DIRCE BOLOGNA

Este exemplar corresponde à versão final da **Tese de Doutorado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Ciências Biomédicas do(a) aluno(a) **Dirce Bologna.**
Campinas, 27 de agosto de 2004.

Prof(a). Dr(a). Maria Cecília Cardoso Benatti
Orientador(a)

RH 250/04/ae

TRABALHO COM GRUPOS:

as dimensões do cuidado grupal sob a ótica do profissional da Saúde Pública

CAMPINAS

2004

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

DIRCE BOLOGNA

TRABALHO COM GRUPOS:

as dimensões do cuidado grupal sob a ótica do profissional da Saúde Pública

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.

Orientadora: *Profª Draª. Maria Cecília Cardoso Benatti*

CAMPINAS

2004

UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/Unicamp B638t
V ___ EX ___
TOMBO BC/ 62205
PROC. 16-86-05
C ☐ D ☒
PREÇO 11,00
DATA 28/02/05
Nº CPD
Bib id: 341698

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Bologna, Dirce

B638t Trabalho com grupos na rede básica de saúde:as dimensões do cuidado grupal sob a ótica do profissional da saúde / Dirce Bologna . Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Maria Cecília Cardoso Benatti

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação em saúde. 2. Saúde Pública. 3. Psicoterapia de grupo. I. Maria Cecília Cardoso Benatti. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SLP

Banca examinadora da Tese de Doutorado:

Orientadora: Profª. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti

Membros: **Assinatura:**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Curso de Pós–Graduação em Ciências Médicas – Área de Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: ____/_____/_____

Aos trabalhadores da saúde

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. **Maria Cecília Cardoso Benatti**, pela confiança, apoio e orientação, fornecendo-me valiosas e decisivas contribuições para a realização desta pesquisa. Este trabalho só pôde ser concluído graças à sua bondosa disponibilidade. Muito obrigada, Maria Cecília!

Meus agradecimentos aos amigos e profissionais participantes diretos deste trabalho: Edna Maria Goulart Joazeiro e Maria da Gloria Duarte Miranda, com críticas e sugestões; Dr. Wilton Viana, ensinando a teoria de Bion aplicada aos grupos; Profª Drª Regina Célia Ciriano Calil, e Profª Drª, Thaís Sartori de Mello Burnier fornecendo-me inúmeras contribuições na etapa pré-banca; Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, com preciosas elucidações sobre o método qualitativo de pesquisas; Maria Aparecida Orlandi, pelo abstract; Profa. Maria Rita Barbosa Frezzarin, pela valiosa correção do português, Tânia Laura Garcia, pela indicação ímpar de um caminho promissor.

Agradeço aos professores da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, especialmente ao Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda, ao Dr. Egberto Ribeiro Turato e ao Dr. Claudio Banzato do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria.

Minha gratidão à Dra. Maria de Fátima de Campos Françozo do Curso de Fonoaudiologia e à Dra. Débora Ratner Kirshbaum da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, pelas contribuições.

Quero agradecer também à Profª Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, ao Prof. Dr. Paulo Dalgalarrondo e ao Prof. Dr. Mario Pereira pela acolhida por ocasião do meu ingresso no curso de doutorado.

Agradeço às secretárias Mônica Garcia de Almeida e Márcia Aguiar dos Santos, pela atenção e delicadeza com que sempre me atenderam.

Sou muito grata ao Wilton Viana e à Neusa Maria Ferreira Marques de Oliveira, por terem sido os primeiros a me ajudar nas descobertas dos valores grupais em saúde mental, e também pela amizade e continuidade da nossa convivência afetiva.

Às colegas Raquel Pastana Teixeira Lima e Heloisa Bearzotti Pires, da Secretaria de Saúde de Campinas; Marisa Lúcia Fabrício Mauro, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/ Unicamp; Marta Fuentes Roja e Maria Silvia Carvalhal, do LACES/Unicamp, sou grata por tudo que compartilhamos nos cursos de GRUPALIDADE e pelo apoio a essa pesquisa.

Aos amigos que, de diferentes maneiras, estiveram presentes nesta jornada: Meire Soldera, Maria Aparecida Orlandi, Tânia Laura Garcia, Clarice Tasqueti, Ivone Rosa da Silva Tambaxe, Carmem Silvia Ribeiro, Fernando Christofoletti, Neusa Paratelli, Fabio Shikasho, minha gratidão.

Sou profundamente grata **aos meus pais Angela e Eugênio e minha irmã Diva,** presentes em memória afetiva. Aos meus irmãos Pedro, Toninho, Maria, Zé, Tilim, Teresinha e Hortêncio, agradeço por tudo que me ensinaram sobre os valores do trabalho humano. Agradeço-lhes, ainda, pelos belos sobrinhos, Gabriel, Rafael, Marcelo, Rodrigo, Inês, Odara, Ana, Helena, Taís, Diego, Bel, Dani, Angélica, Paulo, Tó, Angela, Sonia, Beth, Cris, Dinoli e Ivete.

Agradeço especialmente aos meus entrevistados. Com eles, pude compreender um pouco mais sobre a importância da dimensão afetiva nos grupos.

SUMÁRIO

Pág.

RESUMO ..... *xxiii*

ABSTRACT ..... *xxvii*

APRESENTAÇÃO 31

1-INTRODUÇÃO E OBJETIVOS. 39

1.1-Contextualizando o objeto e o campo deste estudo 43

1.1.1-Rede básica de saúde e trabalho com grupos 43

1.1.2-Breves considerações sobre o modelo de Saúde Paidéia 47

1.2-Formulação do problema 49

1.3-Objetivos 51

1.3.1-Objetivo geral 51

1.3.2-Objetivos específicos 51

2-REFERENCIAL TEÓRICO 53

2.1-Grupalidade e grupo 55

2.2-Grupo 59

2.3-Trabalho com grupos na saúde 61

2.3.1-Modelo empírico e grupos de auto-ajuda 61

2.3.2-Psicoterapia de grupo: contribuições de Foulkes e Bion 62

2.3.3-Grupos operativos 66

2.4-Funções e atributos do coordenador de grupos 70

3-MÉTODO 75

3.1-Fundamentação do método 77

3.2-Procedimentos 81

3.2.1-Campo de observação 81

3.2.2-Os sujeitos da pesquisa 81

3.2.3-Amostragem 81

3.2.4-Instrumento de coleta de dados: entrevista semidirigida..... 86
3.2.5-Tratamento dos dados..... 87
3.2.6-Cuidados éticos..... 90
4-RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 91
4.1-Os Grupos e suas configurações..... 94
4.1.1-A quem se destinam os grupos (e como são denominados)..... 94
4.1.2-Representação social: o grupo como lugar do corpo doente..... 95
4.1.3-Grupo como espaço educativo..... 97
4.1.3.1-Grupo informativo..... 97
4.1.3.2-Grupo como ação interdisciplinar da equipe de saúde..... 100
4.1.3.3-Grupo como espaço de orientação e reflexão..... 102
4.1.3.4-Grupo como espaço para cuidar de cuidadores..... 105
4.1.3.5-Grupo como acesso a direitos sociais..... 106
4.1.3.6-Grupo como veiculador do desejo e cultura do próprio grupo..... 106
4.1.4-Grupos com propósitos psicoterapêuticos..... 109
4.2-Facilitadores do trabalho com grupos..... 110
4.2.1-Gostar e acreditar em grupos..... 111
4.2.2-Criação de uma estrutura de vivências grupais..... 111
4.2.3-Os cuidados com a formação pessoal e profissional..... 116
4.2.4-Filosofia, diretrizes e outros fatores institucionais..... 117
4.3-Vicissitudes do trabalho com grupos..... 119
4.3.1-Limitações da estrutura grupal prescritiva..... 120
4.3.2-O impacto das questões sociais no "setting" grupal..... 125
4.3.3-Grupalidade percebida como ameaçadora..... 128
4.3.4-Perceber-se despreparado para a abordagem grupal..... 129
5-CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 133
6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 141
7-ANEXOS..... 151

CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CETS	CENTRO DE ESTUDOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Pág.

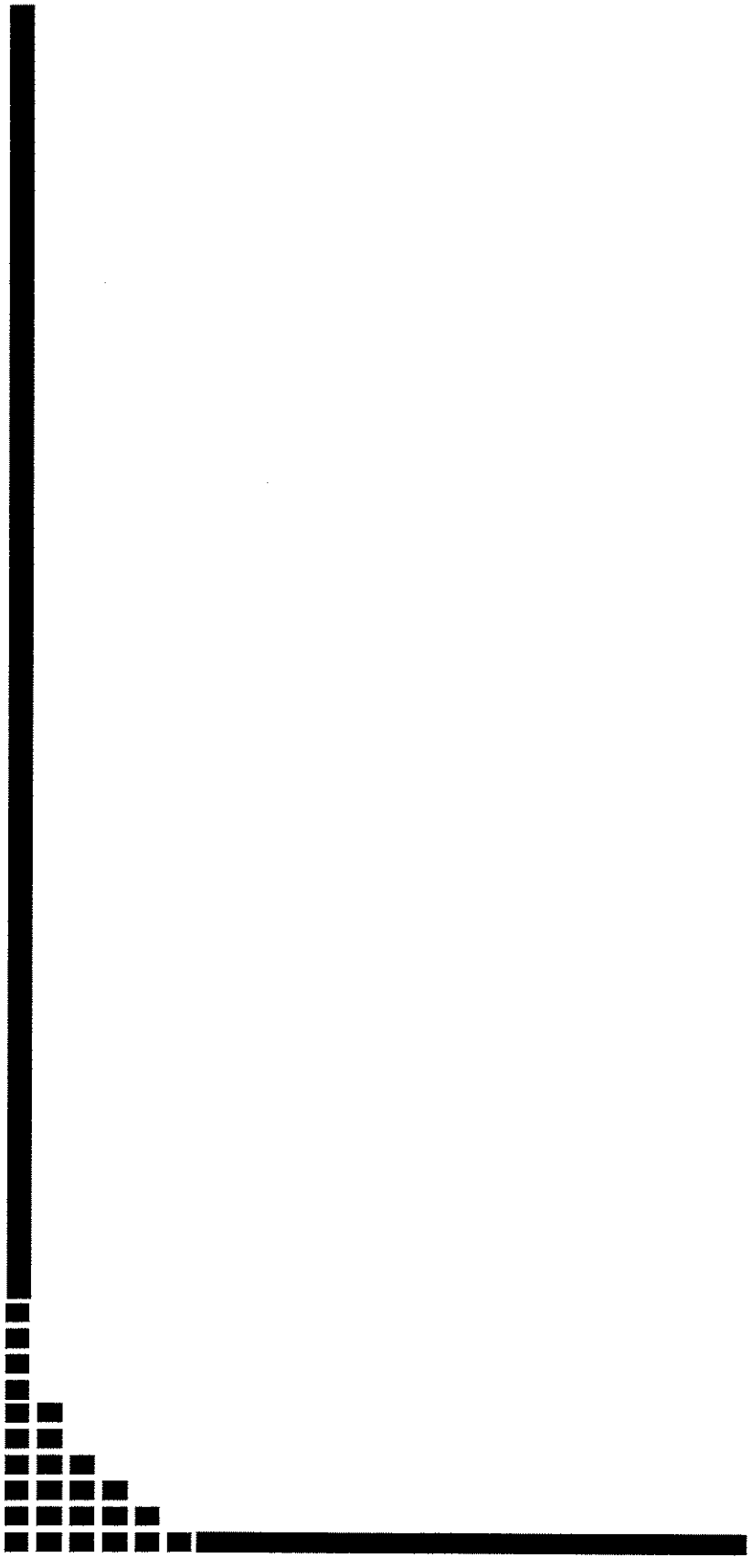
FIGURA 1- Profissões dos sujeitos da pesquisa..... 85

LISTA DE QUADROS

Pág.

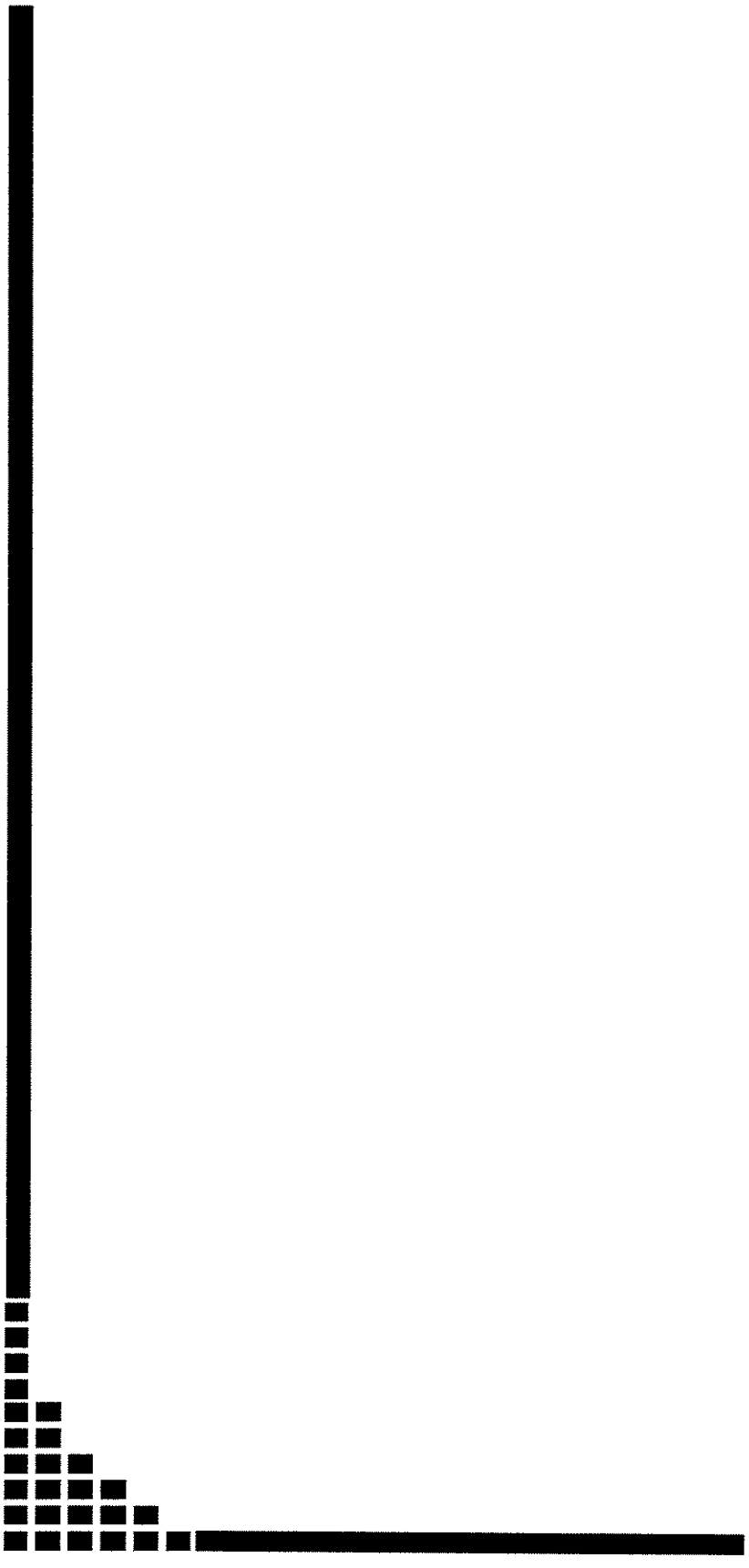
QUADRO 1- Caracterização da amostra: algumas variáveis sociais e ocupacionais..... 84

QUADRO 2- Roteiro de entrevista semidirigida..... 87



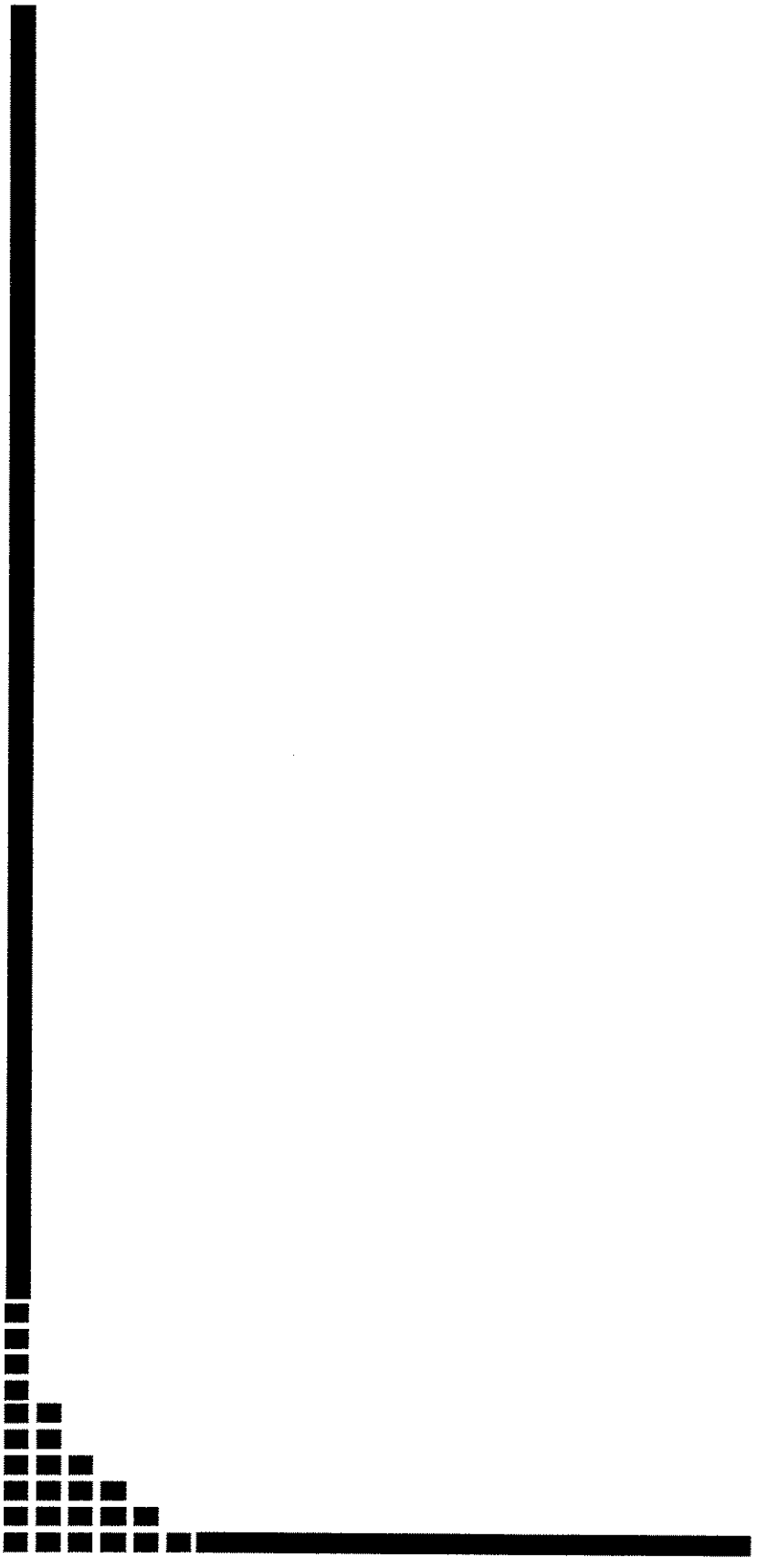
RESUMO

Esta tese de doutorado teve como objetivo compreender significações das experiências de trabalho com grupos coordenados por profissionais da saúde no atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma investigação exploratória, com utilização de referenciais do método qualitativo. A pesquisa de campo foi realizada através de entrevistas semi-dirigidas com quinze profissionais da Rede Básica de Saúde do município de Campinas, São Paulo, constituindo uma amostra intencional. O material transcrito foi categorizado e submetido a uma análise de conteúdo qualitativa, que resultou nos seguintes conjuntos de categorias: a) características das práticas grupais configuradas pelas experiências relatadas; b) fatores facilitadores do trabalho com grupos, considerando as motivações profissionais e aspectos institucionais; c) vicissitudes do trabalho com grupos, decorrentes de dificuldades de natureza pessoal, profissional, social e institucional. A análise dos resultados utilizou referenciais teóricos psicodinâmicos, de enfoque grupal analítico e operativo, e aportes do modelo empírico de grupos. Este estudo mostra que as representações do trabalho com grupos foram associadas ao grupo como lugar de sofrimentos e de ensino-aprendizagem; grupo como lugar de vinculações afetivas (como matriz vivencial); grupo como lugar de cuidados com o corpo; grupo como vinculador da cultura do próprio grupo, entre outras. A necessidade de atenção à formação profissional para o trabalho com grupos, sugeridas pelos próprios entrevistados e também pela pesquisadora, foram consideradas nas conclusões desta tese.



ABSTRACT

The goal of this thesis was the understanding of the working experience with groups coordinated by health system professionals, at the care of patients who make use of the Public Health System. It deals with an exploratory research supported by qualitative method references. The research field was made through semi-guided interviews with fifteen Public Health System professionals of Campinas (São Paulo, Brasil), making up our planned sample. The resulting transcription were categorized and submitted to a qualitative content analysis, resulting in the following groups: a) Characteristics of groups practices from the reported experiences; b) Facilitative facts of work with groups, taking into account both prefessional motivation and institutional factors; c) difficulties in working with groups, related to personal, professional, social and institutional problems. The analysis of the results was based on theoretical references from psychodynamics, analytical, operative and empirical working group models. This study shows that representations of group work were associated with group: as a place of suffering and of learning; or as having affection implications (a matrix of living); or as place for the care of the body; or as binder of the culture of the very group, among others. The necessity of attention for training professionals to work with groups, suggested by the interviewer and also by the researcher, was considered on the conclusion of this thesis.



APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa procura respostas para questões relacionadas ao funcionamento dos grupos articulados ao modelo de assistência e às concepções de grupalidade evidenciadas pelos trabalhadores que coordenam estas práticas na rede pública ambulatorial de saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campinas, Estado de São Paulo.

