despertou nossa curiosidade, estimulou a leitura e a pesquisa, ampliando nossa visão sobre o assunto específico, mas também sobre o contexto, sobre o território, sobre a família, a subjetividade. (trecho do texto coletivo, turma D).

Essa estratégia incorporou conteúdos à discussão, potencializando-a, saindo do senso comum e possibilitando reestudo sobre as relevâncias do caso. Os casos não se limitavam mais a descrever a situação, a história de vida ou clínica do paciente, mas tornou-se um disparador para atualizar-se em temas contemporâneos da clínica, aspectos de contexto social e subjetividade.

Sentimos progressivamente mais facilidade de entender e abordar a subjetividade das relações, de analisar nossos próprios sentimentos com relação ao paciente e sua família. Aprendemos a lidar melhor, também, com aquilo que não conseguimos. Aqui podemos falar do que não conseguimos fazer, ou do que não fazemos bem, isso alivia a tensão (trecho do texto coletivo, turma D).

Em alguns momentos de reuniões dos professores/ apoiadores com a coordenação do Curso, também foi utilizada a metodologia de discussão de casos como disparadora de análise do processo de ensino-aprendizagem. Cada dupla de professores/ apoiadores organizou e apresentou um caso referente à sua turma para a equipe técnica do curso (professores/ apoiadores, tutores e diretores/ apoiadores do curso) como estratégia para analisar as experiências docentes. Isso também foi significativo para os professores/ apoiadores, o que potencializou as reuniões técnicas como espaços formativos.

Episódio 7: O grupo enquanto dispositivo e espaço de formação

Pichon-Rivière, com o conceito de *grupo operativo*, discutiu o conceito do grupo enquanto espaço de formação e aprendizado. Reforçando a noção de inconsciente e seus conteúdos latentes, visava através do grupo, torná-los manifestos e, numa espiral dialética circular e ascendente, possibilitar o aprendizado (o que viria a denominar *Esquema Conceitual Referencial Operativo* - ECRO). O grupo teria o objetivo de aprender a pensar, desenvolver capacidade de resolver situações de conflito e mediado por uma tarefa constituiria diferentes vínculos que facilitariam ou dificultariam o desempenho grupal. A formação em grupo tomaria rumos diferenciados a partir dessa teoria, pois seria instrumento para as relações pessoais, produção de vínculos e afetos positivos, e aliando o aprendizado ao contexto em que se vive.

O grupo enquanto espaço de formação não seria mais uma técnica aplicada a um conjunto de pessoas, mas um dispositivo para o aprendizado, que abrisse brechas para novas e reconfiguradas leituras. Como o grupo-coletivo de Oury, coletivo-função que estranha o cotidiano para poder pensar e agir sobre ele.

Para fazer grupo, queremos dizer, para coordenar processos grupais, há que se vivenciar grupos, mas também que se estudar o que já foi desenvolvido sobre o tema, possibilitando releituras e outros modos de atuar. Fazemos certa analogia ao conceito de Oferta desenvolvido por Gastão (Campos, 2000; 2005), sendo o conteúdo e a análise de temas pertinentes a uma discussão, que poderia acrescentar novas informações ou modos distintos de enxergar ou lidar com situações. Discutimos em certa ocasião do coletivo de pesquisa com o Prof. Gastão, sobre o fato de que a maior parte dos ofícios humanos necessitaria de aplicação prática para o seu efetivo conhecimento: aprendemos praticando,

assim como o analista que aprendeu a fazer análise sendo paciente em sessões terapêuticas. Aprende-se a fazer pesquisa, pesquisando, aprende-se a tecer, tecendo, assim é para cozinhar, aplicar injeções, conversar, escutar etc. Entendemos que com grupos não é diferente, aprende-se no processo de participação, de coordenação, de reflexão, de ação. Porém, um conhecimento prévio sobre o objeto da prática é exigido a quem se arrisca nesse campo. Há outras racionalidades exigidas num processo de conhecimento, que não estariam reduzidas à tecnológica e científica e incluiria uma papel reflexivo e autônomo do agente durante o agir (Campos, 2011).

Analisando o programa de aulas do Curso, pudemos constatar que os profissionais envolvidos tiveram contato com as correntes metodológicas de grupo mais populares e mais acessíveis atualmente, através do material de David Zimmerman e Carlos Osório (que partem da tradição de Lewin) e, principalmente, das teorias como de Enrique Pichon-Rivière e Michael Balint, pois são objeto de estudo e de prática dos professores/ apoiadores do curso de especialização. Os profissionais alunos tiveram aulas específicas sobre: atendimento familiar, os grupos-Balint, projetos com coletivos, abordagem de grupos (dinâmica grupal e conceitos operativos), território e comunidades, equipe e cogestão, além de discutirem casos de atendimentos grupais desenvolvidos em suas unidades de trabalho.

De acordo com o que apresentamos no capítulo *Apontamentos metodológicos*, adicionado aos momentos específicos para trabalhar conceitos para prática de grupo, o curso aconteceu, em metade de sua carga horária e de forma longitudinal, através dos pequenos grupos de formação e estimulando a grupalidade. Podemos dizer que a discussão de caso foi a tarefa do grupo de aprendizado do curso e o grupo foi meio para viabilizar o cumprimento da tarefa. Os profissionais/ alunos puderam participar ativamente de um grupo, vivenciaram, colocaram-se em relação, avaliavam-se a cada encontro. Puderam

vivenciar uma prática metodológica nova em seu cotidiano, como eles mesmos narraram, pois não estavam acostumados a desenvolver grupos na saúde.

Foi uma possibilidade de expor as diversidades e fragilidades na formação de um grupo orientado para a tarefa, com objetivo de aprendizagem, sem apagar a multiplicidade entre os participantes. Isso foi um processo ao longo do curso, pela própria vivência grupal ser novidade para os próprios participantes, que se sentiam angustiados por supor que deveriam sair com um consenso unificador, como que com uma solução definitiva para o caso estudado. O abandono dessa postura imediatista que foi acontecendo na medida em que as pessoas iam se interagindo e se conhecendo.

Funcionou como um espaço para as pessoas lidarem com a intensidade da vida no trabalho, com a relação que elas estabeleciam com os pacientes e com a equipe, e com as demais pessoas deste grupo/ turma. Isso foi criando identidade de grupo e pertencimento àquele espaço do curso, o que possibilitou a liberdade de se expressar e trazer análises à tona no grupo. Acreditamos que foi neste espaço que ocorreu o vínculo entre os alunos, a grupalidade e a confiança para aprender. (trecho do texto coletivo, professores do curso).

Foi destacada a importância do aprendizado do trabalho em grupo, observado na forma como os casos são discutidos. Consideramos que hoje constituímos um grupo e cada um tem espaço pra falar, mas manteve suas características pessoais, de uma forma mais amadurecida. Conseguimos olhar para o trabalho efetivamente como uma equipe, um grupo, onde há cumplicidade, inserindo-nos de uma maneira mais produtiva no processo de trabalho. (trecho do texto coletivo, turma A).

Episódio 8: Estar coordenador, saberes necessários e o mito do 'perfil ideal' no grupo

O papel de coordenador esteve em destaque nas teorias de grupo. Conforme as diferenças já apontadas no capítulo anterior, podemos ter, o que varia de acordo com o referencial, coordenadores com posturas democráticas, autoritárias ou passivas. O coordenador pode ser o líder (não necessariamente) e o seu papel será diferente dependendo do referencial.

O Curso foi um momento de experimentar o papel da coordenação de um grupo por cada um dos profissionais/ alunos e de analisar a própria postura do coordenador-professor. Muitos profissionais/ alunos não exerciam esse papel nas suas reuniões de equipe e ações de grupo nas unidades de saúde, outros haviam assumido a função de coordenação sem muita reflexão sobre a ação. Predominava a análise de que se os grupos deram ou não certo, seria sempre em função do interesse e da adesão dos pacientes e não ao quê eles tinham para oferecer na ocasião.

Os encontros para discussão de casos foram pactuados singularmente nas turmas do Curso, mas de forma geral, instituiu-se que a cada dia de aula, um profissional/ aluno apresentaria o caso e outro cuidaria do espaço e da dinâmica de grupo. Os professores/ apoiadores orientavam o trabalho e realizavam as análises e mudanças de percurso necessárias, os demais participavam. Ao final havia uma avaliação sobre a dinâmica por parte dos participantes, dos professores/ apoiadores e dos profissionais/ alunos coordenadores do dia.

Essa estratégia foi pensada após a análise dos professores/ apoiadores sobre o comportamento de uma das turmas em que os profissionais/ alunos os enfrentavam negativamente, não respeitando e não aceitando o papel de analisadores e o espaço de

discussão de casos. Exigiam respostas prontas ao invés de participar de um processo construtivo; era uma turma que questionava o papel dos professores/ apoiadores e tinha dificuldades de aceitar a condução da dupla.

Os profissionais/ alunos exercitaram principalmente o papel de coordenação da dinâmica de grupo e menos o da análise dos casos. Cuidavam dos tempos de fala, do foco no tema proposto. Na discussão, contribuíam com falas, percepções, análises, mas a coordenação do debate, as sínteses e as análises do movimento de grupo continuaram a cargo do professor, tendo os profissionais/ alunos dificuldade para exercer inteiramente essa função.

Mesmo assim, consideramos que foi importante e significativa a assunção da função de coordenador, pois passaram a perceber o grupo, as pessoas, seus movimentos. O rodízio dessa função entre os profissionais/ alunos facilitou o entendimento do papel de coordenador de grupo, de professor e de aluno, que não necessariamente estaria na ordem do “quem sabe mais ou sabe menos”. Isso melhorou a relação entre professor-aluno, viabilizou a continuidade do espaço de grupo. Na análise dos professores/ apoiadores:

O rodízio propiciou, em algumas turmas, em algum grau: a) uma apropriação de técnicas de manejo do grupo pelos alunos; b) a construção de outra relação com o professor horizontal, pois colocou em análise o saber do professor e o posicionamento infantilizado do aluno. Esclarecemos que o professor, sendo denominado horizontal, faz referência ao tempo de acompanhamento da turma - longitudinal, e não significa que tenha posição ou papel equivalente ao do aluno no curso. (...) porém, os alunos ainda não conseguiram e tiveram dificuldades para fazer sínteses da discussão, associar as falas, ajudar o grupo a se orientar e focar a discussão, foi somente uma coordenação das falas e do tempo. Os

professores continuaram a exercer o papel mais orientador e analisador. (...) Achávamos que se são profissionais de saúde, realizam reuniões de equipe, atendimentos coletivos conseguiriam exercer com tranquilidade esse papel de coordenação do grupo. Muitos alunos relataram para nós o quanto se sentiram ansiosos e testados neste momento. (...) Alguns de nós achamos que esse momento instrumentalizou os alunos para momentos junto às equipes e pacientes. (trecho do texto coletivo, professores/ apoiadores).

Podemos dizer que no Curso de Especialização houve um esforço para uma coordenação democrática por parte dos professores/ apoiadores nas turmas e a gestão do Curso aconteceu de forma participativa e apoiadora. Os momentos de análise do processo de grupo, do significado dos conteúdos e dos casos discutidos propiciaram que os profissionais/ alunos participassem ativamente e de forma crítica. Os professores/ apoiadores, em alguns momentos, assumiram postura de liderança, mas esse papel teve grande fluidez, visto que alguns profissionais/ alunos protagonizaram as discussões em suas turmas. O papel de coordenação, por sua vez, pôde ser composto pelos dois professores/ apoiadores somados ao participante que era responsável pela coordenação do dia. Mesmo com conteúdos teóricos pré-estabelecidos, o que poderia configurar uma condução autoritária, a metodologia do corpo docente convocou a participação dos profissionais/ alunos, antes acostumados a ouvir o saber e anotar em seu caderno as respostas oferecidas.

O grupo cresceu muito com a estratégia de ter um aluno apresentador e outro coordenador a cada encontro. É muito difícil coordenar um grupo, saber cortar a palavra do colega, controlar o tempo. Esse processo tem auxiliado no atendimento aos pacientes e nas negociações com a equipe e coordenadores. O

grupo hoje está muito mais unido e integrado com os professores, respeitando mais as diferenças. (trecho do texto coletivo, turma D).

O aprendizado sobre a coordenação, para os profissionais/ alunos, se deu além da oportunidade de prática efetiva, pela imitação dos professores/ apoiadores e pela inovação à sua maneira, lidando com suas dificuldades e potências individuais e refletindo na prática clínica e no trabalho em equipe.

Para os professores/ apoiadores, também não foi um processo natural a coordenação das turmas, no que se refere à relação entre eles. Mesmo tendo o conhecimento sobre algumas teorias de grupo, já tendo feito a coordenação de outros grupos, constatamos que em razão de cada coletivo ser diverso, com seus acontecimentos singulares, tivemos que “afinar a coordenação” em dupla, analisar posicionamentos teóricos e discutir os momentos de intervenção. Pudemos rever nossas posturas no grupo, sermos mais ou menos intervencionistas, reflexivos ou líderes de acordo com o momento das turmas.

Achamos que nessa experiência nos foi exigida alguma formação em manejo de grupo, e que alguns de nós não tínhamos essa formação. Foi necessário o trabalho da dupla para saber a hora de intervir, de escutar, de analisar as falas. (trecho do texto coletivo, professores do curso).

Ao nosso ver, coordenar e apoiar em dupla oferece algumas vantagens, dentre elas uma percepção ampliada sobre os movimentos do grupo e seus acontecimentos, além de que um professor/ apoiador ao coordenar, pode avaliar a ação de seu parceiro, conduzindo-os a uma análise da própria prática e um aprendizado com o outro. A sintonia em grupo não se deu por si só, muita conversa foi necessária, o que os professores/ apoiadores do Curso

chamaram de “afinar” essa relação. A dupla pode possibilitar inclusive uma continuidade do processo quando da ausência de um dos professores/ apoiadores por diversos motivos.

A coordenação conjunta de grupos com usuários também pode propiciar a formação continuada em serviço, a partir da observação da atuação do outro, da elaboração de estratégias em equipe para o acontecimento grupal. Um profissional pode lidar melhor com aspectos subjetivos do adoecimento e o outro com os mecanismos fisiológicos da doença, um pode ter mais habilidade para o manejo de grupos e outro pode entender mais de algum sofrimento humano, por exemplo, podendo formar uma dupla interessante para grupos terapêuticos. Assim, os profissionais estariam exercendo uma função de apoio na prática cotidiana.

No que se refere ao papel do coordenador, na nossa percepção, um dos problemas configura-se nos grupos conduzidos de forma líder-centrado, que cultivam a dependência, a baixa autonomia e o baixo poder de decisão, que na ausência do coordenador, o grupo não funciona. Outro problema, nos casos dos grupos terapêuticos é o pouco vínculo ou a baixa participação no processo da pessoa que substituirá o coordenador. Porém, já que nem sempre contamos com uma dupla de profissionais para condução dos grupos, revezamentos entre coordenadores podem ser interessantes (ou convites a pessoas externas ao grupo), sendo importante, em todas essas situações, pactuar com os participante ou definir um *profissional de referência* para a função de apoio, a condução continuada, a organização do grupo, a responsabilidade na formação de vínculo e o seguimento, papel que exerceram os professores/ apoiadores no Curso. Profissional de referência é um conceito proposto por Campos (1999) em contexto de reforma das organizações e do trabalho em saúde, e seria aquele profissional que tem responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, encarregando-se pela atenção e acompanhamento ao longo do tempo.

Atuaria em equipe e na lógica do apoio matricial (Campos, 1999; Campos, Domitti, 2007). Para a prática dos grupos, numa unidade de saúde, mais de um técnico como referência, além da potência para o processo de análise e intervenção, facilitaria no caso de férias, licenças ou outras ausências no processo, e em discussões nas reuniões de equipe.

O trecho a seguir ilustra o papel de referência que os professores/ apoiadores tiveram com seus alunos, sendo parte também do grupo, não configurando uma liderança autoritária, mas de educador e apoiador:

Eles [os professores/ apoiadores] nos deixam livres para passear nas discussões, na maioria do tempo foi tudo bem leve, bem tranquilo e acolhedor. Nós os sentimos como parte do grupo. Não temos inibição, mesmo para colocar as questões mais doloridas. Então não tivemos medo da crítica. Tem uma empatia, a gente coloca as coisas e dá a impressão de que eles entendem o que a gente está falando, e aí você se sente à vontade e fala mais um pouco. (trecho do texto coletivo, turma B).

Sobre a coordenação dos grupos na ABS

Através do discurso narrado dos profissionais/ alunos podemos entender que são vários os profissionais que se encarregam dos grupos nos serviços, dependendo dos temas de interesse, do núcleo de conhecimento, da disponibilidade na agenda de trabalho e principalmente das necessidades abordadas. Porém, há ainda uma coordenação presa aos conhecimentos acerca da doença ou dependência: hipertensão, diabetes, tabagismo, por exemplo, inclusive sendo o nome rótulo dos grupos, como já discutimos anteriormente.

Com isso a coordenação de uma atividade grupal ficaria limitada ao saber do profissional a respeito da doença, principalmente se o enfoque do grupo será educativo.

Vejamos o destaque sobre a situação da participação de agentes de saúde na coordenação de grupos:

Em alguns, eles participam ativamente dos grupos, como auxiliares no processo, em outros são coordenadores, como por exemplo, do lian gong, do grupo de ginástica e da acuidade visual, porque fizeram uma capacitação. Em alguns ainda, lideram atividades pontuais dentro dos grupos coordenados por outros profissionais. Em alguns, eles coordenam sozinhos os grupos de pintura e de atividades manuais, em oposição a outras unidades em que esses grupos são coordenados pelo terapeuta ocupacional. Percebemos que eles coordenam em maior frequência os grupos de atividades de promoção à saúde e realizados em espaço físico externo à unidade de saúde. Achamos que o pequeno número de agentes nas equipes dificulta a inserção deles em grupos. O fato de morarem no bairro da Unidade de saúde pode facilitar a vinculação da população às atividades propostas para os grupos. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/alunos).

Se a coordenação do grupo depender do conhecimento específico de alguma doença ou técnica em saúde, os agentes teriam sua atuação limitada vinculada à capacitação realizada. Em casos em que não possuem esse conhecimento, ficariam restritos em atividades auxiliares e secundária nos grupos, como vimos frequentemente em nosso processo de observação, por exemplo serem responsáveis por anotações de prontuário e organização do espaço do encontro, numa função de auxiliares do profissional médico. Os profissionais/ alunos apontam que em outros casos os ACS se utilizam de outros saberes

(como citado as atividades manuais) para promover os grupos, o que geralmente de maneira interessante, resulta em espaços comunitários e em grupos não centrados em patologias. Percebe-se que os ACS acabam por coordenar em maior frequência os grupos de atividades de promoção à saúde e realizados em espaço físico externo à unidade de saúde, se tratando de sua especificidade de prática.

Acompanhe-nos agora na leitura da narrativa-cena do grupo de pacientes hipertensos e diabéticos em que pudemos presenciar a dificuldade no estabelecimento da coordenação e de profissional de referência do encontro:

Cheguei às sete horas e trinta minutos, conforme foi avisado a mim pela recepção sobre o horário de início do grupo. A recepcionista indicou-me a direção da sala. Junto comigo, havia chegado mais duas pessoas. Elas conversavam, o espaço era agradável. Acomodei-me calada numa cadeira próxima às duas. Chegou mais uma pessoa que também se acomodou perto de nós. Aguardávamos a entrada da equipe na sala e às oito e quinze, sem explicações prévias, uma moça iniciou a aferição da pressão arterial e da glicemia dos três presentes enquanto outra anotava numa caderneta; quando chegou na minha vez, falei que eu não era paciente e apresentei-me, consegui saber que elas eram Priscila, técnica de enfermagem e Nair, agente comunitária de saúde. Enquanto isso, todas as pessoas conversavam à vontade sobre as notícias atuais e sobre os seus candidatos para as eleições presidenciais.

Logo entrou Monalisa, a enfermeira da equipe, que perguntou o consentimento da minha presença às pessoas. Após esclarecido a todos, questionei à ela porque as pessoas ainda esperavam, mesmo após a aferição da PA, se por acaso aguardavam alguma atividade. Monalisa justificou-me que aguardavam o médico para que ele as liberassem; hoje não teria palestra, como de costume, pois ela estava rouca. Questionei também sobre o horário que rotineiramente o grupo inicia, pois eu e alguns pacientes estávamos lá às sete e meia; a enfermeira me esclareceu que eu recebi a orientação que é dada aos pacientes, para que eles cheguem meia hora mais cedo, não havendo atrasos para o início do grupo às oito horas.

Papo-vai-papo-vem, Wilson entrou na sala, o médico esperado. Com ele, mais quatro pacientes adentraram. Todos ficaram atentos. Pararam a conversa. Silêncio. Iniciou a série de consultas individuais naquela sala mesmo, diante de uma mesa e com duas cadeiras dispostas para que o paciente da vez convocado se acomodasse. Wilson realizou sua consulta clínica, orientou, reviu receitas de medicamentos antigas, avaliou os exames trazidos pelos pacientes, tomou condutas. Enquanto isso, as demais profissionais conversavam entre si e aguardavam alguma solicitação de auxílio por parte do médico na organização dos dados nos prontuários dos pacientes. Às onze horas, finalizou o atendimento do paciente que chegou por último, a equipe juntou o material, saímos e fecharam a sala.

Neste caso, chamou-nos a atenção o tempo dispendido para a ação. Através dessa situação, podemos ver que há uma dificuldade em estabelecer uma referência ao grupo, o que impacta em diversos pontos da organização do encontro: a hora de início e fim, o objetivo, a programação de atividade ou tarefa grupal, a consulta individual fora de contexto, o conhecimento da equipe sobre o grupo, clareza sobre os papéis e atribuições dos profissionais. Sem clareza dos objetivos do encontro, vivenciamos um período da manhã em que 4 profissionais da equipe estiveram disponíveis para o atendimento de 7 pacientes, de modo enfadonho. Será que o grupo nesse caso justifica-se como método apropriado para lidar com a demanda? Seria necessário esse número de profissionais para este tipo de oferta? A partir do que já discutimos, podemos ver que não se configurou em oferta interessante nesse contexto. Wilson, o médico, sem que eu comentasse, após o grupo me relatou que está tentando montar um outro grupo, com outros pacientes, em que ele teria mais governabilidade para alterar a proposta, “*fazer um grupo mesmo*”. Senti como uma justificativa frente ao que eu acabava de vivenciar. (“Narrativa-cena – Grupo de diabéticos”).

O mito do perfil ideal

Quais seriam os conhecimentos exigidos para se conseguir coordenar um grupo? Existiria um rol de conhecimentos básicos ideais para operar um grupo? Grupo ideal para pacientes ideais? Que grupo afinal é esse?

Esse fato da idealização do grupo foi tratado pelos profissionais/ alunos quando falaram da necessidade do conhecimento de diversas ciências (psicologia, sociologia, antropologia, filosofia) para a condução de grupos, saber manejá-los, conhecer os papéis e os momentos da intervenção do coordenador. Na narração deles, essas teorias seriam importantes para uma prática de grupo. Em contraponto dizem:

Achamos que o coordenador pode se capacitar acompanhando outro profissional que sabe fazer grupo. Aprender a começar. Treinar o modo de tratar os pacientes, sem puni-lo pelo hábito não saudável ou sem fazer ações doloridas nos procedimentos. (...) Um bom trabalho de grupo inclui o aprendizado subjetivo de novas formas de lidar com os problemas, a partir da troca de experiências e das dicas oferecidas pelo profissional, o acompanhamento periódico do paciente, as preocupações sobre o paciente e seu estado de saúde, a satisfação do profissional e do usuário com a resolutividade, a sincronia da equipe, o acompanhamento de um processo a longo prazo. Inclui ações mais educativas que curativas, para sensibilizar o paciente. Inclui gerar integração na comunidade, favorecer a criação de redes de cuidado. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos).

Embora necessitem de teorias, o aprendizado na prática é considerado importante, através da relação com o paciente, no exercício da clínica ampliada e de ações coletivas.

Imaginar o conhecimento teórico separado da prática, ou o conhecimento na totalidade das teorias de prática de grupo como indispensáveis à realização seria como um obstáculo para a efetivação dessa prática. Algum embasamento teórico é importante, porém essa afirmação nos faz pensar que talvez a prática associada à uma análise das necessidades, dos objetivos da ação, do contexto institucional e o exercício da clínica ampliada apontariam para a conquista de maior segurança na ação. O grupo se daria inclusive no encontro, considerando saberes e ofertas prévias, que dispararão estudos e a busca por outros conhecimentos.

Além do conhecimento específico das teorias e da clínica, os profissionais/ alunos narraram a necessidade de um perfil específico para se trabalhar com grupos, o que poderia ao nosso ver, deixar na utopia a figura do coordenador, sendo mais um obstáculo à prática.