O interesse pelo tema da grupalidade e pelas questões concernentes às práticas grupais no campo da saúde tem me acompanhado desde as primeiras experiências de vida profissional. Convivi com muitos grupos formados por diferentes pessoas que, em algum momento de suas vidas, buscaram tratamento - em Hospital Psiquiátrico, Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Saúde e Centro de Referência. A necessidade de melhor entendimento do grupo como instrumento de trabalho no contexto da saúde, instigou-me a uma busca contínua de conhecimentos. Neste percurso foram necessários cursos de formação em psicoterapia analítica de grupo e em grupos operativos, especialização em terapia de família e do casal, cursos de saúde pública e saúde mental, supervisões do atendimento de grupos, além da própria análise individual e grupal.

Tais empreendimentos foram muito úteis para o desenvolvimento de práticas grupais voltadas para a promoção da saúde, sustentadas por uma postura ética profissional que sempre nos permitiu responder sem constrangimentos à pergunta "ofereço o tratamento que eu gostaria de receber?". Entretanto, ao assumir as possibilidades de trabalho com grupos na área do ensino e formação, novos desafios tiveram que ser enfrentados, como, por exemplo, percorrer os caminhos que resultaram na realização desta tese, uma investigação exploratória na área do trabalho com grupos em Rede de Atenção à Saúde Pública.

Assim, o objetivo desta apresentação não será outro senão o de poder comunicar sobre os sofrimentos e prazeres vivenciados na trajetória que resultou nesta tese de doutorado. Iniciando pelo que é gostoso, diria que este trabalho é o resultado de um esforço coletivo. É muito bom poder escrever sobre grupos, reconhecendo, na concretude desta realização, as forças do trabalho grupal. As condições de trabalho "com" grupos e "de" grupos estiveram presentes desde o início, da escolha do objeto de estudo às etapas finais deste trabalho, contando com a valiosa colaboração dos professores da banca de qualificação, e membros da pré-banca de defesa desta tese.

A escolha do objeto deste estudo - experiências de trabalhadores da saúde na coordenação de grupos - foi influenciada por um trabalho em equipe. Tive a possibilidade de participar, juntamente com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, da promoção de Cursos de Grupalidade[1] para os trabalhadores da Rede Básica de Saúde, dentro do Projeto de Qualificação das Equipes de Saúde da Família[2].

Tal projeto visava atender necessidades de complementação da formação dos trabalhadores de saúde, compondo-se de diversos cursos, além do Curso de Grupalidade, destinados à capacitação dos trabalhadores na reorganização do modelo assistencial da Rede Básica de Saúde.

Ocorre que o ensino do trabalho com grupos é geralmente assentado em cursos longos e programas de educação continuada, voltados aos profissionais que procuram formação grupalística dentro de uma linha ou escola de sua escolha. Já, os cursos de grupalidade dos trabalhadores de saúde tiveram como características a brevidade (20 horas), destinados a um grupo heterogêneo (enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos, etc.), no que se refere às experiências de cada um com as aplicações da grupalidade.

A equipe de monitores[3], composta por profissionais de diversas formações grupalísticas (psicodrama, dinâmica de grupo, grupoanálise, grupo operativo), discutiu longamente os aspectos operacionais do planejamento: o que selecionar, e com que critérios priorizar os temas para cursos breves, diante da vasta literatura sobre os distintos e múltiplos enfoques grupais; que métodos e técnicas seriam mais adequados para o ensino, diante da heterogenidade dos alunos (universitários e não universitários, profissionais de diferentes especialidades, com diferentes funções e práticas na rede de saúde); quais seriam as abordagens grupais mais indicadas, que melhor atendessem às possibilidades e limites dos trabalhadores e respeitassem sua singularidade no exercício dos cuidados com a saúde.

---

[1] O termo grupalidade em suas diversas concepções é tratado no capítulo dois deste trabalho, p 23.
[2] CAMPINAS (2002) Projeto de Qualificação das Equipes de Saúde da Família - Projeto Paidéia no SUS.
[3] A equipe de monitores, da qual a pesquisadora fez parte, era formada por psicólogas, enfermeira, assistente social, socióloga, sob a coordenação do Prof. Dr. Gastão W. Souza Campos, livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp e Secretário da Saúde de Campinas por ocasião do evento citado.

Naquele trabalho, chamou atenção alguns aspectos relativos à "tensão e produtividade do trabalho em equipe", aspectos estes, discutidos e apresentados em evento científico[4].

O contato com trabalhadores no "setting" destinado à discussão de suas práticas grupais e à construção de um referencial teórico-prático que pudesse servir-lhes de apoio no seu cotidiano de trabalho com os grupos baseou-se numa metodologia de vivências grupais, com discussões a partir da experiência individual dos participantes e de conteúdos teóricos dos textos previamente selecionados. A meta era um trabalho fundamentado nas necessidades dos alunos. Seria possível alcançar tal objetivo?

Dificuldades e angústias experimentadas pelos trabalhadores na convivência com os grupos de usuários dos serviços de saúde reproduziam-se nos grupos de reflexão realizados durante o curso. A participação vigorosa de alguns alunos/trabalhadores contrastava com relatos permeados por sentimentos de descrença e desânimo de outros, que referiam "incapacidades" da população usuária dos serviços de saúde em "falar espontaneamente num grupo", tentativas que "não deram certo", "o que fazer com as pessoas que não querem participar de grupos", "como fazer para as pessoas se sentirem *donas* do grupo", "como dar conta da demanda" e outras questões trabalhadas durante o curso.

A riqueza das vivências grupais propiciadas por essa experiência, intensificou o interesse por estudar mais detalhadamente o trabalho com grupos realizados pelos trabalhadores de saúde.

O que queriam dizer com "não dar conta da demanda"?

Nas contribuições advindas dos alunos, durante o curso, evidenciava-se uma certa indiscriminação dos conceitos de trabalho com grupos e de práticas com agrupamentos de pacientes. Como caracterizar estas práticas?

---

[4] BOLOGNA, D.; BENATTI, M.C.C. – Desenvolvimentos da grupalidade com trabalhadores de saúde. XII CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO – VII ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE GRUPANÁLISE – XII CONGRESSO DA SPAG-CAMPINAS. Campinas, 07 a 09 de novembro de 2003.

A idéia primeira foi tomar o grupo de alunos como objeto de estudo, no próprio "setting" do ensino-aprendizagem, objetivando compreender fenômenos da interação grupal de profissionais de saúde no processo de aprendizagem, isto é, havia uma idéia de estudar "grupos sobre grupos". A idéia foi abandonada, ao mostrar-se inacessível alguns aspectos referentes à integração da equipe de instrutores deste curso, inviabilizando possibilidades metodológicas organizativas para tal empreendimento investigatório.

Refletindo sobre as questões surgidas no contato com a primeira turma de alunos, tivemos o nosso interesse voltado para a pesquisa dos fatores que poderiam estar na base dessas dificuldades, tomando em consideração que estes trabalhadores, ao se defrontarem com o exercício das técnicas grupais, estavam diante de algo novo. Sem dúvida, havia o caráter de novidade também para os profissionais que desempenhavam a função de instrutores/monitores, pois era a primeira vez que este grupo se compunha, isto é, era a primeira vez que este grupo realizava um empreendimento conjunto, perseguindo um objetivo comum.

Assim, o contato com o "novo" empreendimento grupal foi um fator motivacional importante na escolha do objeto deste estudo. Embora a temática dos grupos não seja nova, é altamente complexa, pela sua amplitude de enfoques teóricos e imensidão de modalidades práticas, empíricas, ou técnicamente fundamentadas.

O campo de conhecimentos relacionados às práticas com grupos específicos, neste caso, grupos circunscritos à área da Atenção em Saúde Básica, é uma área da grupalidade ainda em formação e com muitas possibilidades de crescimento, porém, carece de investimentos, inclusive dos pesquisadores.

No Brasil, pouco se publicou sobre a questão das aplicações da dinâmica grupal como recursos de Atenção Básica em Saúde. Uma questão de tal natureza certamente requer estudos que envolvam os trabalhadores comprometidos com o atendimento de grupos no cotidiano da rede de saúde. Buscar conhecer suas experiências, seus objetivos e as características de funcionamento destes grupos. Isto implica estudar, também, as atitudes e posturas do coordenador frente às necessidades dos usuários e à dinâmica dos grupos.

As justificativas para esta proposta de estudo basearam-se nas necessidades do próprio contexto em que se inscrevem as práticas grupais, enquanto recursos que visam ampliar as possibilidades de atendimento à imensa maioria de brasileiros que não têm como arcar diretamente com custos para os cuidados com a própria saúde.

Nesta perspectiva, o assunto abordado nesta pesquisa refere-se às questões do trabalho em saúde, porquanto aborda uma prática que impõe ao trabalhador o uso de si e não apenas os conhecimentos prescritos. Estes aspectos são considerados no capítulo introdutório deste trabalho, que inclui o problema e os objetivos da pesquisa.

O capítulo dois apresenta o referencial teórico de grupos. O capítulo três considera referenciais teóricos que sustentam o método utilizado na presente investigação e descreve a maneira como foi realizada a pesquisa de campo.

Os resultados e discussão compõe o capítulo quatro, fazendo-se as considerações finais no capítulo cinco.

Tendo situado o pesquisador e suas motivações no contexto da pesquisa, bem como mencionado de maneira breve a estrutura de organização e apresentação do texto, duas ressalvas devem ser colocadas.

A primeira ressalva refere-se ao uso dos termos "trabalhador de saúde" e "profissional de saúde" utilizados, indistintamente, neste trabalho. Isto deve-se à intenção inicial de abordar trabalhadores de saúde de modo geral (independentemente da profissão que exerce na rede de saúde, tendo como critério seu envolvimento com o trabalho de grupos assistenciais), na constituição da amostra. Mas, no decorrer da pesquisa, sem qualquer intenção planejada, entrevistamos apenas profissionais de nível universitário. Permaneceram, assim, os dois termos. Sem dúvida, todos os profissionais entrevistados são trabalhadores de saúde.

A segunda ressalva refere-se ao emprego do verbo na terceira pessoa com partícula apassivadora do sujeito, no texto, conforme exigências das regras acadêmicas. Devo admitir que minha escolha pessoal seria pelo uso da primeira pessoa do plural em todo o texto, pelo reconhecimento da participação e contribuições de muitos na realização deste trabalho. Porém, utilizei o verbo na primeira pessoa do singular, nesta apresentação, por saber que é minha a total responsabilidade, pelo realizado, pelas faltas, e pelos excessos contidos nestes escritos.

1-INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

No Brasil, o trabalho com grupos nos cuidados em Saúde Pública ganha relevância a partir das transformações ocorridas com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica e com a implantação, em décadas recentes, do Sistema Único de Saúde (SUS), convocando gestores e trabalhadores da área a repensar modelos mais abrangentes aos usuários do sistema.

Neste contexto, o emprego de recursos grupalísticos em saúde surge como resposta a uma crescente demanda, por parte da população necessitada. Isto ocorre não só pela iniciativa espontânea do trabalhador, mas também como ações previstas e organizadas dentro do modelo de atenção praticado pela rede de saúde.

O processo de institucionalização do trabalho com grupos como uma prática de saúde coloca, para os profissionais que atuam nesta área, uma série de questões relacionadas às dimensões técnica, interacional e institucional.

Entendendo por "trabalho com grupos", neste estudo, as práticas de saúde coordenadas por profissionais que se utilizam de técnicas grupais no atendimento dos usuários dos serviços da rede de saúde, duas dimensões destas atividades constituem o foco da presente investigação: a dimensão interacional, isto é, a relação entre coordenador e participantes, e a dimensão técnica.

Tem sido consenso para vários autores considerar que todo trabalho realizado no âmbito da Saúde Pública é influenciado pelas políticas nacionais de saúde, pelas formas locais de organização dos serviços, pelas modalidades de financiamento da produção dos serviços e pela quantidade de recursos humanos incorporados (PEDUZZI, 1998).

Assim, ainda que a dimensão institucional não seja o objetivo desta investigação, é o *locus* das experiências investigadas, e será contextualizado.

O objeto de estudo desta pesquisa, ou seja, as experiências dos profissionais de saúde no trabalho com grupos, originou-se de uma atividade de trabalho apoiadora de práticas grupais. Atividade esta, promovida pelo modelo de saúde que estava sendo implantado.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Nas reuniões de planejamento do curso de Grupalidade havia a informação de que existiam "dificuldades" dos profissionais da rede para abordagens grupais e indagava-se quais seriam estas dificuldades.

O contato com profissionais no "setting" de ensino-aprendizagem sobre grupos, intensificou o interesse pelo assunto. Surgiu, assim, a proposta de entrevistar alguns profissionais visando compreender as significações das práticas grupais, as possibilidades e dificuldades de trabalho com grupos na rede básica de saúde.

O trabalho com grupos na saúde, como uma das formas de potencializar recursos de atendimento às pessoas usuárias do SUS, tem profunda relevância no momento social que atravessa o Brasil, onde aumentam cada vez mais a violência, as desigualdades, a miséria e a quantidade de pessoas desassistidas.

E porque se escolheu investigar o tema através da escuta da experiência dos trabalhadores? Primeiro, porque são estes que estão, de fato, em contato com os usuários. E, neste encontro, há que se considerar, além da dimensão técnica, a dimensão interacional do trabalho com grupos, que só pode ser vivida, percebida e apreendida pelos participantes, incluindo o condutor, ou seja, o profissional coordenador do grupo.

A pessoa do coordenador do grupo, como sendo um fator de fundamental importância na evolução do respectivo grupo, seja qual for a natureza do grupo, tem sido destacada (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997, OSÓRIO, 2000), no sentido de que não é na palavra, mas, sim, na atitude do coordenador de grupos, que reside a essência de sua contribuição para o processo grupal.

Também os estudos que discutem estruturas e modelos de abordagens grupais, mostram que a postura do coordenador influencia a qualidade da interação grupal e o alcance de resultados almejados. No trabalho preventivo com grupos homogêneos (diabéticos, hipertensos, gestantes, dentre outros), freqüentemente aplicados em instituições de saúde, MALDONADO (1982) discutiu a "estrutura de curso", "estrutura vivencial", e "estrutura mista". Estes tópicos serão retomados no item correspondente ao referencial teórico desta pesquisa.

Alguns estudos apontam que as dificuldades de trabalho com grupos aplicados nos cuidados em saúde podem ser oriundas da insuficiência de formação dos profissionais na área de grupalidade (HAEITMANN, 1992; MELLO FILHO, 1997a; SCARCELLI, 1999).

Segundo a literatura da área especializada de grupos, as complexidades da vida grupal mobilizam ansiedades primitivas nos participantes. Essa dimensão afetiva interage com o nível da tarefa explícita, ou dimensão objetiva e consciente dos grupos, e tanto pode facilitar quanto dificultar o alcance dos seus objetivos (BION, 1975; PICHON-RIVIÈRE, 1988).

Há que se considerar, também, que o enfoque sob a ótica da grupalidade configura-se como um campo em estruturação na saúde, o que certamente está em consonância com a noção de rede de saúde como "um espaço de trabalho em construção", idéia veiculada pela literatura pertinente à Reforma Sanitária Brasileira (MERHY, 2002).

Partindo desses fatos, o interesse desse estudo é conhecer a realidade objetiva e subjetiva do trabalho com grupos, os significados e representações que têm para o coordenador de grupos o uso desta modalidade no atendimento aos usuários da rede de saúde. Não se estabelece qual tipo de grupo será pesquisado, pois conhecer as modalidades existentes é um dos objetivos desta investigação exploratória.

1.1-CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DESTE ESTUDO

1.1.1-Rede Básica de Saúde e inserção do trabalho com grupos

Os estabelecimentos assistenciais que atuam no nível de atenção primária são definidos por ELIAS (1996) como classificados em postos de saúde e centros de saúde. Os primeiros prestam assistência à saúde de determinada população, valendo-se de procedimentos mais simplificados, praticamente sem incorporação de equipamentos e contando com recursos humanos de nível elementar ou médio. Os centros de saúde são estabelecimentos mais complexos, contando com assistência médica com pequena incorporação de tecnologia e dispondo, continuamente, de profissionais universitários, atuando nos níveis de atenção primária e secundária, e na modalidade ambulatorial.

A Constituição Federal contempla a Saúde como um direito social e um dever do Estado, prevendo a estruturação do SUS universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição de recursos (ELIAS, 1996). Esta organização vem ocorrendo desde o projeto constitucional de 1988, onde a Rede Básica aparece como o caminho de unificação do modelo de atenção para o sistema de saúde.

Na Rede Básica de Saúde, as ações individuais e coletivas devem fazer parte de um cardápio tecnológico de intervenções em saúde, junto a cada serviço que compõe a rede, pois esta opera sobre as distintas dimensões dos problemas/necessidades de saúde, conforme salientou MERHY (2002). Considerando que tal rede encontra-se em processo de estruturação, o mesmo autor aponta diversos desafios que se impõe à Rede Básica, entre os quais:

> A rede deve ser organizada para garantir o acesso, o acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade, valorizando que a alteração da estrutura de necessidades deve se dar no processo de relação entre os usuários e os trabalhadores, nos serviços de saúde (MERHY, 2002, p.198).

A orientação do Ministério da Saúde tem sido a implantação do Programa Saúde da Família como estratégia para reorganização dos serviços em Atenção Básica. As equipes de Saúde da Família deverão estar capacitadas para atender às demandas das áreas estratégicas, e pretende-se que as equipes de Saúde da Família concretizem a integralidade em suas ações, "articulando o individual e o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde de sua população adscrita, com grande potencial organizador sobre os outros níveis do sistema de saúde" (SOUZA, 2002, p.15).

Neste contexto, as práticas grupais foram oficialmente preconizadas para o trabalho em Unidades Básicas de Saúde (UBS), no documento "Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental", publicada em outubro de 1983 pela Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) do Estado de São Paulo (COORDENADORIA, 1983).

O documento foi organizado por uma equipe de profissionais de diferentes áreas (Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Terapia Ocupacional) e objetivou a mudança do sistema de atenção psiquiátrica, basicamente manicomial, a

expansão da rede extra-hospitalar e ambulatorial e o estabelecimento de novas propostas para o atendimento ao sofrimento mental.

O trabalho com grupos foi preferencialmente indicado:

> A utilização do trabalho grupal como forma preferencial de atendimento é indicada pelo seu comprovado e inegável valor terapêutico, além de, levando em consideração a realidade da demanda, ser o meio de atingir o maior número possível de pessoas (COORDENADORIA, 1983, p.02).

As atividades psicoterápicas na Unidade Básica não se restringiriam somente ao âmbito da Saúde Mental, mas foram indicadas a toda a equipe de saúde. Desta forma, foram previstas ações de assessoria dos profissionais de Saúde Mental.

Aos membros da equipe de Saúde Mental, além da assistência específica individual e grupal aos usuários, o documento previu ações de: assessoria aos demais funcionários, participação do treinamento dos funcionários de nível técnico, bem como colaboração no atendimento global dos pacientes que freqüentam as Unidades Básicas. Os profissionais da Saúde Mental, como portadores de um saber "psi" (psicológico, psiquiátrico e psicanalítico), devem dirigir suas atividades de assistência e de assessoria à demanda dos diversos programas e subprogramas da Unidade Básica.

> Todos os funcionários da Unidade devem estar atentos, na sua rotina de trabalho, às dificuldades de ordem emocional apresentados pela clientela, procurando atitudes que favoreçam a amenização dessas dificuldades. Uma atitude terapêutica é viável para a maioria dos funcionários, desde que assessorados nesta tarefa (COORDENADORIA, 1983, p.12).

Nas Unidades Básicas, o trabalho grupal é preferencialmente indicado nas ações de saúde mental a médio prazo:

> Atendimento grupal ou individual de pacientes com conflitos psicológicos advindos de problemas sociais (...) Atendimento grupal (excepcionalmente individual) a pacientes adultos com sintomas explícitos característicos das mais variadas formas de neurose (...) Atendimento grupal (excepcionalmente individual) para crianças ou adolescentes com conflitos psicodinâmicos que requerem uma abordagem psicoterápica (COORDENADORIA, 1983, p.19).

Teoricamente, há muitas possibilidades de trabalho com grupos, num sistema de Saúde Comunitária, em que há uma amplitude de necessidades e situações que se apresentam e que podem gerar uma variedade de abordagens grupais, conforme exemplifica a proposta de BUSNELLO (1986):

> (...) grupos de Alcoolistas Anônimos, de Neuróticos, de Psicóticos, de Obesos, de Hipertensos, de Primigestas, de Gestantes de Risco e/ou Desnutridas, e os que abordam outros problemas considerados de importância para uma determinada comunidade: grupos de adolescentes com problemas de identidade, droga e sexo, os pais de crianças excepcionais ou os que abordam a violência ou a desorganização social de uma comunidade (BUSNELLO, 1986, p.318).

Outros grupos seriam inovações e dependem da criatividade das equipes primárias e especializadas do Sistema de Saúde e dos grupos culturais e co-culturais que existem e atuam dentro das comunidades, segundo o mesmo autor:

> São os grupos que trabalham problemas cuja solução não depende diretamente do sistema de saúde: problemas de extensão da rede de água, a organização dos serviços de coleta de lixo ou de dejetos, a organização da segurança dos membros da comunidade, a organização do lazer, o cuidado das crianças, a educação, a instalação de serviços de saúde, a educação dos pais e do casal (BUSNELLO, 1986, p.318).

Constata-se que, embora a principal via de inserção das práticas grupais na Rede de Saúde tenha sido através de equipes de Saúde Mental, sendo as pesquisas sobre essa temática advindas principalmente das abordagens especializadas de grupo, o campo da saúde comunitária é muito amplo. Assim, uma investigação mais abrangente sobre as experiências de práticas grupais, não específicas de saúde mental, mas da saúde geral, certamente encontrará trabalhadores com distintas condições na sua capacitação para o trabalho com grupos. Pois não se fez um planejamento com definições fundamentadas do que seria a formação tecnológica do profissional para o trabalho grupal nesta área, tampouco foram definidas as qualificações e utilizações das distintas técnicas grupais.

Portanto, esta pesquisa pretende contribuir para maior conhecimento das representações e significados do trabalho com grupos assistenciais em rede ambulatorial de saúde, sob a ótica dos trabalhadores envolvidos com tais práticas.