Ele deve ter sensibilidade para trabalhar com imprevistos, empatia para estar em grupo, capacidade de se colocar na história do outro e compreendê-lo. Sensibilidade de conhecer o paciente, o que ele quer. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos).

Entendemos que essas são qualidades para o trabalho em saúde em geral, pois mesmo num atendimento individualizado, seja na atenção básica ou num hospital, há que se ter um grau de empatia às pessoas e atenção aos imprevistos. O destaque dessas qualidades teria relação com a necessidade fundamental e indispensável dessa postura no prática de grupo, comparado à outros settings?

No mesmo sentido, para os profissionais/ alunos do Curso, o paciente também deveria ter um determinado perfil para ser inserido em um grupo, referiram-se

principalmente à característica de não trazer crises e conflitos para o espaço coletivo, nomeadas como “manipulação”, “agressividade” e “poliqueixa”. Ao coordenador caberia, segundo a narrativa dos profissionais/ alunos, o papel de reconduzir os pacientes que “desfocariam” do ideal do grupo para outro tipo de atendimento/ atenção.

Entendemos que o grupo não é espaço para crises, que os participantes devem estar bem neste espaço, afinal são convidados a estar e não obrigados. Outros de nós achamos que o paciente não apresenta um perfil para estar em grupo, somos nós profissionais que devemos ajudá-lo a conviver, a se relacionar com outras pessoas, buscar outras estratégias para que ele fique bem e que enfoque os objetivos do grupo (trecho texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Ora, se entendermos que o grupo não é espaço para crises, reforçaremos um espaço identitário, sem diferenças, sem multiplicidades. Diferentemente do conceito de Coletivo de Jean Oury, em que o grupo seria lido como potencialmente reflexivo, problematizador, revelador das tensões, dos impasses, das dificuldades institucionais e, inclusive, disparador de intervenções, proposições, soluções e composições. Como lidar com a crise no grupo? Retirá-la de cena? Estamos entendendo que o conceito de “crise” pontuado pelos profissionais poderia conduzir à leitura e à incorporação de ações no sentido de desvelar algo essencial do grupo, quer sejam conflitos, discordâncias, análises, descentramento da tarefa inicial. O grupo sem “crises” é aquele que nada revela de seus estranhamentos, de suas (pré) ocupações. Talvez a busca de um “perfil harmonioso” poderia estar atrelada à dificuldade de se lidar com a surpresa e a singularidade de cada encontro, com o conflito, com a diversidade de interesses e desejos, na ilusão de que o “paciente ideal”, “sem crises”,

levaria o grupo ao alcance do objetivo inicial. Se o coordenador (ou qualquer outra pessoa participante) apegar-se ao seu próprio objetivo, terá dificuldades em criar um espaço de compartilhamento e construção dos objetivos e das tarefas a serem efetivadas pelos participantes. O objetivo se torna foco, um tema a ser construído, e não fim do acontecimento grupal. Análises das resistências, das transferências, da insistência na pré-tarefa, poderão permitir mudanças no percurso numa construção de um espaço coletivo, acolhendo a “crise”.

Episódio 9: Os efeitos na prática clínica, na equipe de trabalho e no governo de si

O funcionamento do grupo de aprendizado nas turmas foi comparado à dinâmica da equipe de trabalho nas Unidades Básicas pelos profissionais da AB/alunos. O modo de condução dos pequenos grupos de formação, as reflexões disparadas durante o curso, o treino de coordenação, o aprendizado de técnicas de manejo e as discussões de caso facilitaram aos trabalhadores a lidar com as situações de equipe no ambiente de trabalho.

Achamos que podemos transpor o aprendizado para os momentos em equipe (reunião de equipe e reunião geral) e junto ao trabalho com o usuário: na abordagem de um caso, de um problema, de um tema, acrescentando as questões específicas do nosso território e da população abordada. Mudam os objetivos propostos, mas a maneira de analisar e agir é muito semelhante. Aprendemos nesses momentos a ter outra visão do problema e do usuário também. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Narraram a transposição inevitável dos conhecimentos do Curso para o contexto em equipe, seja em reunião multiprofissional ou no trabalho com o usuário. Com o olhar ampliado, possuem outra visão do usuário: estaria relacionada a conhecê-lo melhor antes de dar um diagnóstico? Uma relação mais próxima, com respeito? Seria alguém a compartilhar o processo de decisão sobre o próprio ato de cuidado.

Reconheceram que modificaram a postura em contextos coletivos dos quais participavam, falando melhor, escutando mais o parceiro de trabalho, realizando sínteses da discussão, com aumento no grau de autocrítica. Os momentos de reunião nos serviços ganharam um novo significado, atribuído à construção das parcerias e do apoio entre os profissionais da equipe, seja para a discussão dos casos, seja para conhecer melhor os pacientes atendidos, através dos relatos dos demais profissionais da equipe. Os profissionais/ alunos passaram a se conhecer melhor e a conhecer melhor àqueles com quem trabalham.

Com o processo do curso, tivemos mudanças na nossa postura nas reuniões de equipe, ficamos mais soltos, mais ponderados na fala, nas colocações, no revezamento das participações, aprendemos a fazer sínteses e análises dos acontecimentos, fazemos autocrítica. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Como no curso a gente trabalha em grupo, transferimos este aprendizado para a prática clínica e isso trouxe um fôlego novo, uma disposição pra viver coisas novas, pra ir atrás... O paciente também não é mais visto como passivo, mas como alguém que precisa entrar em ação. (trecho do texto coletivo, turma A).

Com essa transposição do processo de aprendizagem do curso, puderam efetuar e estimular mudanças no contexto de equipe, a partir da revisão de seus próprios preconceitos e modos de atuar. Sinalizaram que algumas intervenções novas foram criadas, no espaço individual e grupal, ao adquirirem novos conhecimentos, ou como poderíamos associar, ao exercício da *tekné*. Os profissionais da AB/alunos sentiram-se capacitados e mais instrumentalizados, a partir do processo do Curso a experimentarem mais o atendimento familiar, grupal e valorizaram o espaço de reunião de equipe, sendo fundamental para o desenvolvimento de seu trabalho.

Em relação às atividades (práticas clínicas) que não fazíamos antes do curso destacamos o atendimento familiar, em alguns períodos da semana. Tem sido muito interessante, uma coisa que não conhecíamos e não fazíamos. (trecho do texto coletivo, turma A).

Vários de nós conseguimos modificar o trabalho em equipe, criar espaço junto aos colegas que estavam dispostos a modificar suas ações. Num serviço conseguimos institucionalizar a reunião de equipe semanal e temos planejado melhor nosso trabalho, revemos nossas prioridades, estamos organizando a atenção aos diabéticos, iniciamos o cadastramento dos diabéticos e hipertensos. (trecho do texto coletivo, turma B).

Após o curso nos sentimos mais capacitados, seguros e motivados para a prática de grupo com a equipe e com os usuários, quanto ao conhecimento da técnica e dos saberes teórico-práticos da clínica, da rede de serviços de Campinas, da saúde pública. Ampliamos nossos recursos, nosso campo de visão e de ação. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Os profissionais/ alunos apontaram que, durante o Curso, havia o diferencial da composição de um espaço protegido, o que dava segurança para exposição das fragilidades pessoais e que aparecessem ideias discordantes. A grupalidade foi traduzida como a existência de cumplicidade, formação de identidade entre os membros, relacionamento com as diferenças e as críticas entre os participantes de forma “tranquila e amadurecida” no processo, sendo equiparada por alguns como um grupo-terapia e grupo-análise.

Esse é um aspecto importante pois percebemos que o Curso proporcionou uma experimentação da configuração do espaço protegido, este que nem sempre está consolidado nas equipes, o que traz obstáculos à seriedade, à ética e à confiança em tratar de discussões em reuniões de equipe.

Ainda em relação às reuniões em seus ambientes de trabalho, os profissionais/ alunos passaram a se sentir estimuladores do acontecimento desse espaço, ainda que na prática, na maioria das vezes, estivesse esvaziado de sentido ou distantes do cotidiano das unidades de saúde²³. A discussão de casos desencadeou uma formação continuada da equipe que não frequentava o Curso, via profissional/ aluno, sendo apontada como o disparador desse processo. A partir da vivência e reflexão do pequeno grupo de formação, puderam se utilizar dos conceitos sobre contextos grupais e coletivos para analisar à situação de equipe nos serviços.

Descobrimos que existem jeitos diferentes de trabalhar com equipes: desde aqueles extremamente autoritários a outros que escutam e respeitam o que

²³ Em relação a este tema, da frequência de reuniões de equipe em unidades de saúde de Campinas, não encontramos estudo/ pesquisa específicos. Baseamo-nos em relatos dos profissionais sobre o funcionamento de suas equipes.

acontece subjetivamente. Talvez hoje haja mais gente aprendendo a lidar com isso e sendo menos autoritário. (trecho do texto coletivo, turma A).

O curso tem nos fortalecido e melhorado nossa capacidade de negociação com a equipe, com o coordenador do serviço, com a gestão, mas as dificuldades são muitas e as mudanças lentas. Nossas discussões não falam somente de teoria. Temos visto resultados concretos em nós e nos casos discutidos (trecho do texto coletivo, turma D).

Podemos ver a partir desses trechos selecionados que o curso instrumentalizou para a análise e cogestão do trabalho em equipe: além dos conteúdos específicos relacionados, os grupos de aprendizagem serviram como espaço de experimentação do trabalho em equipe e disparadores de intervenções políticas, à medida que as ações clínicas estavam relacionadas à mudanças na gestão do trabalho. Sentiram-se mais instrumentalizados para a prática de grupo, o que se refletiu num esforço de aumentar o número de ofertas aos usuários (grupos e atendimento familiar) e estimular o trabalho em equipe.

E insistimos que as coisas sejam levadas para a reunião. Se alguém está organizando um grupo, pedimos para não organizar fora, para levar para a equipe, para a equipe participar, se apropriar, para ser o grupo da equipe. Porque se a equipe entende aquilo, ela vai cuidar, vai nutrir. (...) Outros de nós achamos que o conhecimento que o curso nos trouxe é em si um conhecimento político. Nos incentivou a brigar, a cobrar a gestão, cobrar o espaço da reunião, nos deu ferramentas para discutir temas da política, na própria discussão do caso clínico vamos puxando a equipe, estimulando todos a chegarem no horário, a reunir e a fazer as coisas acontecerem. E isso é intervenção política. (trecho do texto coletivo, turma B).

Passamos a perceber e cobrar mais os momentos de reunião de equipe e exigir que aconteça. Entendemos que a reunião é também um momento para trazer as angústias com cada usuário, conhecer os demais membros da família e a sua dinâmica através dos outros profissionais. Passamos assim, a valorizar mais o próprio trabalho, o de cada profissional e o da equipe, a equipe passou a participar mais da construção do caso, o que facilita essa relação em equipe. (trecho do texto coletivo, profissionais da AB/ alunos do curso).

Antes, acostumados a lidar com o paciente de forma isolada, os profissionais/ alunos sentiam-se sobrecarregados. Utilizaram a discussão de casos e as interlocuções com a equipe como forma de compartilhar o raciocínio clínico e criar possíveis caminhos em conjunto para o acompanhamento do paciente. Algumas turmas pontuaram o quanto esse processo foi doloroso visto a correria do cotidiano e a dificuldade de realizar uma reunião de equipe ou parar para conversar sobre um caso, o que aumentava a angústia frente à valorização dos espaços coletivos no Curso. Alguns profissionais da AB/alunos relataram dificuldades de ampliar a discussão proposta no ambiente de curso com seus parceiros de trabalho.

Alguns de nós trabalhávamos muito sozinhos, só atendendo os pacientes. E aprendemos que um caso difícil não precisamos resolver sozinhos, podemos discutir com outro profissional, com a saúde mental, com o pediatra, ou até na reunião intersetorial. Hoje a gente tira de letra discutir caso, analisar a realidade da família. (trecho do texto coletivo, turma B).

Novas ações passaram a ser propostas para o trabalho em equipe e novos espaços coletivos passaram a ser ocupados e criados para a gestão (como colegiado gestor e núcleo

de saúde coletiva) e a assistência em saúde. Diante desse fato, nós, professores/ apoiadores, consideramos que as mudanças se deram também num campo político da práxis. Não foi necessariamente um processo fácil, pois os profissionais/ alunos enfrentaram oposições da gestão e de sua própria equipe.

Para nós, os alunos apresentaram mudanças de posturas e aprendizados, como exemplo, pessoas tímidas que começaram a ter mais segurança em se posicionar no grupo e outros que passaram a apresentar muita consistência na argumentação. Pudemos presenciar ou saber que alguns tiveram mudanças em suas equipes (mais pró-atividade e liderança na equipe) e na relação com o paciente, principalmente em não colocar os próprios valores na frente dos do paciente e não prescrever acreditando que os pacientes vão cumprir cegamente. Inventaram intervenções com a equipe, criaram grupos. (trecho do texto coletivo, professores do curso).

Podemos perceber mudanças e efeitos tanto quando na invenção de novos modos de funcionar, de novos dispositivos para o cuidado, na afirmação do trabalho em equipe e como quando encaravam o paciente enquanto potência para a clínica, no contágio de outras equipes e de outros profissionais para ampliação da clínica e ação em espaços coletivos.

Para essas mudanças, foi necessário uma mudança de postura em relação à prática profissional, poderíamos dizer que uma certa análise de si mesmo, dos preconceitos e valores ético-morais, o que atingiria a postura em relação a outros contextos sociais vividos, além do trabalho.

Os profissionais da AB/alunos narraram a mudança em seus modos de agir, modos de pensar e analisar os problemas. Consideraram que houve essa mudança no plano

subjetivo e que acarretou aumento em sua análise crítica, com reflexos diretos na atuação em seus espaços coletivos de vida, seja no trabalho ou em casa, em suas relações sociais de forma geral, pelo aumento da segurança na ação e autoestima. Seja por imitação ou criação, tentando questionar os próprios modos costumeiros de agir, procurando ser mais construtivistas e criar espaços para a participação de mais pessoas junto a eles. Observamos que aumentou o grau de autonomia dessas pessoas.

O curso potencializou nossa ação não só como médicos ou enfermeiros, mas potencializou nossa ação como ser humano, de conseguir enxergar a realidade do outro, se colocar naquela realidade, tentar fazer alguma coisa pelo paciente como se a gente fizesse pela gente mesmo. (...). E aí, quando você começa a questionar, você começa a ser o problema. Nós passamos a ser mais críticos, a observar mais. Passamos a enxergar os nossos erros e os erros da equipe, e passamos a cobrar mais por isso. (...) Numa aula fizemos nosso mapa da rede de apoio e ficamos espantados. Percebemos que para compreender a mudança ou a dificuldade do outro, nós temos que olhar para as nossas também. (trecho do texto coletivo, turma B).

A mudança na clínica começou pela mudança deles próprios. Apontaram efeitos na atuação com o paciente (nos atendimentos - ouvindo mais antes de agir), na equipe (apontando falhas e inovações possíveis, participando de espaços de gestão, compreendendo melhor o papel e lugar ocupado por um coordenador de equipe, negociações com os demais companheiros de trabalho), como um processo inevitável a partir da reflexão e análise da própria prática.

O olhar ampliado ajudou a construir este respeito na equipe, criar vínculo com a população e olhá-la de uma outra forma, mais reflexiva. Olhar pra si mesmo, aprendendo a escutar e construir respeito e “igualdade” entre os profissionais que participam deste processo. (...) Fortalecemo-nos como pessoas, conhecendo mais a si mesmo e podendo interagir melhor. (trecho do texto coletivo, turma A).

***Capítulo 6. O dispositivo grupal na
coprodução do cuidado na ABS***

Modelos da prática de grupo na ABS e mapas para análise e cogestão

A partir do que foi analisado, podemos afirmar que a questão dos grupos na ABS mantém uma relação com os paradigmas que pautaram a conformação de nossas políticas públicas, ainda centrados em ações orientadas pelo modelo biomédico, focado na doença e pouco na relação profissional-usuário. A formação profissional em saúde também tem reforçado a reprodução desse modelo. As dicotomias grupo-indivíduo e clínica-saúde coletiva contribuíram para a consolidação da dissociação desses conceitos. As influências paradigmáticas, que enfatizaram a responsabilidade do Estado frente ao cuidado coletivo e do controle do corpo social, reforçariam a ideia das propostas dos grupos educativos na ABS com o caráter de conscientização da população e obtenção de conhecimento, predominando aquelas estratégias verticalizadas de transmissão dos saberes em contraposição às teorias construtivistas e democráticas. Vemos que no funcionamento da ABS brasileira, há a predominância de espaços individuais para a clínica em detrimento dos grupais e coletivos, que seriam destinados às práticas educativas e complementares. Esse fato estaria aliado à dificuldade por parte dos profissionais em incorporar as atividades coletivas em seu cotidiano de trabalho e também à baixa autonomia e protagonismo das comunidades. Estas responderiam à uma construção das necessidades de saúde pautada pela concepção hegemônica através da demanda pelo atendimento individual com o médico e medida através do número de exames e procedimentos realizados.

A tradição da Saúde Coletiva aponta para o uso dos grupos enquanto espaços educativos de promoção em saúde, enquanto a psicossociologia e as teorias institucionalistas apontam para o seu uso enquanto técnica e dispositivo institucional. Essas tradições pouco penetraram na ABS a fim de possibilitar um olhar sobre os grupos que

considerasse, por exemplo, os processos educativos não descolados de suas influências sociais, institucionais, de contexto político e da consequente análise desses elementos na sua configuração. Ou seja, constatamos que, de forma geral, há pouca influência das teorias psicológicas e institucionais para a composição de uma intervenção grupal na ABS.

A fim de produzir uma síntese entre os conceitos abordados, traçamos três esquemas, a partir das teorias destacadas e do estudo do uso dos grupos ao longo do século XX, que poderiam facilitar uma leitura das influências sobre a prática de grupo na ABS:

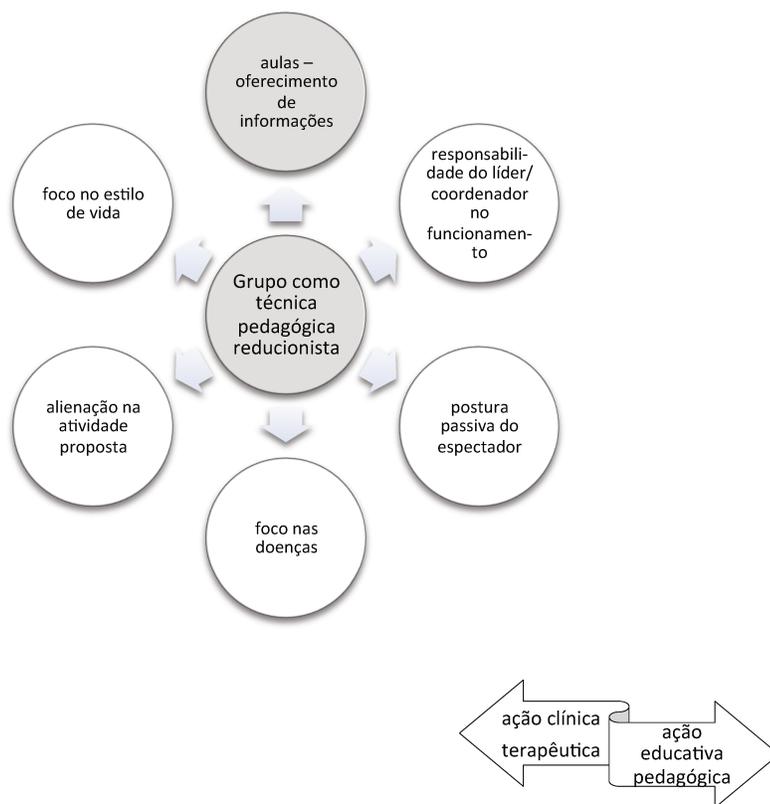


Figura 5- Modelo reducionista pedagógico – grupo como técnica para indução do bom comportamento

Estariam inseridas nesse primeiro esquema as teorias e práticas que preconizam a estratégia de aulas/ palestras como estratégia para agrupamentos humanos, por exemplo, utilizando-se do grupo como estado de submissão a um conhecimento verticalizado e alienante no processo de produção de cuidado em saúde. Visaria mais a mudança de comportamentos que o exercício da autonomia dos coletivos. Estaria focado na cisão trabalho intelectual-manual, na decisão hierárquica, na verticalização dos poderes e na divisão das etapas do conhecimento e práticas. Haveria uma cisão ou um desencontro entre ações clínicas (terapêuticas) e ações pedagógicas (educativas). Em outro esquema, poderíamos visualizar uma intervenção pautada pelo seguinte modelo:

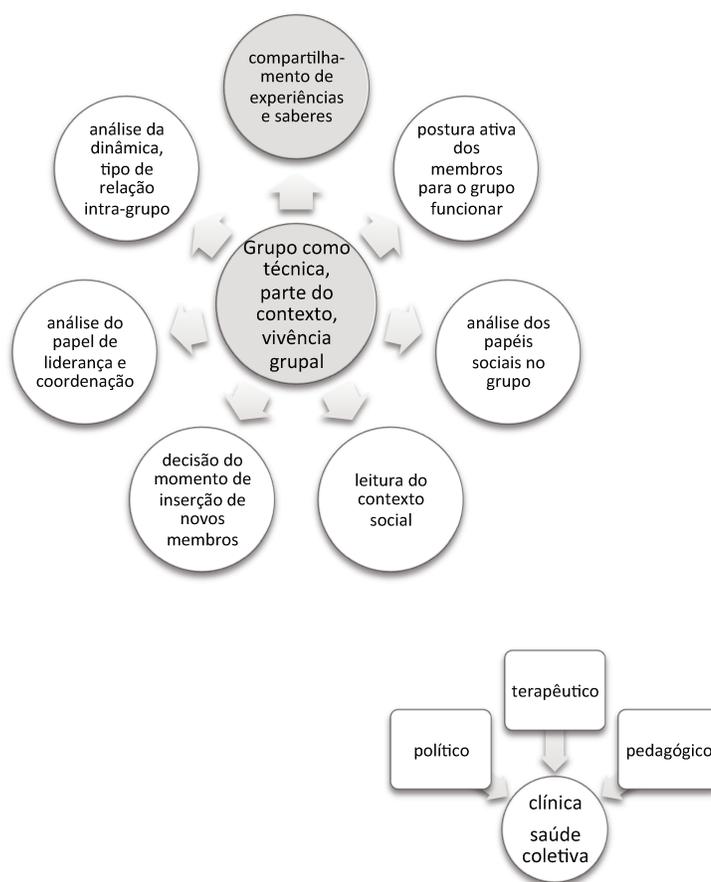


Figura 6- Grupo como técnica, focado na vivência grupal

Nesse esquema poderíamos acrescentar as teorias que utilizariam o grupo enquanto técnica, com a leitura dos fenômenos, das relações humanas e a tentativa de aumento da participação de seus membros, seja para explicitar seus sentimentos, participar da atividade ou do planejamento da ação. Poderíamos pensar incluídas aqui as abordagens fenomenológicas grupais terapêuticas ou também as palestras educativas com caráter político-pedagógico, que propõem a participação ativa dos usuários do serviço na discussão do tema e compartilhamento de saberes/ experiências. Os efeitos político, pedagógico e terapêutico fariam parte das ações porém ainda como aspectos estanques e fragmentados nos momentos distintos da intervenção.