1.1.2-Breves considerações sobre o modelo de Saúde Paidéia

Modelo Assistencial ou Modelo Tecno-Assistencial refere-se a modos de se produzir atenção à saúde através de arranjos institucionais dos serviços de saúde. Estas maneiras de se produzir saúde não são neutras, pelo contrário, tem um componente político importante. Envolve uma composição entre saberes tecnológicos, conceitos de saúde e doença e seus determinantes, em interação com as relações de trabalho, expressando-se como projeto político, conforme FARIAS (2001). O autor ainda destaca:

> Os serviços de saúde devem ser organizados para orientar suas intervenções, não apenas a partir das necessidades tecnicamente identificadas pelos saberes epidemiológicos, mas também pelos saberes clínicos e pelas necessidades reais das pessoas, da consciência sanitária de cada usuário ou de cada coletividade e do reconhecimento das subjetividades que existem, não somente nas representações da doença por parte dos usuários, como na própria dimensão relacional que existe entre estes e os trabalhadores de saúde (FARIAS, 2001, p. 04).

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, está investindo, desde 2001, na implantação do modelo assistencial Paidéia-Saúde da Família (CAMPINAS, 2002; 2004). Tal organização norteia-se pelos princípios do SUS, de que a Atenção Básica em Saúde é um direito universal e que todo brasileiro deveria ter livre acesso às equipes locais de saúde; a eqüidade seria assegurada pelo encaminhamento discriminado aos outros níveis de assistência, previsto pelo princípio da hierarquização. Em Campinas, haveria de se instalar uma rede de equipes locais de referência suficiente, pelo menos, para garantir atenção básica aos 70% da população considerados dependentes do SUS (COLEGIADO, 2001).

Por ocasião do início da implantação do atual modelo, Campinas já contava com 46 Centros de Saúde, com equipes locais que há anos vem cumprindo parte do papel preconizado pelo Ministério da Saúde. Desde a década de setenta há, em Campinas,

programas comunitários de atenção em saúde. Oferece atenção ao adulto, à criança e à mulher, bem como conta com programa em saúde mental e bucal. Todavia:

> Diagnósticos realizados indicam que ainda há falta de recursos (...) o modo como se organizou a atenção não vem cumprindo com os objetivos da atenção primária. Há filas, espera, sobrecarga de trabalho e dados que indicam a incapacidade desse sistema absorver a demanda ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde (...) Há pouca educação em saúde e investe-se pouco em ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado dos pacientes e comunidades. As Equipes Locais são multiprofissionais, mas trabalha-se de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar processo de trabalho interdisciplinar (COLEGIADO, 2001, p.02).

As seguintes diretrizes foram propostas para urgente implementação pelo modelo de saúde Paidéia, conforme documento oficial (CAMPINAS, 2004): a) Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local; b) Cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a Equipe Local de Referência; c) Acolhimento e responsabilização; d) Sistema de co-gestão; e) Capacitação.

A clínica ampliada considera que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas realiza clínica, havendo, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, do psicólogo, etc. (CAMPOS, 2001a).

Os pressupostos da clínica ampliada ressaltam o sujeito na sua integralidade humana: o sujeito mais a doença, a família e o contexto; este último, por sua vez, inclui a comunidade e o território, e tem como objetivos: produzir saúde, ou seja, aliviar sintomas, cuidando das pessoas; prevenir doenças, curar e reabilitar doentes, e ainda promover a saúde do Sujeito, da família e do contexto; aumentar a autonomia dos mesmos, ampliando a sua capacidade de autocuidado e de analisar o processo saúde-doença e de intervir sobre ele (CAMPOS, 2001b).

A base da organização do modelo é a equipe de referência: médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários, matriciada por outros profissionais da própria unidade ou de unidades de apoio (serviços secundários e terciários). Equipes de Apoio (Equipe Matricial) são encarregadas de cooperar com as Equipes de Referência em

áreas específicas, como Saúde Mental, Saúde Coletiva, Reabilitação, e outros. (FARIAS, 2001).

Os meios de trabalho previstos pelo modelo abrangem o trabalho em equipe interdisciplinar, a adscrição da clientela e construção de vínculo, projeto terapêutico singular e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo de saúde-doença. Além do atendimento individual, sugere-se trabalhar com atendimento conjunto, elaboração dialogada do projeto terapêutico, permitindo a soma de conhecimentos e divisão de responsabilidades entre a equipe, educação em saúde, grupoterapia, atividades lúdicas, ações sobre a família, a comunidade e o ambiente. (CAMPOS, 2001a).

A literatura referente à reforma da assistência do SUS tem abordado a necessidade de formação do trabalhador vinculado à organização dos processos de trabalho em saúde e à configuração de modelos tecno-assistenciais (CAMPOS, 1992, 2000; MERHY, 2002). As propostas nesta área valorizam a aplicação de técnicas grupais em educação e comunicação em saúde (L'ABBATE, 1995, 2002).

A partir das considerações feitas até aqui, delineou-se para esta investigação exploratória um desafio quanto a reconhecer quais seriam os tipos de grupos que se realizam na rede básica e como se configuram os vínculos nas experiências grupais com objetivos de atendimento em saúde, sob a ótica dos trabalhadores que coordenam estas práticas.

1.2-FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A oferta de espaços grupais de atendimento aos usuários dos serviços da rede de atenção básica em saúde pressupõe a existência de algumas condições previamente dimensionadas pelos trabalhadores e equipes no planejamento do serviço, baseados no conhecimento de determinadas demandas dos usuários e na indicação de ações grupais adequadas ao seu atendimento.

Tal movimento é influenciado pelo modelo de organização dos serviços, concepções de saúde e doença, pelas diretrizes que se colocam para o entendimento do que seriam as necessidades em saúde, entre outros. Pressupõe-se, no entanto, que o fator primordial para o trabalho com grupos, é a motivação dos participantes (incluindo o

coordenador), e a qualidade do vínculo que vai se estabelecendo entre os trabalhadores, usuários e grupo de usuários.

O momento da oferta de um trabalho grupal é um momento privilegiado, pois pressupõe encontro:acolhimento, escuta, avaliações, trocas de conhecimentos entre solicitantes e prestadores de serviços. Conhecer demandas e possibilidades, esclarecer propostas e suas finalidades, respeitar singularidades e liberdade de participação. Ou seja, é um momento de explicitação das "regras do jogo", do contrato, das implicações de responsabilidades de ambas as partes: trabalhador/instituição de saúde e usuário ou grupo de usuários.

Como tem sido essa experiência para os trabalhadores de grupos da rede básica de saúde?

As finalidades dos grupos são claramente estabelecidas, sob a ótica do coordenador destes grupos?

A depender das finalidades estabelecidas, da condução que se propõe (esquema referencial do coordenador), o trabalho utilizará mais, ou menos, dos recursos da interação grupal. Esta interação implica em criar uma estrutura facilitadora das vivências grupais. Os grupos podem ter finalidades e modos de trabalho que não privilegiam uma abordagem vivencial. Mas, ainda que a tarefa ou objetivo de um grupo se centralize no desenvolvimento de atividades pré-estabelecidas, ou no trabalho individual em grupo, algo está inevitavelmente presente em todos os grupos: a experiência grupal.

Como é percebida pelo trabalhador-coordenador de grupos esta experiência, que efeitos tem o dispositivo grupal, nele, coordenador?

O estudo das dimensões objetivas e subjetivas vivenciadas pelos trabalhadores envolvidos com aplicações grupais na saúde tem várias justificativas.

Primeiro, porque o trabalho com grupos tem sido recomendado na implantação do modelo de assistência do Sistema Único de Saúde, tanto na composição dos recursos de produção da saúde, quanto nos implementos que estimulem a participação dos usuários no controle social das ações de saúde.

Segundo, pela importância de "resgatar e valorizar o saber acumulado pelos trabalhadores" (BENATTI, 1997), o que implica claramente levar em consideração as experiências destes profissionais no cotidiano do trabalho.

Terceiro, porque "a complexidade e a riqueza dos grupos humanos inclui a existência de fenômenos que ainda não são suficientemente conhecidos e nem explicados pelas teorias vigentes" (ZIMERMAN (1997, p.xiii).

Maior conhecimento sobre as necessidades dos trabalhadores na área de aplicações grupais pode facilitar o envolvimento destes no processo de construção do novo modelo da assistência em saúde. Pode também contribuir para o aperfeiçoamento do ensino da grupalidade e propiciar utilização mais adequada dos recursos grupais na produção da saúde, aí residindo a relevância do assunto a ser pesquisado.

1.3-OBJETIVOS

1.3.1-Objetivo Geral

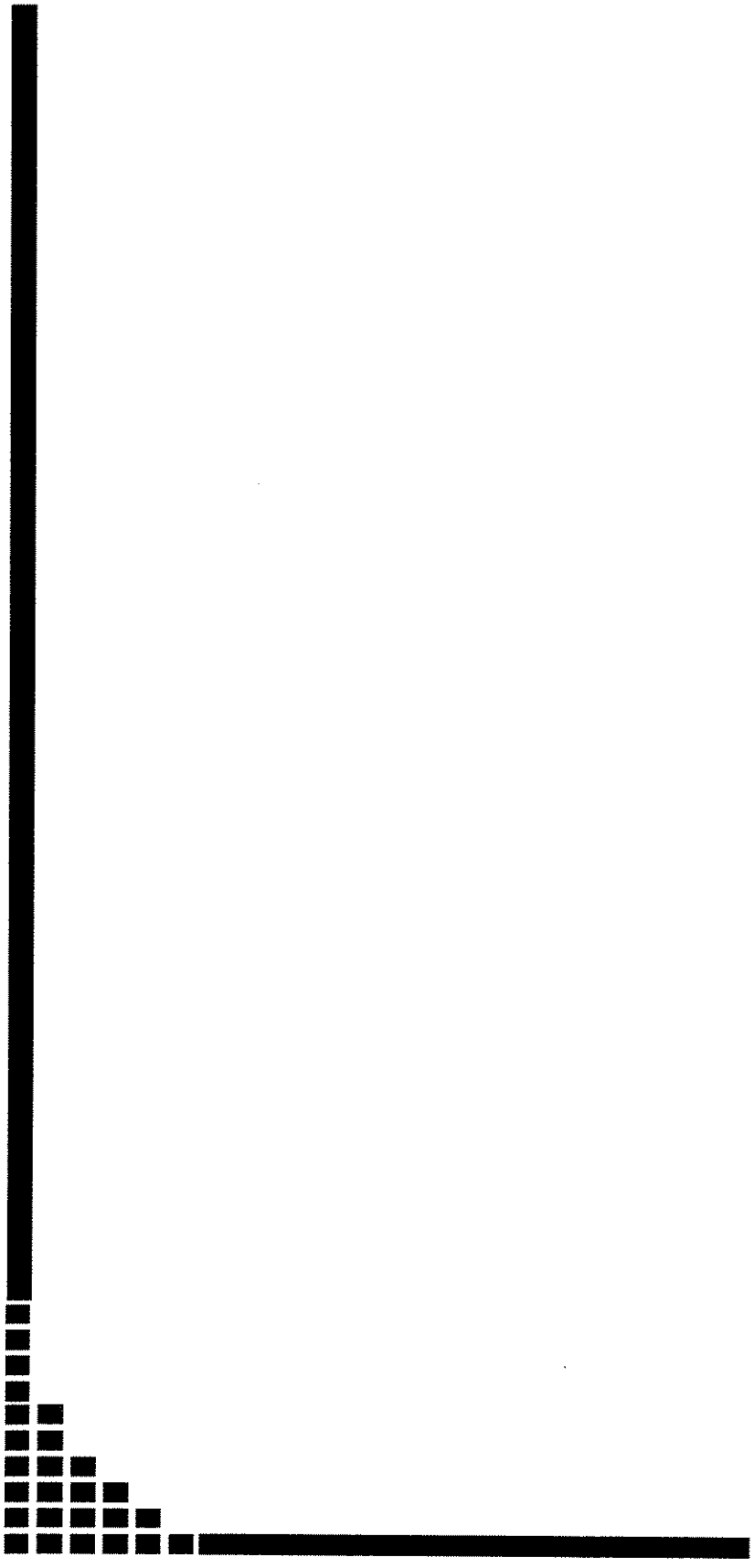
Compreender significações de natureza subjetiva e de ordem social do trabalho com grupos, tendo como base as experiências realizadas por profissionais da Rede Básica de Saúde.

1.3.2-Objetivos específicos

Caracterizar as práticas grupais desenvolvidas pelos entrevistados.

Conhecer as motivações profissionais e outros fatores determinantes para a escolha da modalidade grupal de atendimento.

Compreender as dificuldades e / ou facilidades na experiência profissional de coordenação de grupos.



2-REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que orienta a construção desta pesquisa tomou como ponto de partida uma revisão da literatura que permitisse discriminar as implicações de alguns conceitos utilizados, como o de "grupalidade", "grupo", e "dimensões do trabalho com grupos".

Nesta revisão, percorreu-se vertentes teóricas da dinâmica de grupos, das abordagens grupais de enfoque psicanalítico e dos grupos operativos. Diante da amplitude do tema, as contribuições históricas significativas do modelo empírico, largamente utilizados na Saúde Pública atualmente, foram consideradas de maneira breve. Foram também mencionadas, contribuições de alguns autores clássicos para a construção de uma base teórica compreensiva de modelos de psicoterapia de grupo baseados na psicodinâmica grupal, além de estudos atuais sobre atribuições do coordenador de grupos.

Não se pretende abranger sobre as múltiplas vertentes que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho com grupos (psicodramática, sociológica, filosófico-existencial, institucional, gestáltica, comunicacional-interacional, sistêmica, cognitivo-comportamental, entre outras). Como salientou ZIMERMAN (1993, p.45), a psicologia grupal é resultante da confluência das contribuições provindas da teoria psicanalítica e das Ciências Sociais, através dos ramos da Sociologia, Antropologia Social e da Psicologia Social. Trata-se, portanto, de um tema extenso e complexo.

Privilegiar as teorias grupanalítica e operativa de grupos, é o caminho possível, neste trabalho.

2.1-GRUPALIDADE E GRUPO

O termo "grupalidade" tem sido empregado pela literatura da área especializada de grupos com diferentes e significações. Certa confusão que cerca o tema está associada à amplitude de possibilidades de abordagens grupais, conforme salientou ZIMERMAN (1997):

> É amplo o leque de aplicações da dinâmica grupal, vasta a possibilidade de fazer arranjos combinatórios criativos entre seus recursos técnicos e táticos, e, igualmente, *há uma certa confusão semântica na área da grupalidade*, portanto, denominações diferentes podem estar designando um mesmo tipo de atividade

> grupal e, em contrapartida, uma mesma denominação pode estar referindo distintas aplicações práticas. Todos esses fatos [...] podem gerar uma confusão conceitual, inclusive com um prejuízo na comunicação relativa ao necessário intercâmbio de experiências e idéias entre os diferentes profissionais (ZIMERMAN, 1997).

Os estudos de LEWIN (1963) permitem compreender que, os fatores de proximidade, semelhança e interrelação *só ganham sentido de grupalidade* quando no interior de uma estrutura, isto é, quando estas circunstâncias estabelecem um jogo de interdependência e interações, implicando um marco de referência para seus integrantes. Para o autor, os fenômenos grupais só se tornam inteligíveis ao observador que consente em participar da vivência grupal.

Partindo de tais aportes da dinâmica de grupo, os estudos de BARROS (1994) apontam que aí se situam as diferenças entre agrupamento e grupo:

> Grupo é esta instância construída, espaço no qual as ações de cada um ganham outros sentidos porque estão confrontados com este interjogo de diálogos, movimentos, modificações no espaço de vida de cada um norteada pelo espaço vital do grupo. O espaço de vida (variáveis psicológicas – pessoa e meio), junto com a zona de fronteira (variáveis não psicológicas) compreenderia o campo psicológico (BARROS, 1994, p. 154).

BION (1975) estabeleceu nexos entre a gregariedade de indivíduos e a grupalidade como uma qualidade inalienável do ser humano, isto é, quando pessoas se reúnem, combinam-se de forma instantânea e voluntária para atuar segundo estados afetivos.

Na perspectiva etimológica, a palavra grupalidade inexiste nos dicionários consultados. Já, a palavra "grupal" significa "relativo a, ou próprio de grupo, ou que se realiza entre membros de um grupo" (FERREIRA, 1986).

Segundo ZIMERMAN (1997), o termo grupalidade é utilizado para significar a dinâmica que se processa no campo grupal.

VIANA (1998, p. 7), define grupalidade como sendo o conjunto de conteúdos mentais (pulsões instintivas e suas transformações, mecanismos psíquicos), que regem em cada membro do grupo sua participação subjetiva no mesmo. O termo gregariedade é

utilizado como conduta (ação concreta-física) que se constitui no fato de participar objetivamente de um grupo de seres da mesma espécie por razões naturais e objetivas relacionadas à sobrevivência da espécie.

Para OSÓRIO (2000), a grupalidade consiste em:

> Motivação para o trabalho com grupo; menor resistência à abordagem grupal do que à individual dos conflitos subjacentes à terapia; disposição para estabelecer vínculos e processos de identificação cruzada com eventuais parceiros na vida social e / ou profissional; percepção adequada dos limites entre o eu e o outro; maior espontaneidade e menor constrangimento em situações grupais do que em relações duais (OSÓRIO, 2000, p. 195).

Sintetizando as idéias expostas até aqui, os vários sentidos atribuídos ao termos "grupalidade" se referem a: fenômenos do campo grupal (LEWIN, 1963); qualidade inalienável do ser humano (BION, 1975); manifestações dinâmicas do campo grupal (ZIMERMAN, 1997); conteúdos das manifestações subjetivas individuais no grupo (VIANA, 1998); qualidades individuais observadas pelo psicoterapeuta como critério de seleção dos membros para grupoterapia (OSÓRIO, 2000).

Autores argentinos (BERNARD, et al., 1995) utilizam a denominação "desenvolvimentos da grupalidade" referindo-se às contribuições teóricas de diversos autores da psicanálise aplicada a grupos.

Nesta mesma linha de pensamento, BAULEO (1988, p. 38) propõe, como base para se falar em grupalidade, as formulações de BION (1975), as contribuições de FOULKES e ANTHONY (1967), e os conceitos de grupo interno e grupo externo de PICHÓN-RIVIÈRE (1988).

Assim, por um lado, "grupalidade" refere-se aos estudos e aplicações de técnicas grupais. Por outro lado, as tentativas de conceituações mais precisas sobre o termo, são parciais e diversificadas, deduzindo-se pela literatura consultada.

Neste trabalho, ainda que possa ser provisória, entende-se por "grupalidade" um atributo individual, uma qualidade inerente ao humano (grupalidade interna), que se manifesta na interação grupal (grupalidade externa, "produto do coletivo", observável). O grupo é entendido, então, como um continente das manifestações da grupalidade.

Deste ponto de vista, o trabalho com grupos implica levar em conta alguns pressupostos teórico-práticos que propiciam as condições facilitadoras para as manifestações e desenvolvimento da "produção coletiva". Ou seja, para que o grupo possa atingir seus objetivos.

Um destes pressupostos refere-se à possibilidade de reconhecimento, pelo coordenador, e demais membros, das seguintes dimensões da vida humana, em suas manifestações: afetiva (amor, ódio, e sentimentos derivados); cogitativa (idéias, pensamentos), e cognitiva (conhecimentos), nos grupos (BION, 1975; ZIMERMAN, 2004).

Seriam as forças fundamentais que podem se manifestar no campo grupal formado por pessoas: seus afetos, idéias, pensamentos e conhecimentos. Enquanto elementos constituintes do funcionamento mental e emocional dos seres humanos, constituem "matéria prima" para o trabalho com grupos, à medida que tais elementos se manifestam nas falas, nas atitudes, nas expressões. São captados pelos órgãos dos sentidos (do coordenador e de cada participante); são percebidos, investigados, refletidos, dependendo da finalidade do grupo e do preparo técnico do cooordenador.

No grupo, estas forças intensificam-se, o que equivale a dizer, complicam-se, inclusive por questões relacionadas à comunicação, exigindo "mais", do coordenador. Por exemplo, a psicoterapia analítica de grupo, exige do condutor uma formação não só de estudos psicanalíticos, mas também uma capacidade de integrar conhecimentos técnicos de várias disciplinas relacionadas às "ciências do homem e dos grupos humanos".

Neste ponto são fundamentais os estudos de BION (1969; 1975), EZRIEL (1950), FOULKES e ANTHONY (1967), os primeiros a introduzir conhecimentos advindos da teoria psicanalítica para a compreensão de grupos como dispositivo terapêutico.

A compreensão do trabalho com grupos em instituições que prestam assistência em saúde pública, como a presente proposta, não teria como desconsiderar que a realidade do funcionamento vital humano ali atendido, nas suas dimensões física (corpo), de vida psíquica e emocional (mente), e ambiental (social). Aliás, são estes elementos que constituem a razão de criação e existência destas mesmas instituições.

Aqui, os pressupostos teóricos da Psicologia Social, formulados por PICHÓN-RIVIÈRE (1988, 1995) a partir do seu trabalho com grupos em instituições de saúde desde a década de 30, bem como os trabalhos de BLEGER (1991), BERNARD (1992), contribuem para ampliar a compreensão do trabalho com grupos em instituições, em suas dimensões estruturais e simbólicas.

Estudos atuais abordam as dimensões do simbólico no trabalho com grupos em instituição, definindo aspectos técnicos relativos à função do coordenador de grupos (ZIMERMAN, 1993, 1997).

2.2-GRUPO

ZIMERMAN (1997), pontuando diferenciações entre grupo e o agrupamento, refere-se a este último como um conjunto de pessoas que convive, partilhando de um mesmo espaço e que guardam entre si uma certa valência de inter-relacionamento e uma potencialidade em virem a se constituir como um grupo propriamente dito.

A passagem da condição de um agrupamento para a de um grupo consistiria na transformação de "interesses comuns" para a de "interesses em comum". Um grupo propriamente dito, quer seja de natureza operativa ou terapêutica, deve preencher as seguintes condições básicas mínimas, segundo ZIMERMAN (1997):

- Um grupo não é um mero somatório de indivíduos, pelo contrário, ele se constitui como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos.
- Todos os integrantes do grupo estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse deles.
- O tamanho do grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual como a auditiva e a conceitual.
- Deve haver a instituição de um enquadre ("setting") e o cumprimento das combinações nele feitas. Assim, além de ter os objetivos claramente definidos, o grupo deve levar em conta a preservação do espaço (os dias e o local das reuniões), de tempo (horário, tempo de duração das reuniões, plano

de férias, etc), e a combinação de algumas regras e outras variáveis que delimitem e normatizem a atividade grupal proposta.