Num terceiro esquema, como em uma engrenagem, a partir da discussão de Campos (2005), afirmamos que as ações da intervenção grupal dispararia efeitos terapêuticos, políticos e pedagógicos, de alcance clínico, de gestão e institucional. Estariam esquematizadas neste modelo, as teorias centradas no desenvolvimento do grupo enquanto um coletivo capaz de dialogar com e interferir em seu contexto institucional:

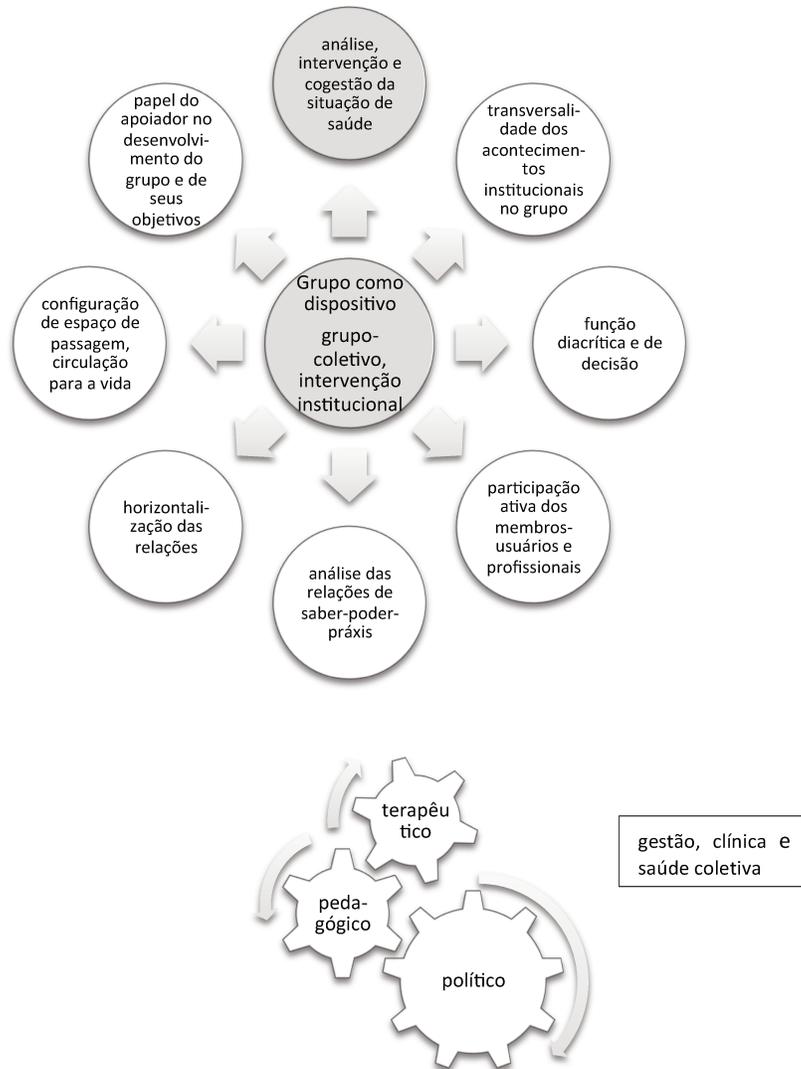


Figura 7- Grupo dispositivo para intervenção institucional e no cuidado em saúde

Em nosso entendimento, as ações grupais também se configuram na clínica como meio de intervenção potente para os processos educativos, terapêuticos, clínicos, de tratamento de doenças, de promoção de saúde. Não deveriam se restringir a espaços grupais de promoção à saúde, nem a espaços em que predominam as “falas” (as palestras) que reproduzem os modelos de educação bancária.

Considerando os achados da nossa pesquisa, alguns participantes estavam envolvidos com a prática de grupos e agregaram elementos importantes para uma ação coletiva, porém ainda centravam suas intervenções em métodos explanativos, reproduzindo o modelo de aprendizagem em que o “professor fala e os alunos escutam”. Muitos profissionais, em seus grupos, adequaram conteúdos de capacitações formais que tiveram sobre os temas da gestação, do tabagismo, da hipertensão, por exemplo, para reproduzi-los junto aos usuários dos serviços, sem a participação ativa destes.

A escolha pelo atendimento grupal não deveria se opor ou concorrer com a prática individual, mas antes ser pautada pelos objetivos desse meio de intervenção. Valorizar o grupo como dispositivo que exerce uma função de trabalhar o coletivo, não simplesmente a soma de pessoas. Nesse sentido, *fazer grupo* não é somente manejar a sua dinâmica, mas conseguir analisar as influências em sua formação, quais opções tomadas para atingir seus objetivos e incluir esse olhar. Há outra clínica a ser produzida no coletivo, que não seria a reprodução da lógica do atendimento individual ou da tradição da dicotomia indivíduo X coletivo.

Não obstante, o grupo enquanto espaço de compartilhamento de experiências revelou-se interessante para favorecer a criação de redes de apoio social aos processos de adoecimento, de sofrimento no cotidiano das comunidades. Mostrou-se como estratégia utilizada pelas equipes para, a partir da valorização de diferentes modos de lidar com a situação, contribuir para o enfrentamento da doença e o autocuidado dos usuários.

Percebemos que o grupo ainda é organizado a partir das semelhanças entre as pessoas, tentando-se diminuir as diversidades e adversidades do coletivo. Esse fato contribui para o risco do coletivo se tornar espaço de homogeneização e intolerância quanto aos diferentes modos de agir frente a uma situação qualquer. O planejamento do grupo

incluía o usuário, mas ainda não era feita uma avaliação sistemática diária ou em longo prazo dos encontros seja com a equipe ou com os participantes.

Afirmamos durante a análise dos episódios que o grupo poderia ampliar as possibilidades de análise e intervenção nos modos de se produzir cuidado, relações de poder e de se organizar o serviço. Com a abertura das fragilidades humanas e, conseqüentemente, dos nossos equipamentos de ABS, haveria uma tendência ao retorno do atendimento individualizado, seja pela dificuldade de lidar com essas fragilidades, seja por uma deficiência técnica ou também pelo não-estar advertido às situações-problema ou foco real de discussão dos momentos coletivos. A responsabilização do paciente pelo fracasso do grupo, a culpabilização individualizada pela sua situação, a estigmatização seja pela doença ou pela queixa constante seriam como cegueiras anunciadas de uma prática limitada à análise e compreensão dos fatores relacionados ao adoecimento.

Estar em grupo muitas vezes é visto como não fazer clínica, acarretando desvalorização dos profissionais que nele atuam, como se fosse uma ação sem valor, “não-clínica”. Refazemos o convite a pensar se as ações coletivas são marginais, complementares ao tratamento ou se farão parte de fato das ações centrais para o desenvolvimento da ABS (“o *plus* do grupo”). A diversidade dos meios de produção de saúde potencializariam o cuidado, a intervenção.

Da tal forma, que simplesmente “fazer grupos” não basta. Haveria que se analisar que prática é essa produzida, o que ela pretende, o que ela aciona ou permite acionar. Tal como o movimento da Psicoterapia Institucional questionou o adoecimento e o controle dos manicômios sobre o corpo doente, como também lançou a loucura a ser tratada juntamente à própria instituição segregadora, os coletivos na ABS (atendimentos grupais, reuniões, palestras) poderiam incorporar a discussão dos processos de adoecimento, do sofrimento,

da degradação humana, da vida social, da alienação no trabalho ou de uma gestão centralizadora, trazer a pessoa como coparticipante no processo de produção da saúde.

O grupo desta maneira ampliaria o seu foco de tratamento e de análise das relações intragrupo, para as conexões de sentido com o contexto institucional, almejando impactos também no modo de produção de cuidado. Grupo como espaço de análise e de coprodução de coletivos que operasse para a mudança dos processos saúde-doença, exercendo uma função crítica, clínica e a cogestão institucional. De que forma as tradicionais demandas da ABS poderiam trabalhar sob essa ótica? Como trabalhar com a “diabetes, a hipertensão, a gestação, a tuberculose”, por exemplo, e mudar o modo como esses processos são cuidados? Tal qual a loucura na gestão do cotidiano dos serviços de saúde mental, na ABS os coletivos – usuário, trabalhador, gestor – agindo na invenção de novos modos de produção de saúde, novos modos de cuidado, na intervenção sobre as forças instituídas da *praxis* em saúde. Uma forma que o próprio grupo pudesse intervir sobre a forma de produção do cuidado, não mais recebendo de forma alienada o tratamento.

Ao cuidar do doente, a instituição entraria em processo de análise para a produção de saúde, um exercício de estranhar o cotidiano para agir sobre ele, o que não se configura em uma tarefa fácil.

Podemos nos utilizar dos esquemas apresentados em outros desafios de análise da prática de grupo no cotidiano da ABS. Em qual modelo tenderiam as intervenções grupais em cada unidade de atenção básica? Dentro de cada unidade, quais pressupostos e conceitos fariam operar os encontros coletivos? É uma tarefa que deveria envolver toda a equipe e usuários, num exercício de diagnóstico compartilhado e análise situacional do modo de cuidar em saúde. Ofertamos a seguir um mapa de núcleos temáticos que poderia favorecer uma análise da situação grupal/ coletiva e uma intervenção em seus acontecimentos.

Quadro 3- Mapa de núcleos temáticos para análise e cogestão dos grupos na ABS

Técnica – dinâmica	Dispositivo	Núcleos transversais
Inserção de novos membros.	Reunião de constelações – agrega pelos laços sociais	Objetivos - propósito (individual e comum).
Papéis sociais: - membros; - tipo de liderança (autoritária, liberal, democrática, facilitador, apoiador); - coordenação.	Saberes- compartilhamento.	Centralidade: - No indivíduo/ pessoa; - No grupo; - Na tarefa; - No coletivo e instituição.
Análise da relação entre os membros: - Dependência, ataque- fuga, emparelhamento); - Verticalização, hierarquização de funções e papéis, horizontalização; - Manutenção do núcleo e campo.	Espaço de passagem, de mediação, de experimentação para a vida, ensinante de responsabilidades pelos percursos na vida social (autonomia).	Análise das relações de poder, saber e afetos; Qual papel e função do coordenador? o que se faz lá?
Ação de cada pessoa- valorização protagonismo, iniciativa, postura ativa e participativa.	Função diacrítica e de decisão – contra a alienação. Função de intervenção	Analisadores: ruídos, descontentamentos, queixas, assuntos “fora plano”.
Leitura do contexto intra- grupo.	Transversalidade dos acontecimentos institucionais e do contexto no grupo; Intervenção fora espaço interno ao grupo; Instituição em análise.	Configuração do que interessa/ importa ao grupo (definição dos problemas, das situações a serem enfrentadas, do que é acontecimento); Virtudes: gentileza como atenção e disponibilidade- estar advertido.

Atentaremos para alguns aspectos pouco aprofundados anteriormente. Na primeira linha temos aspectos relacionados a inserção de novos membros e propósitos, tanto de objetivos, tanto de reunião das pessoas. Oury (2009) trabalhou com o conceito de constelações para dizer do agrupamento pelas proximidades entre as pessoas, ou seja, aproveitarmos dos laços sociais e afetivos já existentes para potencializar o efeito terapêutico e vincular a mediação do efeito dessas relações. Incluir a constelação do paciente para um trabalho em grupo provocaria mudanças no estado clínico e na autonomia (Oury, 2009). Poderíamos pensar nos sinais que nos revelam a identidade de uma comunidade, nas influências do entorno na situação de adoecimento/ sofrimento, ou mesmo o objetivo como um potencial agregador.

Na identificação do papel e função do coordenador, seria necessário saber em que lugar ele se encontra. Ou seja, exigiria também um trabalho de autoanálise do próprio coordenador em saber quais são suas motivações e interesses pelo espaço, por também ser um membro do coletivo, numa posição auto-reflexiva, o que se traduziria num questionamento “o que faço lá?” (Oury, 2009).

Seria preciso distinguir os diferentes registros (simbólico, imaginário), saber quando há ruído que poderiam ser interpretados como evitamentos, resistências, movimento em pré-tarefa.

O grupo enquanto dispositivo teria uma tripla função, diacrítica e de decisão: de análise estrutural dos acontecimentos, distinguir e estar advertido aos possíveis acontecimentos em seu processo clínico-institucional; e de intervenção: capaz de modificar os contextos a partir de suas decisões compartilhadas.

Em consonância aos vários episódios desta longa narrativa sobre a prática e formação para grupos, podemos dizer que há que se ter disposição para atuar em processos

coletivos. Disposição e ação refletida que poderia ter relação com o significado do desenvolvimento de algumas virtudes. Há que se ter vigilância e sensibilidade às configurações e reconfigurações dos acontecimentos, *do que se passa*, do que se produz, do que se *decide* trabalhar. Gentileza em relação às pessoas e atenção ao que emerge no coletivo, não como simples cortesia, mas como respeito, como ética. Em vários momentos, apareceram as questões da empatia, dos vínculos sociais, dos afetos que rondam o entorno dos encontros de grupo.

Baseados em nossa análise da prática de grupo, na tradição e no mapa de núcleos temáticos para análise e cogestão de grupos na ABS, apresentamos um guia com pontos úteis para reflexão e síntese do contexto de uma situação de grupo. Não se trata de um questionário fechado ou de um instrumento de perguntas e respostas, mas sim de um roteiro para uma tarefa coletiva de construção de um caso, que envolvesse seus participantes-gestores, trabalhadores e usuários, numa tentativa de disparar de mudanças e reflexões sobre a prática, podemos dizer, em uma tarefa de elaboração do projeto terapêutico coletivo e de discussão do caso grupal. Esse guia pode ser aplicado em situações de grupos já em desenvolvimento ou ainda em fase de projeto, a fim de auxiliar o processo de construção reflexiva e compartilhada da intervenção.

Quadro 4- Pontos para análise e cogestão dos grupos na ABS

- Nome do grupo;
- Responsável(s) e coordenador(es);
- Frequência/ Dia da semana/ Horário/ Local;
- Histórico de como surgiu;
- Por que este coordenador assumiu/ assumirá (qual interesse/ investimento na proposta)?
- Quem deve participar ou quem participa (população alvo) e por que? Quantas pessoas?
- Objetivo (para quê fazer esse grupo?/ o que quer atingir?);
- Qual enfoque do grupo? (educativo, terapêutico, apoio, compartilhar experiências etc.).
- Como o grupo acontece? Descreva um pouco o que tem sido feito neste espaço (metodologia de trabalho, teoria que segue, jeito de conduzir, meios- método, atividades realizadas).
 - a. Acontece de acordo com o que era planejado?
 - b. Há responsabilidades distintas entre os coordenadores e participantes?
 - c. Em que momento do tratamento na unidade de saúde ocorre a participação do usuário? (no primeiro acesso, grupo educativo complementar, estratégia central da terapêutica, sala de espera, etc.).
 - d. O grupo é aberto ou fechado a novos membros? Por que? Esse fato interfere no compromisso dos integrantes?
 - e. Utiliza-se de atrativos (brindes, presentes, acesso facilitado à outras ações da equipe etc)? Os atrativos sobrepõem-se aos objetivos principais?
- Como tem funcionado:
 - a. Tem tido a frequência esperada? Se obrigatório, todos comparecem? Quem tem vindo aos encontros (característica/ perfil das pessoas)?
 - b. Com pontualidade?
 - c. Qual o “clima” dos encontros, em geral?
 - d. Qual a dinâmica dos participantes em geral (há líderes, há postura passiva/ ativa)? Como é a relação entre eles?
 - e. Qual é a função do coordenador?
 - f. Quais as potências que vocês percebem neste espaço de grupo?
 - g. Quais as dificuldades encontradas pelos responsáveis no manejo do grupo?
 - h. Quais conhecimentos seriam necessários para o aperfeiçoamento desta prática?
 - i. Há anotações/ registro sobre o processo de grupo? De que forma? Em quais instrumentos? (há registro individual e grupal?)
- Em que medida este espaço de grupo (não) tem alcançado os objetivos pensados?

- Qual a centralidade (foco) do grupo: no desenvolvimento da tarefa, de cada indivíduo particularmente ou do grupo como um todo? De que forma?
 - a. Se trabalha em torno de uma tarefa, qual é? Quais obstáculos ao desenvolvimento da tarefa?
- Há avaliações periódicas sobre o grupo?
 - a. Com que frequência?
 - b. Como é feita? De que se fala?
 - c. Quem está incluído no processo de avaliação?
 - d. Qual avaliação todos participantes fazem desse espaço?
- Qual a relação do espaço de grupo com o serviço? Provoca mudanças ou interfere no cenário institucional? De que maneira?
- O que é necessário para o coordenador desse grupo? (em relação aos saberes, técnicas, relação afetiva, manejo, interesse, identidade, investimento).
- Quais estratégias possíveis para atingir mais os objetivos? (pense o quê quer atingir e como, quais próximas ações do grupo, responsáveis etc.).
- Participantes da discussão desse guia: nome dos membros da equipe (trabalhadores e gestores) e usuários
- Mudanças a serem disparadas no cenário grupal frente a análise e responsáveis:
- Nova análise a ser realizada em equipe:

Conceitos para um grupo-formação

A formação profissional centrada no modelo clínico individual e pautado em procedimentos favorece uma prática que não privilegia o desenvolvimento de contextos grupais e coletivos para a intervenção em saúde. Associado à clínica degradada, diminuiria a capacidade de intervenção e análise das equipes e usuários para a produção de saúde compartilhada no grupo. Reforçamos a ideia de que o grupo deveria entrar na composição dos meios de intervenção clínica, assim como o são a visita domiciliar e o atendimento individual, por exemplo.

A formação profissional para a análise e atuação com grupos ainda está limitada às técnicas de “aquecimento” e às atividades e dinâmicas grupais, na lógica de reprodução das atividades independentemente do contexto. Os pequenos grupos de formação ainda não incorporam a discussão das relações intragrupo e das questões institucionais em seu desenvolvimento.

Uma formação pautada por conceitos pedagógicos construtivistas poderia favorecer a construção de outro modelo de prática profissional. O papel do professor como apoiador e profissional de referência nos processos de aprendizagem, estimulando a análise, a problematização e a intervenção sobre as situações da vida. As teorias de análise e da pedagogia institucional nos mostram um caminho para a produção da análise da própria prática, desconstruindo a ilusão que o grupal seria democrático ou construtivo por princípio. Há que se ter a construção de dispositivos pedagógicos para se ofertar um ensino na e para a cogestão e com intervenções no coletivo.

O Apoio Paidéia empregado em processo formativo, o que vem sendo experimentado ao longo desses anos (sendo que a tradição do método Paidéia é voltada para a cogestão de coletivos de produção – equipes), mostrou sua potência para favorecer o espaço coletivo da aprendizagem com abordagem construtivista e pautada por projetos de intervenção na situação real de trabalho. O professor na postura de apoiador (tal qual um apoiador institucional) contribuiu para construir os projetos de intervenção, estimular a capacidade de análise das relações de poder, afeto e saber para reconstrução e análise da clínica e da gestão na ABS. Isso trouxe efeitos sobre as posturas éticas na vida das pessoas. A tradição discursiva dos participantes do curso mostrou-nos a contribuição do processo formativo para os processos de cogestão no trabalho, na equipe, nos espaços grupais e coletivos com os usuários.

O grupo como dispositivo de formação possibilitou que fosse analisado enquanto acontecia, ao passo que também ofereceu aos alunos a oportunidade de experimentar a função de coordenador, formulador, participante, numa postura ativa de construção, de análise e na cogestão desse espaço. Assim, puderam transpor essas reflexões, a vivência e os conhecimentos para o local de trabalho. O fato de agregar ao processo de formação vários conteúdos de discussão e análise sobre a prática de grupo e sobre os conceitos de coletivo, de território, de cultura, de comunidade, de situações de risco e vulnerabilidade potencializou a intervenção dos alunos frente as situações trazidas pelo paciente e a produção de uma clínica ampliada na ABS.

O processo de formação estudado nos mostrou uma experiência interessante: a tarefa de discussão de casos, cumprindo seus objetivos primários enquanto dispositivo para a experimentação do espaço grupal e para a produção de uma análise ampliada das relações de poder, de saberes e dos afetos na prática profissional na ABS. Tal relevância no processo de ensino que uma das turmas sintetizou o curso como o acontecimento-grupo, a partir da potência do caso e do grupo formativo para as mudanças da prática e aplicação do conhecimento. Os alunos puderam rever suas posturas ética e moral, discutir os sentimentos relacionados às intervenções, além do conhecimento técnico relacionado ao caso. Os efeitos ressoaram na equipe, nos modos de organização e gestão dos serviços e na maneira de lidar com o usuário. Para alguns, essa mudança alcançou outras atividades, fora do campo do trabalho.

Afinal, como entendemos então um processo de formação para uma prática ampliada e compartilhada que potencialize a ação grupal e com coletivos? Se tomarmos o quadro 3, do mapa de núcleos temáticos para análise e cogestão e fizermos analogia a um

processo de formação em saúde, poderíamos apontar alguns conceitos, dentro das tradições apontadas:

Quadro 5- Conceitos para um grupo-formação

Abordagem construtivista	Postura ativa no processo, participação na construção e acontecimento Não alienação no processo de aprendizagem
Grupos de formação	Experimentações no coletivo Espaço de passagem, estar advertido Aumento da capacidade de síntese, análise e intervenção Transversalidade da instituição – relação com o locus de intervenção profissional Constelações Análise da dinâmica e dos papéis no grupo Coordenação, manejo Grupalidade
Professor- apoiador	Estimular análise do poder-saber-afetos Ativar espaço de formação Mediar a construção de objetivos comuns, compromissos e contratos Ampliar capacidade de crítica e intervenção Visar qualificação das ações no SUS Horizontalização das relações, sem perda das diferentes e específicas atribuições Acompanhamento longitudinal do processo de ensino
Discussão de casos	Clínicos, institucionais e de gestão Função diacrítica e de decisão Saberes- compartilhamento Analisadores
Conhecimentos específicos	ABS, território, comunidade Grupo familiar Clínica ampliada Trabalho em equipe e profissional de referência Cogestão e análise compartilhada Projeto Terapêutico Singular/ Projeto de Intervenção Coletivo Grupo e coletivo - teorias Composição dos arranjos grupais e dispositivos coletivos

Considerações finais

Reconfigurações do grupo

De maneira geral, a metodologia escolhida para a pesquisa permitiu a leitura e a análise a partir da tradição da *praxis* de grupo na ABS. Os textos compostos por vários atores (teóricos, profissionais, professores, usuários) trouxeram à cena as influências do processo formativo orientado pelo Método Paidéia. A metodologia de interpretação hermenêutica aliada a métodos participativos de construção de narrativas e da observação de campo ajudou a olhar para os textos coletivos, avaliar o discurso operante e a coerência das ações no cotidiano de trabalho e no caso do processo de formação.

A perspectiva dos núcleos de análise- dos mapas, pontos e conceitos, nos abre possibilidades para uma reflexão da prática na ABS, em seu contexto institucional e de formação profissional, apoiando na construção de estratégias de intervenção. Tentamos articular a tradição do tema dos grupos ao desenvolvimento de uma ação prática coerente com as diretrizes e princípios da saúde pública brasileira, na produção de uma clínica ampliada e compartilhada. Sabemos que a realização dessa análise crítica e de uma prática de cogestão não são simples no cotidiano dos serviços de saúde, porém é preciso lutar contra o instituído que tende à burocracia e à alienação.

É certo que a ação em grupo não garante por si uma prática participativa ou mais potente que outros meios de intervenção, entremos nessa reflexão! Como qualquer oferta, o grupo deve ser objeto de constante análise, com regularidade. É preciso um esforço da equipe nessa discussão, uma ação isolada será só mais uma ação presa entre quatro paredes do *setting* individualizado, um remar contra a maré.

O grupo é pressuposto para as nossas práticas na ABS, porém ainda há muito o que avançar no que se refere à formação profissional (graduação e pós), que pouco contempla

esse tema no conteúdo curricular ou na metodologia pedagógica. Frente às dificuldades e fragilidades de uma prática pouco em pauta, em geral, o grupo se reduz a um espaço prescritivo e com enfoque educativo reducionista, que enxerga o paciente como potencial aprendiz dos conhecimentos biomédicos. Ainda, de fato, não se consolidou enquanto estratégia clínica, ficando à margem dos meios de intervenção e sujeito aos imprevistos de uma agenda pautada por procedimentos e por atendimentos individuais.

Tentamos discutir nesse trabalho as potências, as dificuldades e as problemáticas para que o grupo torne-se instrumento de apoio à produção de modos de cuidado em saúde, com a participação do coletivo na análise e na intervenção de seus próprios problemas e da instituição, o que estaria diretamente relacionado ao uso do grupo em espaços de formação e o ensino de temas transversais a essa prática.

Apostamos em uma construção do grupo na ABS não só enquanto instrumento de prevenção ou educação em saúde, mas constituindo-se em estratégia clínico-institucional. Grupo coletivo, que dispara outros modos de cuidado, outras entradas para a construção de uma relação clínica e do encontro profissional-usuário, outras fissuras para a participação do usuário em seu tratamento. Colocar a instituição em análise, provocar intervenções junto aos sujeitos envolvidos.

--

Nous préférons évoquer la puissance des plantes vivaces qui poussent leurs racines entre les pierres des vieux murs. Heureuses fissures! que nous ne sommes pas pressés de replâtrer! Nous continuons²⁴

Fernand Oury, s/d.

²⁴ Livre tradução: Preferimos evocar o poder das plantas perenes que crescem com suas raízes entre as pedras dos velhos muros. Felizes fissuras! que não tenhamos pressa para consertá-las! Continuamos.

Referências

Arouca ASS. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva.** Tese de doutorado. Campinas: FCM/ UNICAMP, 1975.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(3): 549-60, 2005.

Balint M. **O médico, seu paciente e a doença.** RJ/SP: Atheneu, 1988.

Barbier R. **La recherche action.** Paris: Anthropos, 1996.

Baremlitt G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** 5ª. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

Barros RDB. **Grupo: a afirmação de um simulacro.** Porto Alegre: Sulina/ UFRGS, 2007.

Barros RDB. Grupo: uma estratégia na formação. In: Brito J; Barros ME; Neves MY, Athayde M (Orgs.). **Trabalhar na escola? Só inventando o prazer.** Rio de Janeiro: IPUB/ CUCA, 2001.

Barros NF; Lourenço LCA. O ensino da saúde coletiva no método de aprendizagem baseada em problemas: uma experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Rev. bras. educ. med.** [Online]. 2006, vol.30, n.3, pp. 136-146.

Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface Comum Saúde Educ**, 1998; 2:139-54.

Bion WR. **Experiencias en grupos: grupos e instituciones.** Barcelona: Paidós, 1980.

Braga Campos FC. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** Tese (Doutorado). FCM/ UNICAMP, Campinas, 2000.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006.

Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001a. Disponível em www.portal.mec.gov.br.

Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001b. Disponível em www.portal.mec.gov.br.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. 1994. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em outubro de 2007.

Brockmeier J; Harré R. Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, 16(3), p. 525-35.

Caillé A. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. **Rev. bras. Ci. Soc.** vol. 13 n. 38, 1998.

Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(7):3033-40, 2011.

Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5): 2337-44, 2010.

Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. **Cadernos ABEM**, v.3, outubro 2007.

Campos GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2ª. ed. SP: Hucitec, 2005.

Campos GWS. **Saúde Paidéia**. SP: Hucitec, 2003.

Campos GWS. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese (livre-docência). FCM-UNICAMP. Campinas, 2000.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(2): 393-403, 1999.

Campos GWS; Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev, 2007.

Carvalho ICM. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 9, n. 19, p. 283-302, julho de 2003.

Carvalho SR; Campos GWS; Oliveira GN. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. **Interface** (Botucatu), vol.13, nº29. Botucatu, 2009.

Castoriadis C. **A instituição imaginária da sociedade**. 5ª. ed. RJ: Paz e Terra, 2000 [1982].

Cavalcanti LS. Cotidiano, mediação pedagógica e formação de conceitos: uma contribuição de Vygotsky ao ensino de geografia. **Cad. Cedes, Campinas**, vol. 25, n. 66, p. 185-207, maio/ago. 2005.

Cohn A. **O social e sua incorporação no conhecimento e na prática médica.** S/d.

Mimeo.

Cohn A; Elias PEM. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços.** 4ª. ed. São

Paulo: Cortez/CEDEC, 2001.

Cunha GT. **Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica**

ampliada na atenção básica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). FCM-

UNICAMP. Campinas, 2009.

Cyrino EG; Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por

descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em

problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, mai-jun, 2004.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia

D, Freitas CM (orgs). **Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências.** RJ:

Fiocruz, 2003. p. 9-53.

Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas.

Universidade Estadual de Campinas. **Relatório final do Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica.**

Campinas, DMPS, 2009.

Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas.

Universidade Estadual de Campinas. **Projeto do Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica.** Campinas, DMPS, 2008.

Denzin NK; Lincoln YS. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks, Sage, 1994.

Fernandes MTO. **Grupos na saúde da família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural**. Belo Horizonte, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, UFMG, 2007.

Figueiredo MD. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação**. Campinas, 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). FCM, UNICAMP, 2012.

Fontanella B; Ricas J; Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

Foucault M. **Microfísica do poder**. 21ª. ed. RJ: Ed. Graal, 2005 [1979].

Foucault M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. 8ª ed. RJ: Graal, 2007 [1977].

Foulkes SH. **Introduction to group-analytic psychotherapy**. Londres: Heinemann, 1948.

Foulkes SH; Anthony EJ. **Group psychotherapy: the psychoanalytic approach**. 2ª ed. Londres: Karnac, 2003 [1957].

Freinet C. **Pedagogia do bom senso**. 7ª.ed. SP: Martins Fontes, 2004 [1985].

Freud S. **Cinq Psychanalises**. Paris, 1973.

Freud S. **Psicologia de Grupo e Analise do Ego**. 1921.

Furlan PG. O agente comunitário de saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. In: Campos GWS; Guerreiro AVP (orgs.). **Manual de práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. SP: Hucitec, 2008a.

- Furlan PG. **Veredas no território: análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde**. Campinas, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2008b.
- Furlan PG; Amaral MA. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica. In: Campos GWS; Guerreiro AVP (orgs.). **Manual de práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. SP: Hucitec, 2008. p. 15-33.
- Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(1): 165-181, 2001.
- Gadamer HG. **Verdade e método**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- Gallio G; Constantino M. **L'école de liberté**. Interview à François Tosquelles. 1987. Disponível em: www.triestesalutmentale.it. Acesso em jan.2011. [Disponível em português: Lancetti A. (org.) Grupos e coletivos. SaúdeLoucura 4. SP: Hucitec, 1993. p. 85-128].
- Gauthier J. **Sociopoética: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais enfermagem e educação**. Rio de Janeiro: Ana Nery, 1999.
- Gonzalez SG; Rodríguez CF; Rodríguez JP; Amigo I. Prevención secundaria de la depresión em atención primaria. **Psicothema**, 2006. V.18, n.3, p. 471-77.
- Guba EG; Lincoln YS. **Fourth Generation Evaluation**. Sage Publications, Newbury Park, 1989.

- Jófil Z. Piaget, Vygotsky, Freire e a construção do conhecimento na escola. **Educação teorias e práticas**, ano 2, n.2, 2002. p. 191-208.
- Lapassade G. **Grupos, organizações e instituições**. 3^a. ed. RJ: Francisco Alves, 1989 [1974].
- L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.8 n.1, 2003.
- L'Abbate S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 481-490, out/dez, 1994.
- Lourau R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. RJ, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.
- Maffaccioli R. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Porto Alegre, 2006. Escola de Enfermagem, UFRGS, 2006.
- Malinowski BK. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Coleção Os pensadores. 2^a ed. SP: Abril Cultural, 1978.
- Martínez JCD. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. **Rev Esp Salud Pública**, 2003; 77: 615-627.
- Maximino VS. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. SJC: Univap, 2001.
- Minayo MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 9^a ed. revista e aprimorada. SP: Hucitec, 2006. 406p.

Miranda L; Figueiredo MD; Ferrer AL; Onocko Campos RT. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. SP: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-77.

Moreno JL. **Psicodrama**. 10ª ed. SP: Cultrix, 2006.

Morgan DL. **Focus groups as qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

Moura AH. **A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes**. SP: Hucitec, 2003.

Munari DB. **Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites**. 130p. Tese (doutorado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1995.

Munari DB; Rocha BS; Nunes DS; Medeiros M. O ensino da temática de grupo nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2005. 26(2):220-30.

Nasio JD. **Los más famosos casos de psicosis**. Buenos Aires: Paidós, 2002.

Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saude Soc.**, vol.3, no.2, p.5-21, 1994.

Oliveira GN. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese (doutorado). UNICAMP, FCM. Campinas, 2011.

Onocko Campos RT. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em Saúde Coletiva. In: Barros N; Ceccati JG; Turato ER. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Ed. Unicamp, 2005a. p.161-271.

- Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.3: p.573-583, 2005b.
- Oury F. Institutions: de quoi parlons-nous? **Revue Institutions**, n.34, Psychothérapie et pédagogie institutionnelles. s/d.
- Oury J. **O coletivo**. SP: Aderaldo & Rothschild, 2009.
- Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Públ**. RJ: 19(5):1527-34, 2003.
- Pichon-Rivière E. **Teoria do vínculo**. 7ª.ed. SP: Martins Fontes, 2007 [1980].
- Pichon-Rivière E. **O processo grupal**. 7ª. ed. SP: Martins Fontes, 2005 [1983].
- Ricoeur P. **Interpretação e ideologias**. 4ª. ed. RJ: Ed. Francisco Alves. 1990.
- Ricoeur P. **Tempo e narrativa**. SP: WMF Martins Fontes, 2010 [1983].
- Ricoeur P. **A metáfora viva**. 2ª. ed. SP: Ed. Loyola, 2005 [1975].
- Ribeiro JP. **Psicoterapia grupo analítico: teoria e técnica**. 2ª. ed. SP: Casa do Psicólogo e Livros Neli, 1995.
- Rodrigues HBC. **As subjetividades em revolta: institucionalismo francês e novas análises**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ, 1993.
- Rogers CR. **Grupos de encontro**. SP: Martins Fontes, 2009.
- Saeki T; Munari DB; Alencastre MB; Souza MCBM. Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**,v. 33, n. 4, p. 342-7, dez. 1999.

- Santos LM. **Os fenômenos grupais nos grupos de promoção à saúde no distrito docente assistencial em Florianópolis: a ação dos coordenadores e o setting grupal.** 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – UFSC, Santa Catarina, 2002.
- Santos LM; Oliveira EM; Crepaldi MA; Da Ros MA. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. **Rev Saúde Pública**, 2010; 44(1): 177-84.
- Santos NR. Trajetória da efetivação do SUS: impasses e tendências da gestão pública. In: Pessoto U *et al.* (orgs.). **O público e o privado na saúde.** SP: Hucitec, 2005. p. 101-110.
- Silva JA; Dalmaso ASW. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** RJ: Ed. Fiocruz, 2002.
- Soares LTR. As políticas setoriais da seguridade social. In: Soares LTR. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina.** Petrópolis: Vozes, 2001. p.241-324.
- Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.39, nº 3. p. 507-514.
- Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: MS, 2007. p.18-30.

Vasconcelos EM. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: Gonsalves EP. (org.). **Educação e grupos populares**: temas recorrentes. SP: Editora Alínea, 2002. p. 99-116.

Vasconcelos EM. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. SP: Hucitec, 2001.

Weiss CH. Toward the future of stakeholder approaches in evaluation. **New Directions for Program Evaluation**, 17: 83-96, 1983.

Westphal MF; Bógus CM; Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, v.120, n.6, p.472-482, 1996.

Yin R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3^a.ed. SP: Bookman, 2005.

Anexo I- Roteiro: Grupo Focal de avaliação do curso

Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica

Aquecimento – abordagem preliminar

1. Na visão de vocês, qual a importância deste curso? Para que ele está servindo?

Sobre as práticas clínicas e de promoção à saúde

2. Atualmente, a sua visão sobre o processo saúde-doença-intervenção é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?

3. Vocês percebem alguma mudança em sua prática cotidiana (na clínica e nas ações de saúde coletiva) que tenha sido motivada pelo curso? Em que situações vocês percebem essa(s) diferença(s)? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?

4. Vocês desenvolvem ações que não desenvolviam antes de iniciar o curso? Quais? (Visitas, grupos, trabalho com adolescentes e famílias, parcerias com ongs, etc)

Sobre o trabalho em equipe

5. Atualmente, a sua visão sobre a importância do trabalho em equipe é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?

6. Em relação à dinâmica de funcionamento das suas equipes, houve alguma mudança motivada pelo curso? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?

Sobre a gestão

7. Atualmente, a sua visão sobre a gestão da unidade e/ou da Atenção Básica é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?

8. E na interação com os gestores (coordenador de unidade, apoiadores do distrito), houve alguma mudança? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?

9. E em relação à participação de vocês na gestão da unidade, mudou alguma coisa? Como o curso contribuiu nessa mudança?

Sobre a gestão de si mesmo e o “ser trabalhador de saúde”

10. Vocês desenvolveram algum gosto ou interesse por alguma atividade ou área de atuação, motivados pelo curso? E em relação ao prazer ou à satisfação no trabalho, mudou alguma coisa?

11. Vocês percebem alguma mudança na maneira de lidar com o conflito ou com situações que geram incômodo no trabalho? Como o curso contribuiu?

12. Houve alguma mudança no que vocês sentem em relação ao trabalho direto com as pessoas, a família e a comunidade? E em sua visão sobre o usuário? Como o curso contribuiu?

13. Vocês percebem alguma diferença motivada pelo curso em mais algum outro aspecto da sua vida? A que vocês atribuem essas mudanças?

Sobre a metodologia do curso

14. Qual é a opinião de vocês sobre as discussões de caso? Para que serviram? Qual sua importância no contexto do curso?

15. E sobre as aulas teóricas? Para que serviram? Qual sua importância no contexto do curso?

16. Como vocês avaliam os professores/apoiadores horizontais do seu grupo? Como eles contribuíram para o aprendizado do grupo?

17. Existem outros espaços (na unidade ou fora dela) em que vocês podem falar sobre os assuntos abordados pelo curso? Quais? Vocês consideram importante haver espaços como este? Eles seriam importantes para que?

18. O que vocês mudariam e o que manteriam no formato do curso? Por que?

Anexo II- Roteiro: Grupo Focal da Pesquisa, com professores do Curso de Especialização

Este grupo tratará especificamente do processo formativo em grupo (turma) que foi acompanhada por aproximadamente dois anos, longitudinalmente, pelos mesmos professores (um mesmo grupo de alunos). Visa promover uma reflexão sobre o processo ensino-aprendizado em grupo, a inserção dos alunos neste processo e os possíveis reflexos para a prática clínica grupal com usuários e no relacionamento em grupo-equipe.