- O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade, e vice-versa, de modo que, tão importante quanto o fato de ele se organizar a serviço de seus membros, é também a recíproca disso. Cabe uma analogia com a relação que existe entre as peças separadas de um quebra-cabeças e deste com o todo a ser armado.
- Apesar de um grupo se constituir como uma nova entidade, com uma identidade grupal própria e genuína, é também indispensável que fiquem claramente preservadas, separadamente, as identidades específicas de cada um dos indivíduos componentes do grupo.
- Em todo grupo coexistem duas forças contraditórias permanentemente em jogo: uma tendente à sua coesão, e a outra, à sua desintegração.
- A dinâmica grupal de qualquer grupo se processa em dois planos, tal como nos ensinou Bion: um é o da intencionalidade consciente (grupo de trabalho), e o outro é o da interferência de fatores inconscientes (grupo de supostos básicos). É claro que, na prática, esses dois planos não são rigidamente estanques, pelo contrário, costuma haver uma certa flutuação e superposição entre eles.
- É inerente à conceituação de grupo a existência entre os seus membros de alguma forma de interação afetiva, a qual costuma assumir as mais variadas e múltiplas formas.
- Nos grupos sempre vai existir uma hierárquica distribuição de posições e de papéis, de distintas modalidades.
- É inevitável a formação de um campo grupal dinâmico, em que gravitam fantasias, ansiedades, mecanismos defensivos, funções, fenômenos resistenciais e transferenciais, etc., além de alguns outros fenômenos que são próprios e específicos dos grupos (ZIMERMAN, 1997. p. 28).

2.3-TRABALHO COM GRUPOS NA SAÚDE

A utilização das forças motivacionais inerentes aos grupos coesos para fins terapêuticos é um empreendimento tão antigo como a história da humanidade (SCHEIDLINGER, 1996). Na atualidade, o trabalho com grupos continua crescendo e multiplicando-se, sobretudo nas instituições, conforme salientou MELLO FILHO (1997):

> (...) a grupoterapia é hoje um processo complexo que compreende os grupos analíticos, os grupos de apoio e suporte, os grupos operativos, o psicodrama, a "gestalt", os "training groups", os grupos com pacientes somáticos (homogêneos), os grupos de famílias e casais, os grupos de comunidade e religiosos, os grupos direcionados para fins políticos. Confundem-se, num espaço transicional, grupos terapêuticos ou voltados para o social, ou para a política, ou para o educacional" (MELLO FILHO, 1997a, p.xv).

Entretanto, alguns modelos de abordagens grupais desenvolvidos ao longo do século passado continuam sendo destacados pela literatura atual e são considerados neste referencial teórico. Seja por ter-se constituído como marco histórico, por atender a necessidades na área de grupos aplicados em instituição de saúde, ou pela conveniência diante da ausência de recursos humanos frente às imensas necessidades do campo assistencial da saúde, o modelo empírico continua sendo muito utilizado (ZIMERMAN, 1997), tal como ocorre com os grupos de auto-ajuda (BARROS, 1997).

2.3.1-O modelo empírico e os grupos de auto-ajuda

A experiência que inaugurou os recursos grupais na saúde, profissionalmente orientado, conforme a literatura especializada, foi iniciada em 1905 por um tisiologista de Boston que, sem qualquer formação psicológica, começou a ministrar aulas especiais para pacientes tuberculosos, egressos de uma mesma enfermaria:

> (...) Pratt partiu da observação do convívio de pacientes enquanto aguardavam em sala de espera (...) verificando que entre os mesmos se estabeleciam relações emocionais que tornavam os pacientes mais animados (ZIMMERMANN, 1971, p.24).

Criado intuitivamente, o método de "classes coletivas" consistia em uma aula prévia ministrada pelo médico sobre a higiene e os problemas da tuberculose, seguida de perguntas dos pacientes e de sua livre discussão com o médico. Nessas reuniões, criava-se um clima de emulação, sendo que os pacientes mais interessados nas atividades coletivas ocupavam as primeiras filas da aula. Comprovada a eficácia desta abordagem na cura dos pacientes, "mais tarde, ele empregou o método com outros pacientes crônicos: cardíacos, diabéticos e psiconeuróticos" (ZIMMERMANN, 1971).

Os grupos de auto-ajuda, como os Alcoolistas Anônimos, por exemplo, surgidos nos EUA, em 1935, e atualmente com representações em quase todo o mundo, foram inspirados no referido modelo empírico. Utilizam-se de técnicas de amparo mútuo e informações didáticas e, segundo GRINBERG et al. (1976), são terapias que atuam "pelo grupo", com estrutura "paternal".

A existência de uma "função continente" do grupo que se compõe com essa estrutura "familiar-fraternal" é destacada por ZIMERMAN (1997), que assinala a importância desta prática na realidade atual do nosso país:

> (...) na atualidade a essência do velho método de Pratt está sendo revitalizada e bastante aplicada justamente onde ela começou, no campo da medicina, sob a forma de grupos homogêneos de auto-ajuda, e coordenada por médicos (ou pessoal da enfermagem) não psiquiatras (ZIMERMAN, 1997, p. 23).

A modalidade grupal de auto-ajuda é amplamente difundida na atualidade, os grupos pautam-se por seus manuais operacionais de fundamento heurístico (conjunto de regras que conduzem à solução de problemas), com valorização do fenômeno da sugestão para auxiliar as pessoas a resolverem seus problemas de vida e educacionais, decorrentes de um evento desestruturador da qualidade de vida (BARROS, 1997).

2.3.2-Psicoterapia de Grupo: contribuições de Foulkes e Bion

Iniciando pelas contribuições dos psicanalistas FOULKES e ANTHONY (1967), criador do método grupal que denominou de Análise de Grupo, ou Psicoterapia Analítica de Grupo, no final da década de 40, na Inglaterra, destaca-se o conceito de matriz grupal.

Concebido nas suas dimensões de investigação e terapêutica, a análise de grupo dá ênfase basicamente a três fatores: suporte, comunicação e transferência. Todo este processo ocorre dentro de uma rede de relação e comunicação que Foulkes conceituou de Rede e Matriz Grupal. O conceito de matriz grupal ou rede transpessoal, segundo FOULKES & ANTHONY (1967).

> (...)é a teia hipotética de comunicação e relação num dado grupo. É o terreno partilhado em conjunto que, em última instância, determina o sentido e a significação de todos os acontecimentos, no qual integram todas as comunicações e interpretações, verbais e não verbais.

A ênfase da teoria foulkiana está no fato de que o grupo é o instrumento básico de ação: ele é agente e paciente. É nele, com ele e através dele que o processo se realiza. O grupo é o principal instrumento terapêutico, sendo o psicoterapeuta apenas o seu condutor e responsável administrador, cuja tarefa é fazer com que o grupo se faça, se realize, de modo criativo, flexível e dinâmico. O grupo em si mesmo é o principal veículo e instrumento terapêutico.

Estudos de grupanálise (CORTESÃO, 1989) contribuíram para ampliar a compreensão analítica de grupos e continuam sendo empreendidos pela Escola Portuguesa de Grupanálise.

A matriz grupanalítica constituiria uma rede de relação e comunicação, marcada pela presença de um componente transferencial de fundamental importância no processo terapêutico, expresso em termos inter, trans e intrapessoais. Essas inter-relações manifestam-se no grupo através de fenômenos como os de espelho e de ressonância (FERREIRA, 1996).

A reação de espelho é aquela pela qual o paciente está em condições de perceber nos outros os mais interiorizados aspectos de seu comportamento, de observar de fora as reações que lhe são próprias. A ressonância é o processo pelo qual cada pessoa no grupo fala e entende a mesma linguagem. Cada um a interpreta, significativamente, de acordo com sua especial ressonância; é uma comunicação inconsciente entre dois ou mais membros do grupo; é específica e seletiva (RIBEIRO, 1981).

A ênfase no grupo como instrumento básico de ação é a contribuição fundamental de FOULKES (FOULKES e ANTHONY, 1967). O grupo seria agente e paciente; e o processo terapêutico se realizaria no e através do grupo. O psicoterapeuta seria apenas o seu condutor e responsável administrador, cuja tarefa é fazer com que o grupo se faça, se realize, de modo criativo, flexível e dinâmico. O grupo em si mesmo é o principal veículo e instrumento terapêutico.

BION (1975), contemporâneo de Foulkes e também psicanalista, é considerado como o primeiro a utilizar o dispositivo analítico de grupos (KORDON, 1995), durante a Segunda Guerra. Estando na direção de um hospital com aproximadamente 400 homens, onde "reinava a disciplina e anarquia", Bion decide iniciar uma experiência agrupando estes homens, a fim de conscientizá-los sobre suas dificuldades e o modo adequado de lidar com elas. Observou a criação de um "espírito de grupo", o que incluía: ter um propósito comum; ter um reconhecimento comum; desenvolver a capacidade de absorver novos membros; reconhecer o valor dos subgrupos; valorizar cada membro individualmente, por sua contribuição ao grupo; desenvolver a capacidade de enfrentar o descontentamento dentro do grupo. Um bom resultado terapêutico seria atingido quando o grupo conseguisse manter sua identidade e aumentar sua flexibilidade.

Após a guerra, em 1948, Bion trabalhou com grupos terapêuticos e não terapêuticos na Clínica de Tavistock de Londres, e, apoiando-se nas contribuições psicanalíticas de Freud, por uma lado, e de Melanie Klein, por outro, estabeleceu uma série de conceitos sobre o modo de funcionamento dos grupos (BION, 1975).

Em seus estudos, BION (1975) identificou dois planos de funcionamento nos grupos, isto é, a atividade mental de um grupo teria dois tipos de características: de um lado, o plano de intencionalidade consciente, caracterizado pela atividade mental manifesta, semelhantes à do ego, ele denominou "grupo de trabalho"; de outro, aquelas em que a atividade de trabalho está obstruída por aspectos mais regressivos e primários, movimentadas basicamente pelas emoções, ele denominou "grupo de supostos básicos". No primeiro modo de funcionamento o intercâmbio mental existe, os indivíduos tendem a cooperar e voltam-se para o êxito da tarefa proposta. No segundo, a emocionalidade é intensa e os indivíduos entram em uma "combinação instantânea com outros indivíduos

segundo um padrão estabelecido de comportamento – as suposições básicas", um funcionamento de grupo regido por desejos reprimidos, ansiedades e defesas.

O conceito de valência BION (1975) explica a capacidade dos indivíduos combinarem-se entre si através de mecanismos inconscientes de identificação projetiva e introjetiva, fomentando a organização e a manutenção de lideranças (dependência, luta-fuga, acasalamento) dentro do funcionamento dos supostos básicos. Assim, quando um grupo reúne-se para desenvolver um trabalho, seja de que natureza for (terapêutico, de aprendizagem, institucional, comunitário), está sujeito ao surgimento de certos estados mentais compartilhados que se opõe ao cumprimento da tarefa designada.

Quando o grupo funciona sob o suposto básico da dependência, manifesta-se totalmente dependente do líder, idealiza-o, atribuindo-lhe características de deidade. "Criando um cenário imaginário onde uma figura salvadora suprirá todas as necessidades do grupo, salvando-os dos perseguidores imaginários, de maneira a que alguém ou alguma coisa substituirá a necessidade de pensar trazendo as soluções" (VIANA, 1998).

No suposto básico luta e fuga, emergem fantasias que levam o grupo a agredir ou defender-se de um perseguidor, seja dentro ou, mais comumente, fora do grupo. Estão presentes as ansiedades e defesas características da posição esquizoparanóide.

O acasalamento é o ato de se pôr de acordo, convir e ouvir. Quando entra em atividade este suposto básico, o grupo tende a centrar-se em torno de um par (misto ou do mesmo sexo), criando ao seu redor, um clima emocional de expectativa e esperança.

De acordo com HORWITZ (1996), o pioneirismo de Bion fundou modelos de Psicoterapia de Grupo Centrados no Grupo a partir da construção teórica dos pressupostos básicos de abordagem do grupo como um todo. Esse modelo baseia-se na concepção de que o comportamento de cada paciente, num grupo terapêutico, é influenciado e modificado pelas tensões e pelos conflitos que surgem no grupo.

Os grupos de suposição básica buscam satisfação instantânea dos desejos de seus membros e estão orientados para dentro, no sentido de suas fantasias subjetivas, e não para fora, em contato com a realidade objetiva. Há pouca ou nenhuma capacidade para tolerar frustração, pouco interesse em reflexão ou pensamento e uma ênfase muito grande nos sentimentos. Estão sempre funcionando numa tentativa de seduzir o líder para que este

abandone sua proposta de trabalho. Nesse sentido, representam uma interferência com a proposta do grupo de funcionar como um grupo de trabalho ou com o atendimento a determinadas tarefas para as quais o grupo se organizou (SILVA, 1986).

O modo de funcionamento grupal sob a égide das suposições básicas coexiste com outro modo de funcionamento, o "grupo de trabalho". Este requer dos membros capacidade de cooperação e esforço, contato com a realidade interna (emoções) e externa (social) e tolerância à frustração. A realização da tarefa pressupõe o uso de métodos racionais e consideração com dados objetivos da realidade. A função terapêutica nos grupos é promover o grupo de trabalho e as idéias novas (BION, 1975).

Segundo KIBEL (1996), os clínicos aplicaram os conceitos de Bion de diversas maneiras. Para alguns, o grupo tem sido considerado como um receptáculo para projeções primitivas de objetos parciais, como um objeto de transferência e como um veículo para a expressão das transferências separadas de seus membros, num método centrado no grupo-como-um-todo. Outros terapeutas adotaram as idéias de Bion de que o próprio grupo serve como um continente para as projeções, mas sem necessariamente utilizar a abordagem do grupo-como-um-todo ao tratamento. Neste caso, o grupo em si é comparado a um meio-ambiente de sustentação, ou a um objeto transicional, em que os membros podem fazer experiências com potenciais latentes para desenvolver novas maneiras de relacionar-se com outros.

Na atualidade, a maioria das publicações apontam a tendência ao uso de princípios de uma teoria centrada no grupo. Primeiro, por acreditar que o grupo como um todo possui certas propriedades conscientes e inconscientes que afetam o comportamento de cada membro. Segundo, porque os grupos psicoterápicos, quer intermitentemente, quer em base constante, manifestam alguma forma de funcionamento unitário, evidenciada por um tema ou conflito compartilhado. Essa observação foi descrita por Wilfred Bion como um pressuposto básico (HORWITZ, 1996).

2.3.3-Grupos operativos

O modelo denominado grupos operativos, criado por PICHON-RIVIÈRE (1988)a partir da década de 40, na Argentina, introduz, conceitua, sistematiza e divulga suas formulações sobre grupos. O autor faz convergir o estudo da dinâmica de grupos, a

psicanálise e a teoria da interação e da comunicação. Em suas fundamentações, logo faz também confluir o materialismo histórico, preocupado com os mecanismos ideológicos de manutenção das estruturas sociais que interferem no comportamento dos indivíduos.

> Definimos o grupo como o conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade (PICHON RIVIÈRE, 1988, p.177).

Pretendendo romper a dicotomia razão/afeto, já que considerava que toda tarefa contém em si múltiplas determinações; pretendendo romper igualmente a visão unilateral da ação do sujeito sobre o objeto, já que toda ação implica em modificação do objeto e do sujeito; pretendendo romper estereotipias frente à tarefa e à própria dinâmica grupal, que servem como defesas contra as ansiedades e que paralisam as trocas, Pichon cria a técnica do "grupo operativo" (BARROS, 1994).

> O grupo operativo é um grupo centrado na tarefa e tem por finalidade *aprender a pensar* em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, e não no campo de cada um de seus integrantes, o que seria uma psicanálise individual em grupo. Entretanto, também não está centrado exclusivamente no grupo, como nas concepções *gestálticas*, mas sim em cada *aqui-agora-comigo* na tarefa que se opera em duas dimensões, constituindo, de certa forma, uma síntese de todas as correntes (...) (PICHON-RIVIÈRE, 1988, p.105).

Conceituando os vínculos a partir de "uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem" (PICHON-RIVIÈRE, 1988, p.10), o "vínculo" refere-se tanto à interação do indivíduo com o mundo externo, como com o mundo interno. O uso da noção de vínculo é mais concreto do que o da relação de objeto, que representa apenas a estrutura interna do vínculo:

> (...) vínculo é uma relação particular com o objeto (...) é uma estrutura dinâmica em contínuo movimento (...) temos dois campos psicológicos do vínculo: um interno e outro externo (PICHON-RIVIÈRE, 1995, p.37).

Na concepção operativa de grupos, a tarefa do coordenador é obter, dentro do grupo, uma comunicação que se mantenha ativa e criadora. Neste movimento, relacionado com motivações, conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e atua, constitui o seu esquema referencial. A tática do grupo operativo é dirigida à revisão do esquema referencial dos participantes. Nestas técnicas grupais,

> (...) a função do coordenador ou "co-pensor" consiste essencialmente em criar, manter e fomentar a comunicação, chegando esta, através de um desenvolvimento progressivo, a tomar a forma de uma espiral, na qual coincidem didática, aprendizagem, comunicação e operatividade (PICHON-RIVIÈRE, 1988, p.92).

Uma das condições para a existência de um grupo é a presença em seus membros de uma representação interna comum do conjunto ao qual pertencem. Nesta perspectiva, PICHON-RIVIÈRE (1988), retomando o conceito kleiniano, emprega o termo "grupo interno" como correspondente ao mundo interno. Toda vida mental inconsciente se organiza no contexto dos personagens desse grupo interno, que mantém uma interação dialética com os do mundo externo.

Através da capacidade de diferenciar entre grupo interno e externo o indivíduo adquire identidade e autonomia e, através da discriminação e autonomia do grupo interno com relação aos seus referentes externos o indivíduo adquire o sentimento de pertença. O grupo interno tem sua primeira origem nas experiências do indivíduo com sua família de origem. "Para Pichon o grupo interno está formado por personagens, imagos comparáveis com o do mundo exterior, um duplo, mais ou menos modificados no processo de internalização" (BERNARD, 1995, p.68).

A noção de "tarefa", central nas colocações pichonianas, tem mais de um sentido. Ela tanto é o tema que "estrutura" o grupo, quanto é um dos momentos pelo qual atravessa o grupo no desenvolvimento do próprio tema. Assim, o grupo percorreria três momentos: o da pré-tarefa, momento de resistências, de impossibilidade de enfrentar o objetivo eleito com novas condutas, é o momento de reprodução de "velhos esquemas"; o da tarefa, momento em que o grupo efetua um "insight" em relação ao tema proposto, aborda e elabora ansiedades; e o do projeto, em que se examinam estratégias e táticas a

serem usadas para produzir mudanças, que, pela espiral dialética, se voltariam sobre o sujeito, modificando-o (BARROS, 1994).

A didática proposta por Pichon é interdisciplinar e visa o desenvolvimento de atitudes:

> Denominamos didática uma estratégia destinada não só a comunicar conhecimentos (tarefa informativa), mas, basicamente, a desenvolver e modificar atitudes (tarefa formativa). A articulação do informativo e formativo se realiza na construção de um instrumento: ECRO, que situe o sujeito no campo (o referencial), permita-lhe abordá-lo a partir de elementos conceituais, compreendê-lo e operar sobre ele por meio das técnicas adequadas (PICHON-RIVIÈRE, 1988, p.175).

A noção de ECRO (Esquema Conceitual, Referencial e Operativo) grupal, fundamentada na noção de interdisciplinaridade, é uma construção que implica um processo de aprendizagem e obriga os integrantes do grupo a uma análise de suas referências pelo confronto/conflito com as dos demais membros do grupo, conforme salientou BARROS (1994). Através de sucessivas espirais vai-se criando uma base comum, um denominador grupal, a partir do qual o grupo poderá se orientar, se referir.

De acordo com a teoria dos grupos operativos, o conhecimento é terapêutico. Se alguém ensina outro aprende, e tampouco é possível ensinar sem aprender com os próprios ensinamentos e com a vivência do outro. Ensino-aprendizagem é um processo dialético e terapêutico.

Há muitas concepções do que seja um "grupo operativo". É tão abrangente a aplicação dos grupos operativos que muitos preferem considerá-los como sendo, genericamente, um continente de todos os demais grupos (BEREINSTEIN, 1986, ZIMERMAN, 1993).

Finalizando estas considerações sobre alguns modelos de abordagens grupais, que objetivou situar alguns conceitos abordados nesta pesquisa, ao leitor interessado em uma literatura mais ampla e atualizada sobre o tema de grupos em instituições, remetemos aos estudos de CALIL (2001), que abordam os cuidados psicoterápicos grupais em serviço público de saúde mental ambulatorial, com crianças. Sobre grupo de mães, ARRUDA (1989, 1991), pesquisou aspectos clínicos, sociais e institucionais envolvidos nestes tipos

de abordagens em Saúde Pública. E, quanto aos desenvolvimentos histórico-evolutivo das abordagens grupais, os estudos de BENEVIDES BARROS (1994) trazem uma ampla abordagem .

2.4-FUNÇÕES E ATRIBUTOS DO COORDENADOR DE GRUPOS

ZIMERMAN (1993, 1997), assinalou o vasto polimorfismo grupalístico existente na literatura sobre grupos, as múltiplas possibilidades de variação nas estratégias, técnicas e táticas de abordagens grupais. Tais condições intensificam a necessidade de o cooordenador de grupos dar atenção aos aspectos técnicos considerados básicos na formação e condução dos mesmos.

Um dos aspectos importantes é a de que o técnico que vai iniciar um grupo tenha uma idéia bem clara do que pretende com esse grupo e de como vai operacionalizar esse seu intento "caso contrário, é muito provável que o seu grupo patinará num clima de confusão, de incertezas e de mal entendidos" ZIMERMAN (1997, p. 34).

Assim, diante da resolução de criar e compor um grupo, o coordenador deve estar apto a responder algumas questões técnicas fundamentais, tais como: qual será o seu esquema referencial; para quem se destina o grupo; com qual finalidade ele está sendo composto; se atende a necessidades de um conjunto de indivíduos que possam ser contempladas; como vai funcionar; quais critérios de seleção serão utilizados (ZIMERMAN, 1997).

Além dos aspectos técnicos, ZIMERMAN (1997) tem destacado a pessoa do coordenador do grupo como sendo um fator de fundamental importância na evolução do respectivo grupo. Ele aborda as condições necessárias, ou pelo menos desejáveis, para a pessoa que coordena grupos, indo muito além do importante papel de figura transferencial que qualquer condutor de grupo sempre representa de forma mais particular na pessoa real do coordenador, com seu jeito verdadeiro de ser.