Eixo I: O curso, a metodologia utilizada e a relação com a prática dos alunos em serviço

1. Em relação ao curso, quais aspectos da metodologia utilizada contribuem para a formação para uma prática clínica ampliada dos profissionais-alunos?
2. Vocês percebem alguma mudança na postura dos alunos em aula que tenha sido motivada pelo processo do curso? O que mudou? Como era antes? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?
3. Considerando a prática clínica grupal (com usuários) dos alunos em serviço: vocês acham que a metodologia utilizada contribuiu para a formação para essa prática? Quais aspectos metodológicos contribuíram? Para quê vocês consideram que contribuiu?
4. E em relação ao grupo-equipe: vocês acham que a metodologia utilizada contribuiu para a ação dos alunos em serviço com as equipes em espaços coletivos, como por exemplo, em reuniões e discussão de casos? Como?

Eixo II: Processo de formação/ ensino-aprendizagem em grupo

5. Em relação ao processo formativo, partindo do fato de que a turma teve metade de sua carga horária de curso em momentos de discussão em grupo, com as mesmas pessoas, você considera que a turma tornou-se um grupo? Por quê? Qual a postura dos alunos nesse processo?
6. Vocês acham que há especificidades de processos pedagógicos realizados em grupo? Quais?
7. Quanto à atuação de vocês, enquanto professores e tutores, comentem de forma geral como foi esse processo de acompanhar uma turma em grupo, ao longo de todo o curso, em relação à:
 - a) o que foi significativo no processo da turma (processo horizontalidade);
 - b) formação de grupalidade - houve, não houve -;
 - c) prática na condução do grupo/ turma;
 - d) os momentos de avaliação da condução da turma e supervisão;
 - e) consolidação da dupla; e
 - f) parceria com o tutor.
8. Houve oferta teórica (momento específico para tal) em todas as turmas (A, B, C, D) para a formação para a prática grupal? Quais conceitos e referenciais foram abordados que podem contribuir para a prática em grupo?
9. O que vocês consideram que são bons instrumentos/ conceitos/ saberes teórico-práticos para essa prática pedagógica? E para a prática em serviço, seja com usuários, seja com equipe?

Anexo III- Roteiro: Grupo Focal da Pesquisa, com profissionais/ alunos do Curso de Especialização

Eixo 1: Descrição geral sobre a prática de grupo com usuários nas unidades:

1. Pensando na prática clínica de grupo com usuários/ paciente, como vocês descreveriam um encontro em grupo nas suas unidades de trabalho? Como acontecem os grupos?
2. Quais são os grupos que acontecem atualmente nas Unidades de vocês? Quem são os profissionais responsáveis pela execução?
3. Qual enfoque de tais grupos? Quais objetivos/ finalidades?
4. Os grupos são parte da terapêutica proposta ou são complementares aos tratamentos oferecidos? Constituem-se em uma proposta clínica? Por que percebem assim?

Eixo 2: Sobre a dinâmica/ funcionamento dos grupos:

5. Para construir um grupo em sua unidade, o que vocês e suas equipes costumam fazer?
 - a) Como são definidos os conteúdos a serem abordados e/ou as atividades a serem realizadas? Quem define?
 - b) Há registros sobre o andamento do grupo e da participação do usuário? Onde?
 - c) Estes grupos são avaliados pela equipe? Como? Com que frequência? E pelos participantes? Os usuários participam das decisões sobre o funcionamento do grupo?
6. Na opinião de vocês, quem pode realizar/ coordenar os grupos? Por quê?
7. Vocês acham que existem resultados específicos do trabalho com grupos? Potencialidades, quais? Fragilidades, quais?
8. O que vocês consideram que é um bom trabalho de grupo? Quais fatores são importantes para o bom acontecer grupal? Como a equipe lida se esses fatores não são contemplados na prática?
9. Vocês encontram dificuldades para conduzir os grupos?

Eixo 3: Relação da prática clínica grupal com o processo do Curso de Especialização e o trabalho em equipe:

10. O que vocês consideram que são bons instrumentos teórico-práticos para essa prática clínica? Vocês acham que possuem esses conceitos-chave em suas experiências profissionais? Vocês têm formação teórico-prática para tal atuação? Qual?
11. Em relação ao curso, a metodologia utilizada, vocês percebem alguma mudança na sua prática clínica de grupos que tenha sido motivada por esse processo? O que mudou? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?
12. Vocês acham que há semelhanças e/ou diferenças entre os grupos em equipe (reuniões, colegiados) e o trabalho de grupos com usuários? Se sim, quais?
13. E em relação ao trabalho em equipe, espaços de reuniões, vocês acham que o curso instrumentalizou para essa ação? Vocês percebem mudanças na postura nas reuniões de equipe que tenham sido motivadas pela metodologia utilizada da discussão dos casos em grupo? Quais?
14. Como vocês se sentem em relação ao tema e à prática grupal hoje na atenção básica?

Anexo IV- Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Curso de Especialização)

Este termo pretende informar sobre a forma de avaliação da metodologia de ensino-aprendizagem utilizada no “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica”, oferecido para cerca de 80 profissionais, médicos e enfermeiros, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP), pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social e Programa de Saúde da Família/ FCM/ Unicamp em parceria com o Ministério da Saúde, no período de Maio de 2008 a Outubro de 2009. Solicita autorização dos alunos para que o material produzido no curso possa ser utilizado como banco de dados para subprojetos de pesquisa vinculados a essa experiência, dois dos quais já em fase de planejamento:

- “Pesquisa avaliativa e participativa de um processo de formação em saúde: o Apoio Paidéia e a construção de práticas ampliadas e compartilhadas na Atenção Básica”. Projeto de doutorado que objetiva avaliar se e como a metodologia do curso contribui na formação profissional para uma abordagem psicossocial das questões de saúde.

- “Os grupos da Atenção Básica à saúde: avaliação participativa de um processo de formação profissional e as mudanças na prática clínica”. Projeto de doutorado que objetiva avaliar como e se a metodologia do curso contribui na produção de mudanças nas práticas grupais dos profissionais.

A metodologia adotada no curso – Método Paidéia (Campos, 2000) – privilegia o trabalho em pequenos grupos (nesse caso, quatro turmas de cerca de 20 alunos) e combina ofertas teóricas com as demandas do próprio grupo, procurando exercer uma intervenção sintonizada com a realidade e objetos de interesse de cada grupo. A metodologia pressupõe o enfoque na relação terapêutica entre profissionais e usuários e a produção de efeitos simultaneamente pedagógicos e terapêuticos junto aos alunos. Estas características são inovadoras em cursos de especialização, portanto devem ser avaliadas e divulgadas para aprimorar os processos de formação continuada dos profissionais de saúde.

Para avaliar as potencialidades e limites dessa metodologia no desenvolvimento do aprendizado teórico-prático dos alunos e de sua capacidade de intervenção da realidade, propõe-se realizar duas rodadas de grupos focais (de discussão), nos quais os alunos serão convidados a discutir temáticas relativas ao curso. Os grupos focais serão realizados por turma, ou seja, cada uma das quatro turmas se constituirá como um grupo focal. Cada grupo focal terá um coordenador – que apresentará os temas de interesse e focará o debate –, um anotador e um observador, que serão responsáveis por anotar e observar a dinâmica da discussão a fim de facilitar a transcrição e análise das falas. Os professores não participarão das discussões de sua turma, de modo a propiciar maior liberdade aos alunos para expressarem suas opiniões.

Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todas as informações fornecidas pelos alunos durante as discussões possam ser recuperadas e analisadas posteriormente. A identidade e a privacidade dos alunos serão preservadas na transcrição das falas e incorporação das informações em relatórios e textos de análise. Nas transcrições, as falas dos alunos serão identificadas apenas por números ou outros símbolos que impossibilitem a identificação dos nomes, e os professores terão acesso apenas a essas transcrições. Nada do que for dito nos grupos focais será usado contra os alunos no decorrer do curso ou na sua avaliação de desempenho.

Os alunos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento posteriormente, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização dos grupos focais.

As informações obtidas através dos grupos focais, assim como outros materiais produzidos no curso, como anotações feitas pelos professores durante aulas e discussões com os alunos, anotações registradas pelos alunos nos portfólios individuais e fóruns de discussão publicados no Teleduc, poderão ser utilizados como banco de dados para subprojetos de pesquisa (mestrado, doutorado, pós-doutorado) e/ou análises temáticas relativas à experiência realizada pelo curso, sua metodologia e resultados alcançados. Esses produtos poderão ser publicados na forma de artigos e

livros, observando o compromisso com o anonimato dos alunos. Os próprios alunos terão acesso ao banco de dados, assim como professores e outros pesquisadores.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar dos grupos focais para avaliação do curso e autorizando o uso do material como banco de dados para pesquisas.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno

Assinatura do coordenador do curso

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos (coordenador do curso)
Profª. Dra. Olga Maria Fernandes Carvalho (co-coordenadora)
Jeanete Mufalo Silva Bueno (coordenadora executiva)
Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp
Telefones para contato: (19) 3521 8049 e 3521 8945

A sua participação é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp:
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 –Campinas/
SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo V- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (professores e profissionais/ alunos do Curso de Especialização)

Este termo pretende informar sobre a pesquisa, de fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Doutorado intitulada **“Os Grupos na Atenção Básica à saúde: avaliação participativa de um processo de formação profissional e as mudanças na prática clínica”**, de responsabilidade de Paula Giovana Furlan, sob orientação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP. Além disso, solicita autorização dos sujeitos participantes para que as informações coletadas possam ser utilizadas pela referida pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo avaliar de forma participativa como o Método Paidéia, empregado em processos formativos, tem produzido mudanças na prática dos profissionais no campo da prática grupal. Pretende-se compreender como os profissionais da atenção básica analisam e realizam as práticas assistenciais grupais.

Espera-se que, a partir da pesquisa, tenhamos um material para aperfeiçoar os processos de formação profissional e a prática da clínica grupal na Atenção Básica em Saúde.

A coleta de dados se dará através de grupos de discussão (grupos focais) com professores/ tutores e com alunos do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica” (oferecido nos anos de 2008/2009) e observação da prática grupal dos alunos do curso em ambiente de trabalho (Centros de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas/SP). Os grupos de discussão serão gravados e posteriormente transcritos, a fim de captar com precisão as informações dos grupos de discussão. Todos os participantes da pesquisa estarão cientes desse termo.

É compromisso da pesquisadora de preservar a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da incorporação das informações de observação e dos grupos focais na redação da Tese. A presente pesquisa não oferece danos ou riscos e gastos financeiros dos participantes. A pesquisadora se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela. Será entregue uma cópia desse termo aos sujeitos da pesquisa.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador(a) do RG _____, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo. E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Pesquisadora Responsável: Paula Giovana Furlan
Terapeuta Ocupacional e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – telefone: (19) 35218936, Endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126, CxP: 6111, Cep: 13083-887, Campinas/ SP. Email: cep@fcm.unicamp.br.

Anexo VI- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários das unidades de saúde-observação da pesquisa)

Este termo pretende informar sobre a pesquisa, de fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Doutorado intitulada **“Os Grupos na Atenção Básica à saúde: avaliação participativa de um processo de formação profissional e as mudanças na prática clínica”**, de responsabilidade de Paula Giovana Furlan, sob orientação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP. Além disso, solicita autorização dos sujeitos presentes para que as informações coletadas possam ser utilizadas pela referida pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo avaliar de forma participativa como os processos de formação profissional têm produzido mudanças na prática de grupal. Pretende-se compreender como os profissionais da atenção básica analisam e realizam as práticas assistenciais grupais.

Espera-se que, a partir da pesquisa, tenhamos um material para aperfeiçoar os processos de formação profissional e a prática da clínica grupal na Atenção Básica em Saúde.

A coleta de dados se dará através de grupos de discussão com os profissionais dos Centros de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas/SP (alunos do Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica) e observação da prática de grupo assistencial, com a presença de usuários do serviço. Todos os participantes da pesquisa estarão cientes desse termo.

É compromisso da pesquisadora de preservar a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da incorporação das informações de observação e dos grupos focais na redação da Tese. A presente pesquisa não oferece danos ou riscos e gastos financeiros dos participantes. A pesquisadora se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela. Será entregue uma cópia desse termo aos sujeitos da pesquisa.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador(a) do RG _____, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, ____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito participante

Assinatura da pesquisadora

Pesquisadora Responsável: Paula Giovana Furlan
Terapeuta Ocupacional e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – telefone: (19) 35218936, Endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126, CxP: 6111, Cep: 13083-887, Campinas/ SP. Email: cep@fcm.unicamp.br.