Portanto, em qualquer modalidade de grupo, um adequado manejo técnico está associado à atitude interna da pessoa real do profissional. A pessoa do coordenador do grupo, e o conjunto de condições desejáveis - senso de ética, coerência, respeito, paciência,

função de pensar, capacidade de comunicação - são tecidas pelos seguintes atributos e funções, conforme ZIMERMAN (1997):

- Gostar e acreditar em grupos.
- Ser continente (capacidade de conter as angústias e necessidades dos outros, e também as suas próprias).
- Empatia (poder colocar-se no lugar do outro e assim manter uma sintonia afetiva).
- Discriminação (para não ficar perdido no cipoal das cruzadas identificações projetivas e introjetivas).
- Novo modelo de identificação (contribui para a importante função de desidentificação e dessignificação de experiências passadas, abrindo espaço para neo-identificações e neo-significações).
- Comunicação (tanto como emissor ou receptor, com a linguagem verbal ou a não-verbal, com a preservação de um estilo próprio, e como uma forma de modelo para os demais do grupo).
- Ser verdadeiro (Se o coordenador não tiver amor às verdades e preferir não enfrentá-las, não poderá servir como um modelo para o seu grupo).
- Senso de humor (um coordenador pode ser firme sem ser rígido, flexível sem ser frouxo, bom sem ser bonzinho e, da mesma forma, pode descontrair, rir, brincar, sem perder o seu papel e a manutenção dos necessários limites).
- Integração e síntese (é a capacidade de extrair o denominador comum das mensagens emitidas pelos diversos componentes do grupo e de integrá-las em um todo coerente e unificado, sem artificialismos forçados).

Também OSÓRIO (2000), considera que no trabalho com grupo não é na palavra, mas, sim, na atitude do terapeuta (ou coordenador de grupos) que reside a essência de sua contribuição para o processo grupal. O autor definiu como "atitude adequada":

> ...uma atitude pautada no respeito às individualidades dos componentes do grupo. Uma atitude balizada pelo uso apropriado de nossas identificações projetivas na função terapêutica, pois é pelo

> exercício continuado do "por-se na pele do outro", além de proceder conforme gostaríamos que procedessem conosco naquela determinada situação, que se estabelece a base para a escuta empática e o referencial para rastrearmos nossas intervenções na coordenação de um grupo, seja ele terapêutico ou não (OSÓRIO, 2000, p.61).

Algumas questões relacionadas à estrutura de funcionamento dos grupos dependem da escolha do coordenador. (MALDONADO, 1982) discutiu o papel do coordenador na escolha e intervenções na "estrutura" do trabalho de grupo como um especto técnico importante.

Assim, teríamos a "estrutura de curso", como aquela que prioriza o trabalho informativo na abordagem grupal; a "estrutura de vivências", que propicia um trabalho a partir do emergente grupal, isto é, dá-se prioridade ao assunto que emerge espontaneamente do grupo, inserindo-se as informações na medida em que surge a necessidade; e a "estrutura mista", como aquela que procura dividir o tempo das reuniões às informações, e ao exame das vivências. Esta autora mostra as vantagens da estrutura de vivências, pontuando, porém, as dificuldades dos profissionais em utilizá-la.

> Na estrutura vivencial as pessoas são convidadas de modo mais inteiro, para pensar e para sentir: isso assusta, compromete, não é o costume. Em termos institucionais ocorre o mesmo fenômeno: a estrutura de curso é mais tradicional, representa menos novidade e, portanto, menos ameaça de grandes mudanças (MALDONADO, 1982, p.197).

Como se pode observar pelo referencial teórico, existe uma enorme variedade de versões (teorias) construídas pelos autores, refletindo a opinião de muitos como sendo o resultado da observação de cada um deles sobre uma fenomenologia, que, sem dúvida, é única e configurada pela interação do grupo humano. Pode-se concluir que a postura de cada autor revela o resultado (sua teoria) de sua própria identidade como um todo (seus conhecimentos e sua personalidade resultando em uma postura técnica), atuando como elementos facilitadores ou dificultadores do processo grupal.

Tal processo, considerado inerente à função do psicoterapeuta de grupo (BLAY NETO, 2001), e ao coordenador de grupos de modo geral (ZIMERMAN, 1997, VIANA, 1998; OSÓRIO, 2000), determina sua postura e atitudes no grupo. Indaga-se,

aqui, a possibilidade de alcance e compreensão dos fenômenos implicados em tal processo, por meio das entrevistas com os coordenadores de grupo.

Assim, os referenciais teóricos sobre o trabalho com grupos, relacionados na revisão bibliográfica, serão utilizados em determinados na análise e discussão dos resultados desta pesquisa.

3-MÉTODO

O objeto de estudo desta pesquisa, ou seja, as experiências de alguns profissionais de saúde na coordenação de grupos assistenciais em Saúde Pública, por sua natureza complexa, exigiu a utilização do método fundamentado em referenciais da pesquisa qualitativa em ciências humanas.

Propondo-se *escutar* profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social e terapeuta ocupacional), e *compreender* significados contidos nas experiências grupais vividas pelos mesmos nas abordagens grupais em saúde, assumiu-se que este estudo privilegia a diversidade e não uma técnica grupal determinada. Pois, o foco desta investigação centra-se nos relatos dos profissionais entrevistados, nas suas percepções sobre estas práticas em saúde e na pluralidade de modos de coordenação de grupos.

Tal opção foi influenciada por conhecimentos oriundos das pesquisas já realizadas na Rede de Saúde, indicativos de restrições quanto às práticas sustentadas por um construto teórico-técnico bem definido, tanto em psicoterapias de modo geral (ARAÚJO, 1997), quanto na psicoterapia de grupo (BOLOGNA, 1998).

Em outras palavras, pretendendo estudar o trabalho com grupos, e não uma técnica grupal específica, esta investigação abrange práticas grupais tecnicamente orientadas, e outras, realizadas de forma empírica.

Este capítulo expõe o método utilizado, com vistas aos objetivos propostos nesta pesquisa. Aborda-se, inicialmente, os principais referenciais teórico-metodológicos que fundamentam essa investigação; em seguida, descreve-se como foi realizada a pesquisa de campo e como foram tratados os dados colhidos nas entrevistas.

3.1-FUNDAMENTAÇÕES DO MÉTODO UTILIZADO

Nas decisões relacionadas à escolha do método utilizado nesta pesquisa considerou-se alguns esclarecimentos de MINAYO (2000):

> Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 2000, p. 102).

Nesta direção, os ensinamentos de TURATO (2003, p. 86) foram decisivos, no que se refere ao ecletismo teórico necessário na aplicação do método qualitativo em pesquisas com seres humanos no campo da saúde.

Dentre as inúmeras contribuições para o entendimento da metodologia de investigação no "setting" das ações multidisciplinares em saúde, destacam-se, nos dizeres do autor (TURATO, 2003), importantes aspectos relativos às atitudes do pesquisador:

> "...a postura de acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos (...) postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, que interage com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação em direção àquela pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente...". (TURATO, 2003, p.240)

Com esta perspectiva foi realizada a pesquisa de campo, efetuando-se entrevistas semi-dirigidas com os coordenadores de grupos da Rede Básica de Saúde.

Alguns fundamentos das teorias das representações sociais foram esclarecedores na etapa de pesquisa exploratória e análise das entrevistas. Os estudos sobre a representação social da psicanálise (MOSCOVICI, 1978), forneceram importantes subsídios. Este autor conceituou representação social como:

> (...) um *corpus* organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação (MOSCOVICI, 1978, p. 28).

Acompanhando o pensamento do mesmo autor, quando se fala em representações sociais,

> (...) consideramos que não existe um corte dado entre o universo exterior e o universo do indivíduo (ou grupo), que o sujeito e o objeto não são absolutamente heterogêneos em se campo comum. O objeto está inscrito num campo ativo, dinâmico, pois que é parcialmente concebido pela pessoa ou coletividade como prolongamento de seu comportamento e só existe para eles em função dos meios e dos métodos que permitem conhecê-lo (MOSCOVICI, 1978, p.48).

MOSCOVICI (1978), chamou atenção para o fato de que a definição do papel do psicanalista depende da atitude em face da Psicanálise ou do psicanalista, permitindo reconhecer o poder criador de objetos. Em MINAYO (2000), o conceito de representações sociais ampliou a possibilidade de compreensão acerca de como os profissionais representam os grupos ofertados aos usuários da Rede Básica de Saúde, entendendo-se que:

> As representações sociais enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade (...) se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas (MINAYO, 2000, p.173).

Considerando que cada ator social tem uma maneira de perceber e dar significados à sua experiência, atribuindo relevância ou não a determinadas questões, temas e situações, sempre de acordo com sua história de vida e inserção social, (MINAYO, 2000) alerta para o fato de que "as representações sociais não são necessariamente conscientes", e, ainda:

> Por serem ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e verdadeiras, as representações podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, pois retratam a realidade. Porém, é importante observar que as representações sociais não conformam a realidade e seria outra ilusão toma-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os atores sociais fazem dela (MINAYO, 2000, p.174).

Deste modo, a escuta e a leitura da visão dos coordenadores de grupos sobre o próprio trabalho, ou seja, a análise de suas palavras e do que elas representam, tem um enquadre dado pelo pesquisador. A inserção deste, com seus próprios conhecimentos sobre coordenação de grupos e, sendo também um agente de assistência nesta mesma rede de saúde, tanto cumpre uma função de permitir um caminho organizado como método de investigação, como o condiciona. Daí a necessidade de explicitar o método utilizado.

A pesquisa de campo é naturalística, pois ocorre no ambiente natural que se constitui sua fonte direta de dados, e tem no pesquisador seu principal instrumento, conforme TAYLOR e BOGDAN (1984). Esses autores salientaram o caráter indutivo,

significante, humanístico e valorativo, como principais características deste tipo de investigação científica.

Norteando-se por princípios do modelo de pesquisa qualitativa em Saúde Mental, a presente investigação apoiou-se também nos esclarecimentos de MARTINS e BICUDO (1989), que enfatizam a atenção do pesquisador para com os fenômenos humanos como: a angústia, ansiedade, medo, alegria, cólera, amor, tristeza e outros. Fenômenos que não são passíveis de estudos quantitativos, mas que podem ser examinados qualitativamente.

Os estudos de BLEGER (1989) iluminam os caminhos desta investigação, com suas afirmações de que não há método objetivo por um lado e subjetivo por outro, pois: "O método científico é o emprego correto dos recursos objetivos e subjetivos em permanente interação e nenhuma investigação pode prescindir de qualquer dos dois".

Nas diversas etapas de pesquisa, da exploração à organização e tratamento do material colhido nas entrevistas com os coordenadores, foram úteis os aportes teóricos de BARDIN (1977). A autora definiu a análise de conteúdo, como:

> (...) um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

O processo de inferência realizado pelo pesquisador através da análise de conteúdo, constitui, segundo a autora (BARDIN, 1977, p.115) a possibilidade de se avançar além do estágio descritivo dos dados. Esta condição é considerada também por TURATO (2003, p. 443), pois, "permitir que possamos discutir/inferir a partir dos dados trabalhados é realmente a razão para recorrermos a tal procedimento de tratamento/análise de dados".

Outras vertentes teóricas utilizadas nesta pesquisa foram aquelas já abordadas no referencial teórico deste trabalho.

Por fim, mas não menos importantes para a compreensão do processo da pesquisa qualitativa, foram particularmente úteis o contato da pesquisadora com os estudos de ARRUDA (1991); FRANÇOZO (1996); BURNIER (1997); CELERI (1997);

VIEIRA, et al. (1999); FONTANELLA (2000); NOGUEIRA-MARTINS (2001); SILVA (2001); CALIL (2001); JOAZEIRO (2002); TURATO (2003), entre outras.

3.2-PROCEDIMENTOS

3.2.1-Campo de observação

O campo em que se desenvolvem as experiências com grupos abordadas neste estudo é o da rede ambulatorial de saúde do SUS no município de Campinas, São Paulo. Foram abordados, nesta pesquisa, profissionais que trabalham em serviços da rede básica de saúde (13 Centros de Saúde, correspondendo a 30% do total de Unidades Básicas de Saúde existentes, e dois Centros de Referência, igual a 25 % do total das Unidades de Referência), de áreas de abrangência dos cinco Distritos de Saúde de Campinas: Norte, Noroeste, Leste, Sudoeste e Sul.

3.2.2-Os sujeitos da pesquisa

A população pesquisada foi a de sujeitos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas que, no ano de 2002, foram alunos nos três Cursos de Grupalidade promovidos pelo Projeto de Qualificação das Equipes de Saúde da Família do Projeto Paidéia no SUS– Campinas, abrangendo profissionais de equipes de referência e de equipes matriciais de Saúde Mental, que se dispuseram como participantes voluntários da pesquisa.

Trata-se, portanto, de amostra proposital, que se baseia na seleção de casos significativos para o estudo proposto. A escolha por este tipo de amostra se deu por algumas vantagens, basicamente, a de permitir o maior acesso aos trabalhadores de saúde envolvidos com o tema grupalidade.

3.2.3-Amostragem

Amostragens propositais (também chamadas de amostras intencionais ou deliberadas) são procedimentos em que a lógica subjacente à escolha da amostra constitui um diferenciador importante entre os métodos quantitativo e qualitativo de pesquisa. No primeiro, a amostra é randômica e o objetivo é a generalização. No segundo, a amostra é

proposital e o objetivo é o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto estudado (CELERI, 1997; FONTANELLA, 2000; NOGUEIRA-MARTINS, 2001).

A amostragem qualitativa não tem o critério numérico, mas alguns cuidados tomados cumprem a finalidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões. Segundo MINAYO (2000), tais cuidados consistem em: privilegiar os sujeitos sociais que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência de informações; escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças; escolher o *locus* e grupo de observação e informação que contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Assim, como *critérios de inclusão* para o processo de amostragem nesta pesquisa, considerou-se que o universo de 60 trabalhadores da saúde que foram alunos nos cursos de grupalidade, certamente estariam mais próximo das condições descritas no parágrafo anterior, relativas aos cuidados na constituição da amostra. Partiu-se, então, de uma população definida como interessada no trabalho com grupos, ou, no mínimo, com algum tipo de envolvimento com questões grupais, observando-se os seguintes critérios de seleção para a amostra: (1) participação voluntária (2) disponibilidade do trabalhador para entrevista gravada; (3) trabalhador envolvido com práticas grupais na função de coordenador de grupos ofertados aos usuários dos serviços da rede de saúde.

O contato inicial com os trabalhadores deu-se durante os cursos, explicando-lhes os objetivos da pesquisa e o interesse por uma listagem de voluntários e seus telefones para posterior agendamento de entrevistas. Todavia, as entrevistas só foram realizadas após os trâmites legais do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética.

O trabalho de campo foi realizado nos meses de maio e junho de 2003. O agendamento das entrevistas foi feito por telefone, a partir da listagem de dezoito voluntários contatados durante os cursos, conforme mencionado. Um destes voluntários não trabalhava mais na rede, um encontrava-se em férias, e um terceiro foi utilizado como entrevista piloto para testar o instrumento de coleta de dados.

A maioria das entrevistas foi realizada na própria Unidade de Saúde, precedidas pelo contato com o Coordenador da Unidade para informá-los sobre a autorização formal da pesquisa e explicar os objetivos da mesma. Com os entrevistados, procedia-se à leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), fornecendo-lhes uma cópia assinada.

A amostra está assim constituída: 12 entrevistados são do sexo feminino e três do sexo masculino; todos com nível superior, e oito também com especialização (quatro entrevistados possuem algum tipo de formação para o trabalho com grupos, embora não esteja discriminado no quadro).

Com relação ao tempo de trabalho na rede pública de saúde a média é de dez anos, e média de quatro anos no trabalho com grupos, conforme apresentada a seguir no Quadro 1:

QUADRO 1-Caracterização dos sujeitos quanto às variáveis de escolaridade, profissão e tempo de trabalho com grupos, Campinas, 2003.

NOME	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO (ÁREA-NÚCLEO)	TEMPO DE TRABALHO (EM ANOS) COM GRUPOS
A	37	Superior	Enfermagem	13
B	58	Especialização	Psicologia	03
C	51	Especialização	Serviço Social	16
D	38	Superior	Enfermagem	03
E	45	Especialização	Médicina	03
F	50	Superior	Enfermagem	01
G	50	Superior	Medicina	03
H	37	Especialização	Enfermagem	01
I	33	Especialização	Psicologia	02
J	43	Especialização	Medicina	01
K	31	Especialização	Terapia Ocupacional	02
L	32	Superior	Enfermagem	03
M	48	Superior	Psicologia	10
N	39	Especialização	Odontologia	07
O	49	Superior	Medicina	01

Uma leitura atenta da amostra revela que os sujeitos da pesquisa são profissionais de nível universitário e estiveram assim distribuídos: cinco enfermeiros, quatro médicos, três psicólogos, um dentista, um assistente social e um terapeuta ocupacional conforme indica a Figura 1:

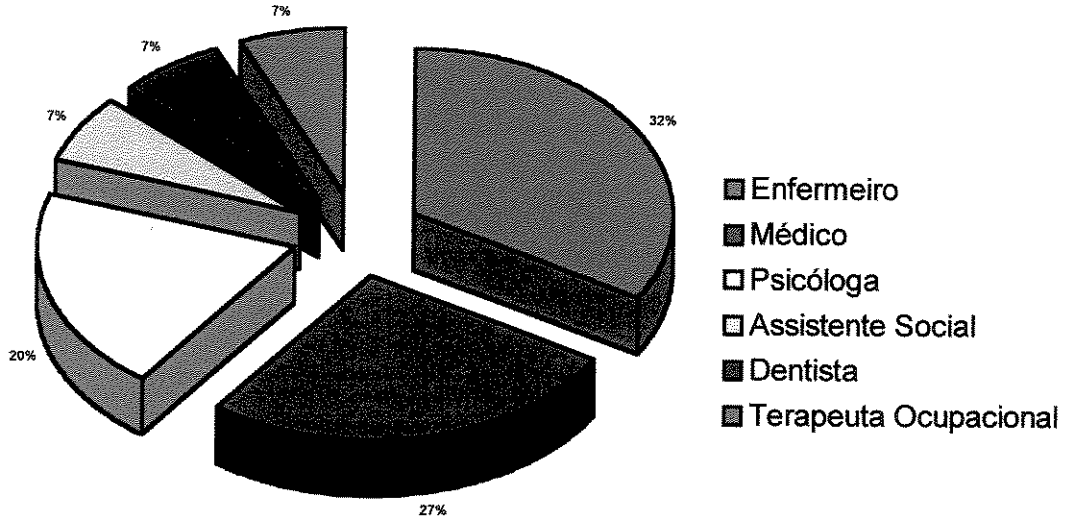


FIGURA 1-Profissões dos sujeitos da pesquisa

Além das quinze entrevistas realizadas, uma entrevista piloto havia sido anteriormente aplicada, não sendo considerada no universo da população pesquisada, já que, com base nesta primeira entrevista, algumas modificações foram introduzidas no roteiro de entrevistas semidirigidas, buscando sua validação.

Como afirmou FONTANELLA (2000, p.69), a opção pelo tipo de amostra sempre decorre dos objetivos da pesquisa; selecionar os elementos que a compõe é um dos procedimentos para atingi-los. A pesquisa que objetive fazer inferências tratando-as estatisticamente, com vistas à generalização ao restante da população, vai recorrer a amostras probabilísticas. Diferentemente, quando a proposta é explorar fenômenos vividos pelos entrevistados, o interesse não é pela representatividade da amostra em relação ao universo da pesquisa, mas pelas variações nela contidas.

3.2.4-Instrumento de coleta de dados: entrevista semidirigida

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semidirigida com o uso do gravador. Semidirigida, no sentido de que a direção pode ser dada alternadamente pelo entrevistador em alguns momentos, mas com uma flexibilidade que permita também ao entrevistado assumir o comando, representando ganho para reunir os dados, segundo os objetivos propostos (TURATO, 2003).

Entendendo-se que a entrevista:

> ...não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo facalizada (...). A entrevista (...) está sendo por nós entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos (Cruz Neto, 1994:57).

As qualidades da entrevista semidirigida consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2000).

Visando conhecer as experiências com grupos realizadas pelos profissionais, conforme objetivos da pesquisa, o roteiro de entrevista contém poucas questões. As entrevistas desenvolveram-se a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que a entrevistadora fizesse as necessárias adaptações, com base nos dados que ia obtendo dos entrevistados.

Uma pergunta inicial colocada para que todos os entrevistados pudessem falar livremente foi "Fale-me de sua experiência com grupos na Unidade de Saúde".

O roteiro básico da entrevista semidirigida é apresentado no Quadro 2:

QUADRO 2-Roteiro de entrevista semidirigida. Campinas, 2003.

Tema Principal
A experiência de trabalho com grupos
Subtemas:
Tipos de grupos que atende
Fatores motivacionais ou determinantes para a formação de grupos
Se estabelece as finalidades das abordagens com os grupos
Parâmetros (valores, princípios, referenciais teórico-técnicos) utilizados no trabalho
com grupos
Se percebe facilidades e / ou dificuldades na coordenação de grupos

O estabelecimento de um clima informal e de confiança facilitou o desenvolvimento das entrevistas. Conteúdos referentes aos subtemas geralmente fluíam naturalmente durante a entrevistas e, por vezes, era diretamente perguntado. Todas as entrevistas foram gravadas com permissão dos entrevistados. A duração das entrevistas variou de 40 a 90 minutos. Encontra-se no Anexo quatro, como exemplo, a transcrição de uma das entrevistas.

3.2.5-Tratamento dos dados

As quinze entrevistas gravadas foram transcritas integralmente pela própria pesquisadora. Os dados obtidos, constituindo o *corpus* das entrevistas transcritas, foram submetidos a um processo de categorização e análise de conteúdo.

Para efetuar a análise de conteúdo, segundo a proposta de BARDIN (1977), obedeceu-se a três momentos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na pré-análise, o primeiro contato com o material foi feito uma leitura "aderente", seguida de "leitura flutuante" do material, num contato exaustivo com os dados até se ficar impregnado pelas impressões do seu conteúdo.

Na fase de exploração do material, o processo de recorte vai se processando pela leitura flutuante e percepção de determinados *índices* que representaram as manifestações percebidas no texto (*corpus* das entrevistas) relacionados à questão em

estudo. As inferências foram organizadas em categorias, que são conjuntos ideativos formados a partir do trabalho de discriminação daqueles índices observados.

A categorização é definida como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos (BARDIN, 1977).

A categorização é uma técnica útil à análise de conteúdo, servindo para organizar e descrever o conteúdo e possibilitar um posterior refinamento de análise. Serve, portanto, a uma hermenêutica do *corpus,* conforme salientado por FONTANELLA (2000).

Durante a fase de exploração do material foram úteis algumas leituras sobre as estratégias facilitadoras do trabalho com os dados, conforme sugeridas por BOGDAN & BIKLEN (1998). Tais estratégias incluem, dentre outros, os seguintes procedimentos como: a delimitação progressiva do foco do estudo; a formulação de questões analíticas; o aprofundamento da revisão de literatura.

Neste sentido, o contato com alguns estudos atuais (ALMEIDA et al., 2003; TEIXEIRA et al., 2002; CAMPOS et al., 2003), possibilitou maior compreensão de aspectos complementares do uso da categoria das representações sociais, neste trabalho.

MINAYO (2000), em estudos referentes aos aspectos operacionais da análise de conteúdo, coloca que esta análise parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estrutura semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. A articulação da superfície dos textos descritos e analisados, com os fatores que determinam suas características (variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem), faz parte da análise de conteúdo.

Observando os ensinamentos de TURATO (2003), no processo de categorização o pesquisador deve orientar-se por dois critérios principais: o critério de repetição, ou seja, a investigação daquilo que cada um deles tem em comum com os outros; e o critério da relevância, que põe em destaque um ponto falado sem que necessariamente apresente certa repetição no conjunto do material coletado, mas que, na ótica do

pesquisador, constitui-se de uma fala rica em conteúdo a confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação.

Na etapa de tratamento dos resultados e interpretação, a análise apoiou-se, também, no referencial teórico de grupalidade considerado na revisão bibliográfica, particularmente, dos grupos analíticos e operativos; e, em alguns pontos da teoria da educação.

Quanto aos procedimentos relacionados à validade dos instrumentos utilizados, mais uma vez citamos TURATO (2003). Ele emprega as expressões "validação interna" e "validação externa" não nos sentidos respectivos de certeza entre relações causais e possibilidades de generalização de resultados, e, sim, de crença na apreensão o mais próximo da verdade. O processo de validação qualitativa interna ocorre principalmente à medida que se emprega o *background* do profissional-pesquisador, enquanto a validação externa envolve o autor em posse dos achados da pesquisa e seus interlocutores acadêmicos.

Assim, na construção das categorias, foi utilizada a estratégia de *triangulação* de pesquisadores. Dois pesquisadores (a supervisora da tese e o outro de "fora", pertencente à área de Saúde Mental e Grupalidade) tiveram acesso a amostras das entrevistas (sem identificação), destacando pontos que consideravam importantes nas formas de categorização dos dados que estava em andamento, fornecendo críticas e sugestões. A estrutura de categorias foi modificada inúmeras vezes. Para o percurso da categorização contribuíram: o material teórico já lido, a experiência anterior, as contribuições dos dois pesquisadores, a intuição da pesquisadora e a leitura de estudos atuais.

Com relação aos estudos que lançam mão de técnicas de triangulação, NOGUEIRA-MARTINS (2001, p.49) alerta para o fato de que tais procedimentos não eliminam os fatores subjetivos que interferem no estudo. Porém, "acrescentam maior credibilidade, por permitir a discussão dos dados de forma mais ampla e abrangente, evitando que um único pesquisador distorça sua interpretação segundo suas crenças, valores e desejos".

3.2.6-Cuidados éticos:

O Projeto de Pesquisa foi apresentado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em seguida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de acordo com exigências do Conselho Nacional de Saúde pautado nas resoluções 196/96 e 251/97[1] (BRASIL, 2003), tendo sido aprovado sob o número 060/2003[7] na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM em 15/04/2003. Assim sendo, os cuidados éticos foram cumpridos nos termos de tais Resoluções, referentes aos aspectos éticos recomendados na realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

[1] Vide autorização da Secretaria de Saúde de Campinas e o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp nos Anexos 2 e 3.

4-RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados possibilitou a criação de categorias, agrupadas de acordo com alguns critérios de organização. As representações dos grupos, assim como as demais categorias encontradas, foram criadas *in vivo*, ou seja, durante a exploração do *corpus* das entrevistas.

Em todas as categorias analisadas estão colocados conteúdos implícitos e/ou explícitos das formas como os grupos foram representados e das significações atribuídas às práticas relatadas. As temáticas discutidas são ilustradas pelas falas dos entrevistados .

O item 4.1 reúne categorias relativas às características dos grupos, configurados por uma diversidade de atividades grupais e por especificidades reveladas nas entrevistas, como: finalidades dos grupos, população alvo, técnicas de abordagem, e outras particularidades referentes à relação coordenador-grupo. Esse conjunto de categorias corresponde ao objetivo de caracterizar as atividades grupais relatadas, e procura discutir as representações sociais dos grupos.

O item 4.2 agrupa as categorias decorrentes de significações compreendidos nos relatos como expressão de motivações para o uso de técnicas grupais no atendimento em saúde, estando agrupados como facilitadores, incluindo-se, também, alguns fatores compreendidos como determinantes institucionais.

Nas demais categorias (item 4.3) são abordadas as dificuldades de trabalho com grupos manifestadas pelos entrevistados.

É importante ressaltar que, sendo os objetivos desta pesquisa voltados à compreensão de experiências e significados, e não às generalizações, o estudo das configurações grupais a partir da experiência de poucos profissionais (comparado ao número existente na rede) não pretende ser representativo das práticas grupais na Rede de Saúde, o que certamente se orientaria por outros objetivos e exigiria um outro desenho de pesquisa.

Um esclarecimento sobre as falas dos entrevistados introduzidas no texto: ela é seguida da inicial fictícia do entrevistado (em ordem alfabética de A. a O.) e do número do parágrafo do *corpus* das entrevistas onde se encontra aquela fala. Por exemplo "O.773" significa que a fala foi proferida por O. e está no parágrafo 773 do *corpus*. Como ilustração, foi anexada uma das entrevistas transcritas (Anexo 4).

4.1-OS GRUPOS E SUAS CONFIGURAÇÕES

Ao se reportarem às suas experiências de trabalho com grupos, os entrevistados vão configurando particularidades de uma prática em saúde: denominam tais práticas, falam da população alvo, de demandas, de suas finalidades. A palavra configuração significa a forma exterior de um corpo, conformação, aspecto, figura, feitio (FERREIRA, 1986). Este subcapítulo visa apresentar as diversas configurações das atividades grupais encontradas, e a escolha de fazê-lo dá-se em função da necessidade de marcar as especificidades e as diversas formas que esse trabalho assume no cotidiano das práticas assistenciais.

4.1.1-A quem se destinam os grupos (e como são denominados)

> *...grupo de mulheres na entrega de resultados de C.O.* [citologia oncótica] *(...) grupo de desnutridos...*(A.2)
>
> *...grupo de orientação de pais (...) grupo de adolescentes na escola.* (B.38)
>
> *...grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de ginástica harmônica, grupo de alongamento, grupo de auto-estima. (...) as oficinas de dietética, de trabalho corporal, oficina de criatividade(...) Comissão de Ação Voluntária (...). Um princípio destes grupos é não discriminar...então eu não tenho grupo por faixa etária, tudo que puder não excluir* [adolescentes, adultos, crianças] *é melhor.* (C.84)
>
> *...grupos de hipertensos e diabéticos... (D.108)*
>
> *...grupo de mulheres de resultados de C.O.* [citologia oncótica) (D.126)
>
> *...grupo de desnutridos* (D.134)
>
> *...comecei a fazer grupo de orientação para adolescentes* (E.173)
>
> *...nós fazemos o grupo de diabéticos (...) nós começamos dentro da equipe a ver os nossos pacientes que fazem uso de psicotrópicos e começamos também a fazer grupo com eles* (F.231-3)
>
> *...grupos para tratamento da hipertensão, outro para diabetes...grupo de adolescentes (...) grupo de antitabagismo...* (G.270-6)
>
> *...grupo de gestantes (I.362)...grupos de terapia com crianças, grupos de terceira idade, e de adulto jovens...* (I.392)

...grupo de hipertensos e diabéticos...(J.411)

...grupo de adolescentes e pré-adolescentes (K.454) *..grupo com professores nas escolas* (K.471)*..grupo de orientação para familiares (...)grupo com psicóticos.* (K.485-93*)*

...grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de cuidadores (L.519)

...grupo de adolescentes (...) grupo de adultos psicóticos. (M.667-9)

...grupo de trabalhadores (N.709)

grupo de desnutridos, de bebês...grupo para os pais (O.773).

Desta forma, a análise do *corpus* das entrevistas transcritas permitiu evidenciar ampla variedade de grupos relatados pelos entrevistados. Organizando estes dados, identificou-se, como população-alvo: a criança desnutrida e seus pais, a criança com dificuldades escolares e seus pais, a mulher, a gestante, os adolescentes que vivem em família e em situação de risco ou em situação de vulnerabilidade social, famílias, o adulto portador de diabetes e hipertensão, idosos e os cuidadores de pacientes acamados.

4.1.2-Grupo como lugar do corpo doente

Nesta ampla variedade de grupos, pôde-se deduzir, pela maneira como são denominados pela maioria dos entrevistados, um conceito de grupo calcado no diagnóstico dos usuários. Considerando que o diagnóstico é uma versão de um momento ou de uma condição peculiar circunstancial e transitória do ser humano, pode-se dizer que esta "versão" é como um retrato, um recurso estacionário, ao qual ficam aprisionados os elementos que são por ele contidos. Este fenômeno é percebido e manifestado pelo entrevistado:

> *Só o nome do grupo já compromete, o grupo de desnutridos. É uma coisa que cria um estigma, são as crianças que passam fome, cria um estigma até inconsciente às vezes, o próprio profissional não tem essa...é a lista dos desnutridos, a cesta dos desnutridos, o grupo de desnutridos...*(A.8)

Sabe-se que a necessidade de se formar grupos assistenciais impõe um ponto de partida; de que maneira fundamentar para o usuário um argumento aceitável para que ele concorde em ingressar em um grupo? Nada mais coerente do que apontar a sua condição diagnóstica; sob essa condição o usuário participa do grupo, na fala da entrevistada

> *...a gente tinha até a intenção, quando eu fiz o curso de grupalidade, a gente pensou em mudar os nomes, que não caracterizasse pela doença. Quando a gente trata do hipertenso e do diabético a gente não trata só da doença. Então a gente quer ampliar, estávamos pensando em mudar. É que deu certo e está dando assim, mais formal, tem um número de reuniões e depois tem a avaliação. E geralmente as pessoas que participam dos grupos são as que menos vêm aqui com os exames alterados* (D.159)

Grupos para pessoas com diabete e hipertensão foram citados pela maioria dos entrevistados (A.20; B.44; C.84; D.108; F.231; G.270; H.319; J.413; K.501; L.519). Na fala da entrevistada, esses grupos são:

> *... os tradicionais grupos de hipertensos e diabéticos.* (A.20)
>
> *...tem em torno de setenta pacientes diabéticos que frequentam o grupo (...) aqueles que estão bem, com a receitinha certinha, depois do grupo estão liberados, os demais vêm conversar comigo, eu peço exames, encaminha para especialidade quando precisa, faço a alteração da insulina se for necessário e mapeio esse pessoal.* (F.233)

Entretanto, nem todos os coordenadores de grupos se deixam aprisionar pela ideologia da doença como principal parâmetro para a formação de grupos, onde as práticas desenvolvidas em Centro de Saúde estariam limitadas às ações de caráter curativo junto à população. Um exemplo disto é apresentado pela seguinte fala, que faz uma crítica à "cultura da doença" institucionalizada:

> *O Centro de Saúde acha que se é alongamento tudo bem, que alongamento é para dor. Agora, ginástica harmônica é uma coisa leve, uma coisa feliz, digamos é para prevenção. Então tinha até um questionamento se o profissional do CS devia fazer este tipo de atividade. O Centro de Saúde tem um espaço estreito para essa coisa de prevenção, é mais para dor. Eu sinto os espaços públicos de saúde muito medicalizantes.*(C. 86)

Todavia, a representação do grupo como lugar do corpo doente, está implícito que a melhora dos sintomas – através da medicação e do grupo - significa o desligamento do grupo educativo, como aparece na fala da entrevistada:

> *...os pacientes que já estão assim de seis meses há um ano dentro dos parâmetros da normalidade tem alta do grupo, a gente pede para estar vindo uma vez a cada três meses, para a gente ver se realmente eles estão bem.* (F.235)

Vale recordar que a ideologia relacionada à clínica tradicional, centrada na doença, é abordada pelo modelo de saúde Paidéia como uma postura que deve ser modificada, conforme mencionado no capítulo introdutório desta tese. Uma das diretrizes atuais é instituir a Clínica Ampliada, significando abordagem integral da pessoa doente e não só da doença. "Como" se daria o processo de transformação da cultura institucionalizada é uma questão aberta, em termos da prática cotidiana dos serviços.

Trata-se de uma questão bastante discutida pela literatura referente à Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. Embora não seja o objetivo deste trabalho explorar esta vertente, vale citar os estudos de VIEIRA; VICENTIN; FERNANDES e cols. (1999), que mostram as dificuldades de transformações efetivas dos modelos de abordagens na área da Saúde Mental, pois envolve as políticas relacionadas à organização dos serviços públicos de saúde.

4.1.3-Grupo como espaço educativo

A maioria dos entrevistados mencionou que os grupos que realizam têm finalidade educativa. Porém, as variadas concepções do que seja o educativo no grupo, revelam-se nas características do trabalho grupal relatado. Alguns entrevistados colocam maior ênfase no "ensino" como tarefa centralizada no coordenador. Outros, valorizam o trabalho interativo do grupo.

Para abordar essa diversidade de modos de condução dos chamados grupos educativos, foram criadas algumas subcategorias.

4.1.3.1-Grupo informativo

> *...uma vez por mês é o grupo de hipertensão e diabéticos (...) e a cada mês tem um tema diferente (...) são multiprofissionais, a cada mês vai um profissional para estar conversando, discutindo a alimentação, doença (...) fisioterapia.* (D.110-114)

As finalidades do grupo de diabéticos e hipertensos é estar amenizando no decorrer da vida do paciente, os agravos que a hipertensão e diabetes acabam acarretando no organismo das pessoas. (L.519)

A finalidade do grupo é essa, dar condições para a pessoa se auto-cuidar, é assim dar consciência da patologia que eles têm. (F. 235)

Estas falas remetem aos estudos sobre práticas grupais com pacientes somáticos na área da saúde pública. MELLO FILHO (1997) define paciente somático como aquele que descreve ou apresenta uma alteração de sua estrutura anatômica ou funções fisiológicas; queixa-se do corpo através da dor, hipertensão arterial, etc, sendo que a origem dos sintomas será de natureza diversa: agentes físicos, químicos, biológicos, psíquicos ou sociais poderão estar na gênese destas manifestações, e devem ser distinguidos.

Tais grupos teriam como objetivos iniciais: informar, esclarecer dúvidas, realidades, fantasias, permitir a catarse e diminuição de ansiedades. As ferramentas e os procedimentos técnicos se tornam mais complexos à medida que o tempo de convivência do grupo se torna maior, e os objetivos se ampliam. Assim, de uma terapia que foi mais de informação e de suporte caminha-se para uma finalidade mais de conhecimento ("insight") e de reflexão, dependendo do preparo técnico do coordenador (MELLO FILHO, 1997).

Denominados de grupos especiais (VIANA, 1998), em geral, esses grupos funcionam sob a égide de seus objetivos iniciais durante algum tempo, sobretudo com a aplicação da técnica operativa. Segundo este autor, após um período de rompimento e "digestão mental" das estereotipias envolvendo seus objetivos iniciais, tais grupos passam a trabalhar os conteúdos mais profundos de seus membros, momento em que a técnica grupoanalítica seria a mais indicada.

Isto evidencia que o acontecer grupal humano não é estático, não podendo ser aprisionado em um diagnóstico sob circunstância determinada. Estas evidências tornam-se tão abrangentes que envolvem e determinam também a atitude do coordenador.

Outros depoimentos sobre grupos de finalidades educativas consideram, além da patologia ou tipo de queixa, outros critérios de homogeneidade, que são utilizados na formação dos grupos. Segundo MALDONADO (1982), os *grupos homogêneos* consistem em:

> ...grupos de pessoas atravessando uma mesma transição existencial – grupos de gestantes, de puérperas, de mulheres na menopausa – apresentando problemas semelhantes – grupos de mulheres mastectomizadas, de casais inférteis, de cardiopatas, obesos, hipertensos, diabéticos – ou dispostos a discutir situações comuns a todos – grupos de pais, grupos sobre o primeiro ano de vida, grupos de mulheres (MALDONADO, 1982, p. 190).

Por outro lado, ressalte-se que todos os grupos são heterogêneos com relação a uma série de características pessoais, sociais, e outras. Nas práticas dos entrevistados, os grupos privilegiam a homogeneidade com relação a determinados aspectos em função dos objetivos aos quais se destinam.

Assim, nos grupos de mulheres, destacados a seguir, o critério de grupamento é o de pessoas que estão vivenciando uma situação existencial comum, como se pode depreender pelas falas sobre as finalidades destas abordagens:

> *Atendo um grupo de mulheres, é um grupo de entrega de resultados de citologia oncótica. Na oportunidade do grupo, a gente aproveita para fazer orientações sobre a higiene, cuidados, importância de se fazer o auto-exame de mamas e da periodicidade do exame de citologia oncótica, reforçando estas questões especificamente ligadas à saúde da mulher.* (A.2)

> *Tentamos fazer o grupo antes delas colherem o material para o exame, para explicar como colhe o material e tudo, para "tirar" a ansiedade* (D. 126).

O que pode ser identificado nestas falas? Uma primeira idéia é a de que existe uma crença de que a informação, por si só, eliminaria a ansiedade. Mas, por traz disso existe um contato e atenção do coordenador, o que pode estar na raiz da baixa de ansiedade. Sabe-se que é impossível "tirar" uma emocionalidade de uma pessoa ou de um grupo; mas, é possível entender, por esta fala, que existe um objetivo implícito à abordagem grupal informativa, que seria ajudar a diminuir / prevenir ansiedades que possam ocorrer com as pessoas diante da necessidade de submeter-se a determinados procedimentos técnicos nos cuidados com a saúde (coleta de material para exames laboratoriais).

> *Em todos os grupos a gente aborda a questão de estilo de vida, da necessidade de mudar...* (D.155)

Outros grupos referidos como tendo finalidades educativas, foram: o grupo de pais de recém-nascidos, também chamado grupo "Primeiros Passos" (O.773), com o objetivo de:

> *Ensinar as mães a cuidar do bebê, os cuidados de higiene, incentivar o aleitamento materno, dar orientações* (D.148)

e o grupo de orientação para familiares, realizado na Unidade:

> *(...) quando o grupo é de adolescentes e de pré-adolescentes, a cada dois meses eu chamo a família para ver como estão as coisas em casa, qual o retorno que está tendo lá e se eles têm alguma questão. Muitas vezes por serem avós que cuidam, por serem adotivos, eles têm alguma questão, perguntam, então é importante ter o grupo de orientação para os familiares* (K.485)

A prática de palestras nas escolas foi referida por outra entrevistada:

> *A gente vai na escola falar de DST, porque os adolescentes vêm aqui pedir preservativos. A gente dá a pílula, mas a gente se preocupa com a AIDS, não adianta só a pílula (...) mas nem nas escolas a gente está organizado para fazer programado, é tudo pontual* (H.338).

Estas práticas mostram, por uma lado, a variedade de situações atendidas em rede de saúde, os cuidados com doenças atuais, como a AIDS, as iniciativas tímidas das equipes em trabalhos inter-setoriais (escola), a atenção à saúde da criança e da família. Por outro lado, tais relatos confirmam o fenômeno salientado por ZIMERMAN (1997), referente à expansão de técnicas grupais realizadas de forma empírica, semelhantes às desenvolvidas por Pratt há um século.

4.1.3.2-Grupo como ação interdisciplinar da equipe de saúde

Ao analisar o material das entrevistas sob a ótica dos modelos de condução da atividade grupal relatados, observa-se como característica a prática de duas formas, uma na qual a coordenação da atividade se apresenta centrada no profissional, que assume a responsabilidade pela atividade em si. Outra forma apresentada consiste na participação

desse sujeito coordenador como colaborador em atividades grupais coordenadas por outros profissionais.

> *Um outro grupo interessante é o grupo de desnutridos, eu não sou a coordenadora, mas participo dos grupos de desnutridos desenvolvidos na Unidade, pelas diferentes equipes lá do Centro de Saúde* (A.6).

Explicita-se nesta configuração a prática de coordenação centrada em equipe de referência, isto é, não só enquanto uma proposta envolvendo a rede de saúde como um todo, mas como uma configuração interna às equipes multiprofissionais.

> *Então, eu trabalho com grupo de orientação de pais, é o trabalho que eu faço, que eu coordeno. E trabalho com grupo de adolescentes na escola, que é um projeto da Secretaria de Educação, é em termos de equipe esse projeto, tipo uma informação do curso de sexualidade, mais normativo. (...). E o que eu faço também, aí já não sou eu que coordeno, eu participo dos grupos da Unidade. Tem o grupo de gestantes, eu tenho uma palestra com o grupo de gestantes, fixa, uma vez por mês* (B.38)

A fala de B. *"E trabalho com grupo de adolescentes na escola, que é um projeto da Secretaria de Educação, é em termos de equipe esse projeto'* explicita esse caráter interdependente e coletivo das ações em saúde. Pois como profissional de um centro de saúde, revela que o *locus* de trabalho se expande para além do que B. denomina "unidade", atingindo o espaço da escola tendo sua pertinência na esfera da intersetorialidade entre a Secretaria da Educação e a Secretaria de Saúde.

A diversidade, a heterogeneidade e a complexidade das solicitações da saúde pública convoca o profissional a perceber a amplitude das necessidades e a variabilidade de saberes demandados para a realização da atividade do cuidado, o que requer ações necessariamente coletivas com vistas a conjugar esforços e saberes para além do universo de cada profissional. Isto requer capacidade de construir sinergias e cooperações, conforme salientou JOAZEIRO (2002) em seu estudo sobre a formação e trabalho em equipe de saúde.

Assim, em grupos de gestantes:

> *Participam a enfermeira, o ginecologista, o generalista, o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário. Funciona fora do serviço de saúde, é um encontro mensal, cada vez é um tema: alimentação, preparo para o parto, cuidados com o recém-nascido, a importância do pré-natal e atividades físicas (...) e também faz uma visita prévia na maternidade onde vai ter o bebê... (A.22)*

A gestação é uma fase do ciclo vital da mulher em que ela não só aprende sobre si mesma como também vivencia ansiedades e desamparo num clima de intensa expectativa. Todo o esquema corporal da mulher passa por profundas modificações por um tempo limitado, exigindo profundas e rápidas adaptações físicas e emocionais. Todos esses fatores são geradores de ansiedade. Como salientou VIÇOSA (1997, p. 305), " o grupo de gestantes funciona como uma mãe suficientemente boa, contendo as ansiedades e propiciando integração psicocorporal".

Alguns entrevistados referiram a função do psicólogo junto às equipes que atendem os grupos de gestantes realizados em Unidades de Saúde:

> *No grupo de gestantes eu vou para falar das questões emocionais, das mudanças, das vivências (I.362).*
>
> *Eu entro com essa parte da relação mãe-bebê, para elas pensarem o que é ser mãe. Faço uma dinâmica de colagem, ou alguma coisa, para elas pensarem o que é o papel, o que é a função da mãe (B.44).*

Uma questão que poderia ser levantada aqui refere-se ao tipo de coordenação grupal centrado em equipe de referência, conforme revelado nas entrevistas, isto é, grupos atendidos mensalmente e por profissionais diferentes, que se revezam na coordenação. Como se configuram os vínculos grupais nesta modalidade de atendimento é um tema que merece ser melhor estudado.

4.1.3.3-Grupo como espaço de orientação e reflexão

Foram referidos, nas entrevistas, o funcionamento de grupos de orientação de pais, representando espaços de reflexão em Unidades Básicas de Saúde, que ocorrem a partir de uma variedade de situações ligadas à saúde da criança. Uma destas situações, que

leva às propostas de envolver os pais no tratamento, é a da criança diagnosticada como desnutrida.

Fragmentos do relato seguinte indicam que o componente reflexivo ligado às atividades grupais tem início antes mesmo da existência concreta de um grupo, pois a existência de uma capacidade de reflexão sobre grupos (e com grupos) decorre da "grupalidade interna" do profissional que se propõe a coordenar atividades grupais, como é exemplificado por esta fala:

> *Eu acho que não tenho técnica nenhuma, eu tenho vontade, eu estou me dispondo, me disponibilizando a aprender, mas eu quero saber como é que faz. Bom, então voltando ao Centro de Saúde, a demanda é muito grande, então tem algumas coisas que eu penso, que eu acho que seriam úteis, para falar numa consulta só é muito...muito tempo gasto, será que a gente não pode usar num grupo maior? Será que mais gente não poderia se beneficiar? Será que a troca, a troca entre o grupo, entre os participantes do grupo, como seria isso? (...) Comecei a pegar firme no grupo que a gente deu o nome de "Esperança", que são os desnutridos, e um outro grupo que dei o nome de "Primeiros Passos, que são os bebês, os que vão lá vacinar contra a tuberculose e hepatite (...). Já nesse primeiro contato, de ir jogando coisas assim para os pais pensarem.(...).* (O. 773)

Grupo de desnutridos é a denominação comumente atribuída (A.6; B.46; D.134) ao grupo de pais de crianças desnutridas que recebem auxílio-alimentação no programa de saúde infantil:

> *Elas [as mães] vão para pegar a cesta, elas têm que levar a criança para pesar, medir, ver se está ganhando peso ou não, até por conta de ver se no próximo mês ela vai estar recebendo a cesta ou não, conforme o desenvolvimento da criança* (B. 6).
>
> *Cada reunião tem um tema diferente, pode ser um profissional diferente* (D.134).

Este espaço de contato entre trabalhadores, crianças, e pais, poderia ser analisado em suas representações de "Grupo como espaço de nutrição", ao se tentar compreender significações de conteúdos simbólicos (alimentação psíquica e emocional) que permeiam o grupal e as vivências de cada indivíduo na experiência de grupo. Esta

dimensão (simbólica) será retomada adiante no item que discute a estrutura de vivências grupais.

Outra situação desencadeadora da realização de grupos de orientação a pais é o atendimento de crianças com dificuldades de aprendizagem escolar, por profissionais de Saúde Mental que atuam em Centros de Saúde. Nestes casos, os grupos destinam-se aos pais de crianças que se encontram em ludoterapia. As funções do trabalho grupal em suas dimensões afetiva (reconhecimento do componente emocional) e cogitativa (ajudar a pensar) é realçada na fala seguinte:

> *...esse grupo de orientação é mais específico da saúde mental (...). O grupo de pais é uma coisa bem terapêutica até, mas eu não tenho esse objetivo. Porque ali aparecem emoções que a gente precisa trabalhar, e a gente vai dando conta daquelas angústias, vai conversando, vai ajudando a pensar* (B.54).

A dimensão institucional no trabalho com grupos na área pesquisada, representada por certas condições (como ter espaço físico adequado para grupos, valorizar este tipo de abordagem, etc) revela-se, também, no caráter de continuidade de determinadas práticas grupais. Esta continuidade assenta-se em algumas condições profissionais e institucionais:

> *...fiz o treinamento de orientação a pais (...).São doze encontros, acaba um [grupo], inicia outro* (I. 384).

Os grupos de adolescentes referidos pelos entrevistados, remetem aos diferentes contextos sociais e institucionais em que foram realizadas as experiências relatadas. Estas podem ocorrer dentro do Centro de Saúde como um trabalho específico da saúde mental:

> *...trabalho mais na educação e na ressocialização, daí eu achar que o grupo seria útil a pacientes na terapêutica e na orientação de pais (...) eu monto os grupos pelas características, não patológicas, mas pela demanda que o paciente tem. Atendo cerca de cinco grupos hoje, três ou quatro são de adolescentes e pré-adolescentes (K. 452).*

Em outra Unidade de Saúde, o grupo de adolescentes é atendido pela equipe de referência com o apoio matricial da psicologia:

> *...o grupo de adolescentes é atendido pela pediatra, psicóloga e um auxiliar de enfermagem, e às vezes comparece o ginecologista também para falar de alguma coisa neste grupo de adolescentes* (G.270).

As técnicas e táticas utilizadas para a abordagem de adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde especializada, que atua como referência para a Rede de Saúde, foi referida como:

> *...grupos de orientação para adolescentes (...) passei a ver mais a parte de nascimento, concepção, mais aspectos da sexualidade e prevenção de DST* [doenças sexualmente transmissíveis*] de forma expositiva, usando jogos (...) filmes, o jogo do corpo, pranchas (...) ia passando alguns conceitos e estimulando para que eles construíssem alguns saberes também* (E. 173).

A temática do trabalho com adolescentes mostrou-se um foco de preocupações de alguns coordenadores, e será retomada ao se discutir as significações relacionadas às dificuldades do trabalho com grupos.

4.1.3.4-Grupo como espaço para cuidar de cuidadores

A representação do grupo como espaço destinado a cuidar de quem cuida, aparece nas falas dos entrevistados (B.e L.), como uma atividade de assistência da equipe de saúde para com os cuidadores (familiares ou não) de pessoas com doenças crônicas:

> *... são pessoas que cuidam de pacientes impossibilitados, acamados e eu quero trabalhar a questão do emocional, a raiva, cansaço. É um grupo coordenado pelas equipes de referência da unidade, cada equipe vai fazer na sua região(...)* (B.44).
>
> *... a gente faz visita domiciliar, faz esses grupos para o pessoal que cuida dos pacientes em casa (...) grupo de cuidadores é mais interessante, a finalidade é cuidar um pouco do cuidador, é fazer com que ele perceba que ele também tem que se cuidar* (L. 519).

Nesta representação do grupo como um espaço para cuidar de cuidadores, cabe mencionar o cuidado com os trabalhadores da rede, um outro nível de ação em saúde e que foi mencionado por um dos sujeitos da pesquisa:

> *...o que mais me atraiu em vir para cá foi a possibilidade de lidar com grupo de trabalhadores daqui da região, o grupo de profissionais.*(N.719).

4.1.3.5-Grupo como acesso a direitos sociais

Uma entrevistada menciona o atendimento de grupos de beneficiários de passe-transporte, pessoas que, por se encontrarem desempregadas (ou enfrentando alguma doença que os tornam dependentes), têm o direito ao passe gratuito para acesso ao local de tratamento:

> *A gente criou outros grupos também, que a gente tinha demais grupos assim de...atestados de passes para a TRANSURC [Transporte Urbano de Campinas] a gente faz grupos também com essas pessoas, para fornecer os atestados* (F.245).

Os aspectos sociais são também alvo de atenção no trabalho das equipes nos grupos de gestantes:

> *...em parceria com uma ONG do bairro, a ONG fornece o lanche e oferece também o enxoval do bebê* (A.22).

Outros grupos mencionados como explicitamente ligados a benefícios sociais são os grupos de pais de crianças desnutridas, já abordados anteriormente, serão discutidas no item referente às dificuldades do trabalho com grupos.

4.1.3.6-Grupo como veiculador do desejo e da cultura do próprio grupo

Uma experiência com grupos abertos, oferecendo diversas possibilidades - ginástica harmônica, grupo de alongamento, oficina dietética; oficina do trabalho corporal; oficina da criatividade, oficina de turismo e Comissão de Ação Voluntária – foi relatada por uma entrevistada:

> *(...) grupos abertos, a maioria deles, grupos onde as pessoas vêm espontaneamente e são grupos com objetivos de trabalho educativo. A minha linha de trabalho é muito mais com as diferenças genéticas,*

> *culturais e de costumes, do uso do corpo...e a gente trabalha bastante com movimento (...) Então eu não tenho grupo por faixa etária. (...), tudo que puder não excluir, é melhor (...) tem também a Comissão de Ação Voluntária, que reúne pessoas da comunidade que vêm ajudar nesse projeto para arrecadar fundos, assim a gente fica mais independente* (C.84).

O sentido de "abertos" apresentado pela entrevistada refere-se à existência de grupos integrados por usuários, segundo uma opção orientada por sua necessidade pessoal ou seu desejo. Esta proposta de trabalho, para funcionar, inclui "aproximar pessoas que querem ser voluntárias (...)" (C.86), ou seja, potencializar os recursos de saúde no território. Trabalhando com grupos abertos, com valores pautados pela concepção de saúde integral e não da doença (como critério de formação dos grupos), envolvendo a participação comunitária de diversas formas:

> *Eu procuro trabalhar nos espaços da comunidade e integrar, então eu faço uma boa relação com a Subprefeitura (...), com os espaços de cultura e cidadania, com o clubinho...*(C.84).

Trata-se de um modelo de trabalho que tem sido cada vez mais necessário e valorizado na rede, embora ainda distante de expansão e concretização na rede como um todo, já que envolve particularidades de liderança, organização, parcerias e aspectos culturais locais:

> *O Distrito queria que eu fosse fazer esse trabalho em toda região, mas não é assim, para fazer esse trabalho você precisa estar presente. As pessoas não ficam marcando hora para falar comigo, elas vêm aqui. E essas coisas, o que acontece aqui é uma dinâmica muito própria das pessoas daqui, se eu for para o [bairro] ou não sei para onde, não vai, tem a ver com a história, com a cultura, você não vai chegar num lugar e imprimir isso lá, você tem que viver um tempo no local. Porque eu fiquei aqui um tempão meio de bobeira, fazendo qualquer coisa que aparecesse, hoje não* (C.102).

Estudos que abordam o trabalho com grupos comunitários (BUSNELLO, 1986; CÉLIA, 1997), ajudam a entender estas abordagens como um campo diferenciado do trabalho grupal praticado em ambulatório. As ações fundamentam-se na participação comunitária, envolve um grupo de pessoas que se reúnem em busca de algo comum, que

tem a ver com seus desejos, suas necessidades, para viverem melhor seu estado de cidadania, sua qualidade de vida.

Da reunião, do encontro de idéias, valores e cultura, nasce uma força que deriva da própria emergência de seus potenciais. Produz-se uma "energia social", que torna os grupos mais "ego-resilientes" nos dizeres de CÉLIA (1997), de maneira semelhante ao que ocorre nos grupos de convivência, com fins terapêuticos, formados por adolescentes, pais, idosos, gestantes, entre outros.

Para finalizar esta discussão sobre as representações dos grupos colocados pelos entrevistados como sendo de finalidades educativas, vale ressaltar que, em alguns relatos (A.20; F. 245; G.300), demonstraram valorizar os grupos de atividades de *Lian Gong*, um tipo de ginástica técnicamente orientada (conduzidos geralmente por enfermeiros, por auxiliares de enfermagem ou outros profissionais técnicamente capacitados para tal atividade), bem como grupos de caminhadas (A.20; D.130; J.449). Funcionando como grupos abertos, podem ser utilizados pelos pacientes que freqüentam a Unidade de Saúde.

Podemos então compreender que a expressão "grupos abertos" utilizada pelos entrevistados aponta para um significado de maior flexibilidade na composição grupal, em que a escolha pessoal, por parte do usuário, tem papel relevante para a sua admissão no grupo:

> *Como a ginástica de Lian Gong (...) começou a fazer, é um grupo que não morre. Nós estamos em greve, mas eles vêm aqui e pegam o gravadorzinho, levam, eles mesmo fazem Lian Gong, voltam para guardar o material...* (H.330).

Iniciativa espontânea para cuidados com o corpo, responsabilização, convivência, elementos que se destacam na fala da entrevistada, são ingredientes importantes para a saúde dos usuários dos grupos abertos, ofertados pela rede.

4.1.4-Grupos com propósitos psicoterapêuticos

Dois entrevistados mencionaram o atendimento de grupos compostos com finalidades explicitamente terapêuticas. Um deles com a finalidade de terapia com crianças:

> *...grupos de terapia com crianças. A forma como eu costumo trabalhar é mais assim com grupos homogêneos, queixas mais ou menos parecidas, crianças mais ou menos da mesma faixa etária* (I.386).

Outro seria um grupo de terceira idade:

> *São os grupos terapêuticos da terceira idade, que a gente tem bastante idoso na nossa região* (I.390).

Outro se destinaria ao atendimento a adultos, em parceria:

> *O grupo de auto-estima é um grupo para quem reconhecidamente está se vendo com a auto-estima muito baixa, é feito junto com uma psicóloga* (C.84).

Observou-se que nos grupos com objetivos terapêuticos a coordenação é centrada no profissional de saúde mental.

Vale lembrar a diferenciação feita por GRINBERG, LANGER e RODRIGUÉ (1976, p.57-8) entre o grupo do ponto de vista social e o grupo psicoterapêutico. O primeiro se formaria baseado no compartilhamento de normas e objetivos comuns pelos seus membros, sobre algo em particular; os papéis de cada membro estariam interligados num sistema interdependente, em que a mudança no papel de cada membro implicaria na mudança de toda estrutura grupal. O grupo psicoterapêutico, além de todos esses fatores, requer ainda a coesão especial dos membros em torno de um objetivo comum: o alívio do sintoma ou sofrimento.

É importante registrar que as categorias "grupos com finalidades educativas" e "grupos terapêuticos" deu-se em função das finalidades atribuídas aos grupos relatados pelos entrevistados. Entretanto, pode-se indagar se é possível separar o efeito educativo (quando ele ocorre), do efeito psicoterapêutico. Como exemplo, o grupo de orientação de pais colocado como de finalidade educativa, procura "ajudar a lidar com angústias e ajudar a pensar" (B.54), cumprindo, portanto, uma função terapêutica.

Assim, a concepção do que seja a função do educador e do psicoterapeuta de grupo é de fundamental importância no desenvolvimento do trabalho grupal, dado que influencia a *postura mental* do coordenador, permitindo-lhe maior ou menor participação de suas intervenções nos grupos.

Retomando a fala "ajudar a lidar com angústias e ajudar a pensar" (B.54), podemos considerar o aprendizado como um objetivo comum em qualquer tipo de grupo, uma vez que a conquista do conhecimento pode ser alcançada pela via pedagógica e também pela via dos grupos terapêuticos, como apontou BURNIER (2003), ao estabelecer relações entre a dinâmica pedagógica em suas convergências com a dinâmica psicanalítica e a psicoterapia de grupo.

Ademais, não foi proposto um estudo classificatório, e sim compreensivo, das experiências de trabalho com grupos. Há que se considerar que o assunto é complexo e que não se esgotaria nesta discussão, que trata de expor as várias representações encontradas.

Outros pontos relativos às concepções de educação no trabalho com grupos serão abordados no item 4.3., que discute a postura prescritiva adotada por alguns coordenadores de grupos estudados nesta pesquisa.

4.2-FACILITADORES DO TRABALHO COM GRUPOS

Este item discute alguns aspectos compreendidos nos relatos das entrevistas como *facilitadores* do trabalho com grupos, entendendo-se por facilitadores conteúdos relacionados às motivações internas dos profissionais para tal trabalho. Considera-se as motivações manifestadas com relação ao "setting" grupal, isto é, busca-se, neste tópico, compreender os significados relacionados à tríade coordenador-membros-tarefa do grupo. Então, o sentido de facilitador está relacionado, também, ao surgimento de elementos (percepção, valorização, disponibilidade interna, e procedimentos técnicos do coordenador) que facilitam a interação grupal, com base no *corpus* das entrevistas. No final, considera os fatores institucionais mencionados pelos entrevistados.

4.2.1-Gostar e acreditar em grupos

Fatores ligados às condições pessoais do coordenador de grupos, como a possibilidade de oferecer um recurso que se valoriza, e o sentimento de prazer na convivência grupal, são mencionados:

> *...eu valorizo, então eu ofereço (...).Eu percebo que gosto muito de fazer grupos. (...) eu gosto de estar em grupo, porque eu acho que o grupo tira um pouco a gente dessa solidão da clínica, a gente se enriquece, não sei, eu acho gostoso...(B.78).*
>
> *O que me anima? Eu gosto de gente! (O. 803)*

Para alguns entrevistados, o sentimento de prazer no trabalho com grupos está ligado à percepção de ser útil às pessoas:

> *A gente trabalha bastante, mas faço coisas que eu curto.* (C.102)
>
> *Eu acho gratificante trabalhar com grupos. Acho que à medida que a gente vai trabalhando a gente vai ficando mais identificado, vai sentindo mais...realizado mesmo! Bom, eu gosto, então [risos]...quanto mais perguntas, a sensação acaba sendo maior, porque a gente vê que está conseguindo tirar dúvidas e auxiliar as pessoas a viver melhor.* (L.597)
>
> *...as pessoas sabem que estão vivendo aí o social, estão dividindo o seu espaço, dividindo o seu momento, mas está tendo o seu benefício também. Então é por isso que eu gosto de atender grupos* (M. 694).

Qualquer atividade profissional exige que o praticante goste do que faz, caso contrário ele trabalhará com enorme desgaste pessoal e com algum grau de prejuízo em sua tarefa. Particularmente na coordenação de grupos, esse aspecto adquire uma relevância especial, pois, "a *gestalt* de um grupo, qual um "radar", capta com mais facilidade aquilo que lhe é "passado" pelo coordenador, seja entusiasmo ou enfado, verdade ou falsidade", conforme salientou ZIMERMAN (1997, p.42).

4.2.2-Criação de uma estrutura de vivências grupais

Nesta categoria são agrupadas as manifestações que revelam um sentimento de satisfação e de interesse do entrevistado pelo acontecer grupal de forma mais espontânea, valorizando a comunicação mais livre entre os membros e incentivo às expressões de vida

grupal. Estas manifestações surgiram nos relatos de alguns entrevistados que demonstram valorizar a criação de uma estrutura propiciadora de vivências grupais:

> *Eu trabalho com as duas coisas, informação e vivência, é muito interessante, à medida que a gente começa a falar, a dar informações, as pessoas se sentem mais à vontade para tirar algumas dúvidas, fazem perguntas [...] num grupo onde as pessoas se sentem mais próximas se sentem mais à vontade para falar.* (I. 408)

Para a compreensão da importância de criação de uma estrutura vivencial no trabalho com grupo, os conhecimentos advindos das formulações de FOULKES (FOULKES e ANTHONY, 1967), sobre a "matriz grupal", são fundamentais. Neste enfoque, cada sessão começa com os assunto espontaneamente trazidos pelo grupo. Não há uma seqüência predeterminada para apresentar as informações; elas são encadeadas na matriz vivencial. A possibilidade de formação da matriz grupal vai depender da atenção ao processo de comunicação verbal e não verbal que ocorre no grupo, e pode ser vista como a base operacional de todos os processos mentais do grupo.

Nas experiências investigadas, o coordenador pode dirigir suas intervenções para fortalecer esta matriz, como mostra o seguinte exemplo:

> *Inicialmente eu faço uma série de atividades para descontrair o grupo [...] elas vão se soltando, vão falando o que acontece, umas acabam se encorajando com as outras.[...] vou valorizando tudo o que elas colocam....* (A.2).

A disponibilidade do coordenador para trabalhar com o que emerge do grupo fortalece a confiança e a coesão do grupo. Assim, potencializa as condições para o compartilhamento e reflexões de conteúdos de manifestações espontâneas dos participantes:

> *...dá abertura para os pais pensarem da família, a dinâmica que eles estão vivendo e denotarem assim, as dificuldades, as facilidades, fazendo uma troca entre eles, explicitar e organizar melhor o que é ser mãe, pai, o que é ter um filho* (B.44)

As falas das entrevistadas B. e I. evidenciam uma postura mental de coordenador que não se deixou aprisionar rigidamente à versão diagnóstica inicial que deu formação aos determinados grupo. Elas dão sinais de que estão captando um outro tipo de

diagnóstico grupal, o que é apresentado pela interação entre os membros do grupo no momento vivencial atual.

Nesta direção, alguns entrevistados demonstram que o exercício de trabalho com os grupos é pautado pela valorização e reconhecimento dos recursos próprios da grupalidade, conforme se pode depreender na leitura dos seguintes relatos:

> *O grupo é muito rico, as pessoas podem dividir um sofrimento. Outra coisa que eu acho legal é assim, tem pessoa que acha que só ela sofre, por exemplo, uma paciente morria de vergonha porque sofria epilepsia, achava que só ela tinha aquilo, aí no grupo ela descobriu que mais duas pessoas tinham o mesmo problema, então o grupo ajuda dentro de uma finalidade específica, seja terapêutico ou de orientação* (I. 400)
>
> *Eu acho que o grupo é um excelente momento para auxiliar pessoas, ajudar para que elas percebam o potencial delas. Ver o outro numa situação igual, quanto já avançou, então eu posso também. Isso eu acho interessante, proporcionar que as pessoas se encontrem e troquem, é o mais legal do grupo, a troca de experiência* (A.34).

Estas falas indicam a percepção de forças do grupo. FOULKES (FOULKES e ANTHONY, 1967, p.258-9), quando se refere à matriz grupal, ressalta que ela se constitui de "linhas de forças passando sempre através do indivíduo, criando uma verdadeira trama pessoal", e que "perceber a matriz é ter aquela espécie de intuição das notas comuns que cada participante tem vontade de captar como sendo a vivência total contínua ou atual do grupo".

O conceito de matriz englobaria elementos sociais, culturais e herdados através das gerações, advindos da "matriz de origem" dos participantes de determinado grupo, que, a partir da experiência grupal, criariam uma matriz própria. Isto é, um sistema de referências do grupo, criado pelo próprio grupo, daí sua importância.

As falas das entrevistas demonstram uma disponibilidade mental do coordenador para a experiência de grupo atual e vivencial, criando uma aproximação entre coordenador e membros do grupo.

Os fatores de proximidade contribuem para a criação de um ambiente e uma relação propiciadora de recursos terapêuticos de grupo, uma das razões que leva à valorização da técnica grupal:

> *... acho mais fácil trabalhar esses aspectos de orientação e de prevenção no coletivo do que no individual. Individualmente as vezes as pessoas não trazem essas demandas, você não tem tempo para falar, para aprofundar algumas coisas (...) os que freqüentam o grupo tem um contato muito diferente com o profissional fora do grupo, é mais assim...fácil, parece que flui melhor (...) existe uma proximidade diferente. Acho que desconstrói mesmo aquela coisa de o profissional estar um pouco distanciado da população (...) no grupo um vê o que o outro conversou, puxa o assunto, são vários saberes que vão se formando, então é muito rico* (E. 243/245).

MALDONADO (1982) defende a idéia da matriz vivencial como o espaço aberto para a expressão de vivências, fantasias irracionais, sentimentos sobre os quais nunca ou dificilmente se fala, ou seja, um nível de comunicação mais profundo e espontâneo, como propõe Foulkes. Para que este clima aconteça, o coordenador precisa ter como qualidade básica a capacidade de elaborar o próprio medo de expressão de sentimentos.

O grupo oferece aos participantes a oportunidade de "aprender coisas com o outro":

> *Um dos fatores que mais propicia o trabalhar em grupo é conseguir perceber o outro, saber o seu limite e o limite do outro, e conseguir aprender também coisas que o outro traz* (K. 479).

Tais fenômenos foram conceituados como mecanismos de espelhamento e ressonância, conforme FOULKES (FOULKES e ANTHONY, 1967), e constitui-se em aspectos terapêuticos específicos de grupo.

> *Tem muita coisa de cada um que vai ajudar o outro* (L536).

A *reação de espelho* é aquela pela qual o membro de um grupo está em condições de perceber nos outros os mais interiorizados aspectos de seu comportamento, de observar de fora as reações que lhe são próprias. A *ressonância* é o processo pelo qual cada pessoa no grupo fala e entende a mesma linguagem. Cada um a interpreta,

significativamente, de acordo com sua especial ressonância; é uma comunicação inconsciente entre dois ou mais membros do grupo; é específica e seletiva (RIBEIRO, 1981, p.105-7).

Segundo ZIMERMAN (1995), um grupo terapêutico comporta-se como uma "galeria de espelhos" em que os indivíduos, refletindo-se uns nos outros aprendem a conhecer e a se conhecerem, reconhecer e se reconhecerem. A função do grupoterapeuta seria propiciar a interação, comunicação e o reconhecimento das diferenças peculiares entre os membros do grupo, promovendo o desenvolvimento de consideração, solidariedade e respeito à autonomia dos mesmos.

Dentre os procedimentos técnicos utilizados, alguns cuidados tomados pelo coordenador ajudam a criar um clima de confiança no grupo, facilitando o trabalho grupal:

> *...no grupo de pais a gente faz assim um contrato e estabelece várias coisas: horário (...) sigilo (...) o número de encontros (...), estabelece até quando pode entrar no grupo, combina com eles, é bem contratado* (B. 64).

Estudos realizados no contexto ambulatorial da Saúde Mental Infantil, com grupos de mães, mostram a importância de esclarecimentos sobre os objetivos pretendidos por estes grupos. A clareza desta preparação prévia é tão importante quanto o planejamento geral dos grupos e a seleção dos integrantes, segundo ARRUDA (1989; 1991).

Este esclarecimento é muito importante, inclusive pelas múltiplas e variadas possibilidades de objetivos e formas de abordagens grupais em instituições como as Unidades Básicas de Saúde, que atendem uma imensa população, com amplas e variadas necessidades.

> *...quando o grupo é de adolescentes e pré-adolescentes , a cada dois meses eu chamo a família para ver como estão as coisas em casa, qual o retorno que eles estão tendo lá e se eles têm alguma questão. Muitas vezes por serem os avós que cuidam, ou por serem adotivos e tal, eles têm algumas questões, perguntam, então é importante o grupo de orientação para familiares* (K.485).

O acompanhamento semanal do grupo de mães, conforme estudo de ARRUDA (1991, p.160), mostrou que o grupo oferece um continente adequado às mães "para perceberem e lidarem com as próprias angústias, fantasias e reações diante dos

comportamentos e pensamentos dos filhos", assim como as reações diante do tratamento dos filhos.

O reconhecimento de que o contato grupal propicia oportunidades de aprendizagem, tanto para o grupo como para o coordenador, certamente influencia na disponibilidade e motivação para o trabalho grupal:

> *Têm pessoas que não conseguem colocar suas experiências, tem gente que fica mais retraída, não tem aquele vínculo com o profissional, com aqueles que ficam com uma abordagem mais formal. Nos grupos que eu participo a gente tenta abrir, tenta que eles se coloquem, porque a gente aprende muito com eles, e eles também uns com os outros* (D.165).

A possibilidade de aprender com a equipe também aparece na fala de alguns entrevistados como um fator que motiva e facilita o trabalho com grupos em instituição:

> *Comecei a observar como a psicóloga fazia, aí fui me soltando no grupo* (E.173).
>
> *A gente faz muita troca aqui, a gente tem reunião de saúde mental e acaba trocando não só os pacientes mas as experiências que a gente está tendo. Por exemplo, a psicóloga fez formação em grupo, então ela traz muitos conteúdos pra gente"*(K.509)
>
> *Agora estou pensando num espaço novo, a gente tem uma homeopata aqui que gosta muito de psicoterapia, então a gente quer fazer grupos em conjunto.* (I.380)

A valorização do trabalho grupal pelo paciente é considerada pelo coordenador como um facilitador importante:

> *...quando um paciente fala, "vem que é bom", é o melhor parceiro que a gente pode ter.* (A.26)

4.2.3-Os cuidados com a formação pessoal e profissional

Um facilitador, mais que isto, uma condição necessária para o trabalho com grupos em saúde, refere-se aos cuidados com a formação profissional na opinião da entrevistada:

> *...a gente tem que ter formação, tem que ter supervisão, eu faço análise, para poder fazer isso com felicidade, com alegria, porque senão a gente começa a entrar em culpa, será que eu podia mexer, será que não podia...*(C.86).

A fala de C. evidencia a percepção da importância de lidar realisticamente com a própria vida emocional e mental. Também os valores do profissional – sensibilidade, solidariedade – têm uma função importante na disponibilidade para conviver com grupos assistenciais:

> *Eu acho que a questão de grupos é para a gente proporcionar e incentivar, esse contato é muito importante para entender o que está vivendo. Que é um momento de individualização, porque é um momento assim de tanta correria, de tanta luta pela sobrevivência mesmo, que as pessoas se esquecem de se olhar e com isso acaba gerando muitos outros problemas. Então eu acho que esta questão do grupo, é por isso que as pessoas acabam se preocupando na unidade em fazer grupo disso, grupo daquilo, porque as pessoas precisam desses contatos. É nesse contato que as pessoas podem dividir problemas e é onde as pessoas descobrem os problemas que elas têm, descobrem outros caminhos* (B. 77)
>
> *Tem uma coisa que para mim facilita, que é a transparência (...) com o usuário e com o trabalhador* (N.734)

4.2.4-Filosofia, diretrizes e outros fatores institucionais

Acolhimento e Responsabilização, como uma das diretrizes do atual modelo de saúde *locus* desta investigação, envolve conceitos amplos referenciados pelos princípios do SUS. Referem-se a exigências de mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. "Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela (...) respeitando (...) sem abrir mão de colocar limites necessários" (CAMPINAS, 2004).

> *...nós sempre trabalhamos com grupos, agora com essa nova administração, com o Paidéia, os grupos se intensificaram, se ampliaram* (D.108).

O uso de técnicas grupais no atendimento da população usuária da rede básica de saúde, é determinada, pelo menos em parte, pelas diretrizes do atendimento de saúde mental na rede básica:

> *Na Saúde Mental, a Secretaria da Saúde exige, quando a gente entra, cinqüenta por cento de atendimento individual, cinqüenta por cento de grupo* (I.372).

É um fato público reconhecido que os serviços que compoem o SUS enfrentam uma excessiva demanda de usuários do sistema e um número limitado de profissionais para atendê-los. O grupo é reconhecido como um meio de:

> *...agilizar, as pessoas não ficam na lista de espera, tem pais que só precisam mesmo de uma orientação* (I. 408).

A possibilidade de atender um maior número de pessoas em menor tempo é mencionada também na seguinte fala:

> (...) *comecei a ter a percepção de que trabalhar no atacado é melhor do que trabalhar no varejo* (J.459).

Em seguida o entrevistado procura usar também outros argumentos para explicar sua opção pela modalidade de atendimento grupal:

> *Bom, trabalhar no atacado com outras pessoas, não que fosse melhor, mas para a saúde pública poderia ter um interesse especial, porque enquanto atenderia individualmente uma pessoa, no grupo a gente atende várias, e o grupo tem uma dinâmica especial, de aproveitamento de idéias, de... que acontece só no grupo, não acontece individualmente, vamos dizer, mudanças de pensamentos* (J.459).

O motivo desencadeante da decisão de trabalhar com grupos foi referido por uma entrevistada como a necessidade de suprir a falta de recursos humanos:

> *...a enfermeira anterior que tocava esse grupo saiu, e para não ficar esse pessoal [pessoas diabéticas e hipertensas] meio assim à deriva eu entrei para fazer esse grupo* (F. 231)

E demonstra que as equipes se organizam como podem para atender às demandas da população usuária:

> *...por falta de médico na psiquiatria, na saúde mental, nós começamos a ver dentro da equipe os nossos pacientes que usam psicotrópicos e começamos também a fazer grupo com eles, mas não aqui dentro da Unidade, procuramos um serviço da comunidade, que é numa igreja perto daqui (...) a generalista que está à frente do grupo (...) uma vez por mês, que são pessoas diferentes também, até fechar o grupo a gente optou pelo que seria assim mais prático, começamos um pouco ressabiados e tal.* (F.233)

Sintetizando esta exposição sobre os fatores estudados como facilitadores do trabalho com grupos, buscou-se compreender conteúdos das falas dos entrevistados à luz dos fundamentos teóricos introduzidos. Tais considerações permitem inferir que, mesmo nos grupos que não têm um objetivo explicitamente terapêuticos, ocorrem ganhos terapêuticos. Este fato se torna mais evidente à medida que os fenômenos do campo grupal são valorizados pelo coordenador de grupos, tanto pela sua postura interna de acolhimento, quanto pela possibilidade de utilizar-se de recursos técnicos facilitadores à criação de uma estrutura que permita a ocorrência de vivências grupais. Até aqui, os fenômenos identificados e discutidos se referem mais propriamente à dimensão grupal, isto é, ao espaço compreendido pelo "setting" que envolve o coordenador e membros do grupo.

Outros fatores manifestados pelos entrevistados como influenciando a decisão de utilizar o modo grupal de atendimento, referem-se à dimensão institucional. Os dados colhidos permitem inferir que tratam-se de fatores determinantes, porém, não se tem dados suficientes para afirmar se atuam como facilitadores do trabalho grupal.

4.3-VICISSITUDES NA REALIZAÇÃO DO TRABALHO COM GRUPOS

As expressões de dificuldades nas experiências de trabalho com grupos, originadas por diferentes fatores conforme relatos dos entrevistados, são consideradas nesta seção. A palavra vicissitude vem do latim *vicissitudine,* e significa mudança ou variação de coisas que se sucedem; alternativa; eventualidade, acaso, contingência; lance; mudança, transformação, alteração; acidente desfavorável; revés; instabilidade ou volubilidade das

coisas. Uma palavra que reflete uma dinâmica e uma abrangência compatível com a natureza de dificuldades manifestadas nos relatos dos entrevistados.

4.3.1-Limitações da estrutura grupal prescritiva

A análise das experiências grupais relatadas permitiu identificar duas tendências quanto aos modelos de abordagens adotados pelos trabalhadores: uma é o uso da estrutura vivencial nas atividades com os grupos, anteriormente analisada. A outra, abordada neste tópico, é a estrutura prescritiva, que se mostrou na fala dos entrevistados como uma limitação do fazer grupal.

A denominação "estrutura prescritiva" refere-se ao funcionamento que se constitui numa opção do coordenador como modelo para o seu desempenho *diretivo* no acontecer grupal. Foram consideradas nesta categoria as falas de alguns entrevistados que expressam uma percepção dos limites advindos desta experiência:

> *...quando a gente vai falar de diabéticos e hipertensos, por exemplo, a gente já tem uma...vamos dizer, uma programação de informações que eles têm que ter (...) tem uma série de temas, uns seis ou sete temas, e a gente tem que passar essas informações para eles. Então ele é, entre aspas, meio fechado, isso eu tenho que passar para eles* (L. 540).

Pode-se dizer que uma característica do funcionamento grupal neste modelo é a prática de relações "hierárquicas" em termos de um saber de domínio do profissional de saúde, e de um suposto desconhecimento dos pacientes.

Sem dúvida, a transmissão de informações relevantes é importante no trabalho preventivo com os grupos. Todavia, na fala de L., reiterando "*isso eu tenho que passar para eles* (....) *meio fechado*"(L. 540) é reveladora de uma imposição que o coordenador de grupos faz a si próprio neste modelo de funcionamento. Revela opressão e permanência da versão diagnóstica, e também de um modelo de aprendizagem, aprisionadores, utilizados na fundamentação para o seu trabalho com grupos.

Em outras palavras, se o coordenador de determinado grupo permanece ligado a uma versão que é instalada nos momentos iniciais da sua história como coordenador de determinado grupo, pode se ver impedido de acompanhar a evolução do acontecer grupal ao longo das sucessivas sessões.

No modelo prescritivo a opção é pela estrutura de curso, que, conforme (MALDONADO, 1982), é o modelo mais tradicional de condução de trabalho grupal, vinculado à maneira acadêmica de transmitir conhecimentos. Como mostram os exemplos seguintes, referentes aos relatos de alguns entrevistados que falam de suas experiências iniciais com os grupos:

> *..a cartilha dos grupos era assim bastante didática, explicava os medicamentos, explicava os hábitos que interferiam no controle da pressão e do diabetes, isso a gente viu que era muito cansativo para o pessoal. Então tentamos várias vezes, os grupos começavam e a gente não conseguia dar continuidade* (...) (G.306).
>
> *...eram grupos de hipertensos, grupo de diabéticos, eram grupos chatos, na verdade eram filas organizadas para receber os medicamentos, dava um profundo desinteresse nos próprios pacientes que vinham receber os remédios e ficavam com aquela cara de tacho, e nos profissionais que tocavam o grupo também, ficavam lá, mas não vinha nada de dentro das pessoas* (J.460).

Os coordenadores têm a percepção de que os usuários esperariam mais, e eles, em si, também percebem que podiam dar mais, expressando o desprazer e insatisfação diante da improdutividade grupal, confirmando a noção de "meio fechado" expressado por L., ou seja de um estado de opressão, abafamento das necessidades humanas que não podem ser aprisionadas.

A modalidade grupal conduzida dentro de um enfoque de ensino tradicional é colocada por uma entrevistada como "aquele velho estilo de ensinar":

> *Tem profissionais que têm ainda...aquele velho estilo lá de ensinar, professor-aluno, entre aspas, professoral, de ensinar, que não é o objetivo que a gente tem, principalmente com esses grupos de crônicos* (D.161).

Cabe indagar qual seria a ideologia de educação sugeridas nestas falas. Os entrevistados falam em *ensinar* nos grupos. O sentido etimológico de "ensino" está mais voltado para a transmissão do conhecimento dentro dos alunos (a palavra *ensino* deriva dos

étimos *em*, que quer dizer "dentro de", e *signos*, que significa "sinais", conhecimentos). A palavra *educação* alude a uma facilitação do desabrochar de capacidades já existentes, porém em estado latente e, portanto, mal aproveitadas (a palavra educação procede dos étimos *ex*, que significa "para fora, e de *ducare*, que quer dizer "dirigir").

Discutindo a ideologia da educação tradicional FREIRE (1987), denominou-a de "bancária" por sua tendência a funcionar no enfoque de "depositar" informações na cabeça do estudante. Os estudos do autor mostram o caráter opressivo da educação tradicional, que nega ao educando a possibilidade de educação e conhecimento como processo de busca ativa e de desenvolvimento .

Uma interessante relação entre a dinâmica pedagógica e o processo terapêutico grupal foi constatada por BURNIER (2003), em que a autora ressalta aspectos do processo educacional preconizado por FREINET (1975), dentre eles o entrelaçamento da vivência individual com a vivência coletiva.

Diferentemente, o uso da estrutura prescritiva dificulta a comunicação intergrupal, conforme aponta a entrevistada:

> *Então é um grupo assim, pesa todo mundo, mede, afere P.A. [pressão arterial], faz a dosagem de glicemia em todo mundo (...) depois o médico entra, fala, fala, fala e pergunta se alguém tem alguma dúvida. Um ou outro arrisca a perguntar alguma coisa, aí ele fala para marcar hora com ele que isso ele responde no consultório, que não pode responder no grupo* (A.22).

> *Eu sinto um pouco de dificuldade quando por exemplo eu convido, porque aqui é uma Unidade Escola, então eu convido o pessoal da nutrição, da farmácia, para também estarem conosco, e aí eu percebo assim que essas pessoas que ainda não fizeram o curso, eu sinto assim que eles querem dominar, ficar muito centrado na fala do coordenador* (F.247).

Sabemos que a apreensão do conhecimento envolve não só aspectos cognitivos, mas também afetivos, e a sua expressão deve ser a representação que o sujeito tem do mundo. "O conhecimento é um processo pelo qual cada um de nós se apropria da

realidade" (LUCKESI, 1985). A aquisição do conhecimento, isto é a aprendizagem, é "a apropriação instrumental da realidade para modificá-la" (PICHON-RIVIÈRE, 1988).

Analisando o material sob a ótica dos "supostos básicos" de BION (1975), pode-se dizer que a tendência prescritiva alimenta o suposto básico de dependência, à medida em que os papéis e funções geralmente são rígidos, o coordenador na função de ensinar e os membros do grupo no papel de aprendizes (estereotipia desta relação dependente).

Quando a transmissão de informações ocupa praticamente todo o espaço, não havendo disponibilidade para a escuta e diálogo, o trabalho grupal fica aparentemente sufocado pela tentativa de cristalização do suposto básico de dependência em que o coordenador será "o que sabe" e os membros do grupo os que "não sabem" (BLEGER, 1991). Nesta sua maneira de encarar ele constrói uma estereotipia para si e para os outros, excluindo-se como "um membro do grupo". O mecanismo de cristalização da relação de dependência (BION, 1975) se passa no plano inconsciente do coordenador e do grupo, gerando uma força de tendência na interação grupal, paralisando-se na posição de relação dependente, como suposto básico dominante.

> *...essa sala ficava lotada, até vinte pacientes, aí a gente conversava individualmente no grupo. Era uma consulta na realidade o que a gente fazia, via as queixas, quem estava com diabetes ou pressão alterada a gente mandava para o Pronto Atendimento, aí chamava o médico* (F.275).

Inquietações com relação ao modo de abordagem e com a busca de uma metodologia mais adequada é demonstrado também por esta entrevistada:

> *(...) eu acho que a gente precisa ter instrumentos mais adequados, não dá para trabalhar nada que seja escrito, a maioria* [dos adolescentes atendidos na instituição] *não é alfabetizada. Não dá para usar os vídeos educativos, porque a maioria retrata uma realidade de família que eles não tem, sempre mostra alguém inserido na escola ou na família com alguma dúvida, é diferente da realidade deles. Então, a dificuldade é essa, é a gente achar a metodologia adequada para atingir de uma forma melhor essa população* (E.175).

A psicodinâmica grupal, como demonstram os supostos básicos de BION (1975), é impossível de se manter estacionária. Isso é evidenciado pelo desejo do coordenador em modificar as discutidas posições fixas de descobrir novas formas de abordagens grupais:

> ... *o objetivo* [de um novo grupo] *era criar um vínculo maior entre os usuários do Centro de Saúde, mas um vínculo de ligação, não de dependência, mas de ligação (...) Procurar gerar uma interação afetiva entre as pessoas do grupo para tentar fazer a pessoa ter uma percepção consciente de que essa interação afetiva teria que ser para a vida maior dela, não só aqui. A gente estaria trabalhando essas coisas que eu falei, raiva, ciúme, inveja, teria esse objetivo, de maior autonomia. E tentar introduzi-los na prática esportiva, fazer exercícios físicos.* (J. 467-470)

Mas, como mostra a experiência relatada, o coordenador pode se deparar com a frustração frente aos objetivos propostos (ou desejados) no trabalho com grupos:

> *Não consegui sentir isso não. A maior parte das reuniões eu conduzi dando aulas.* (J. 472)

Na proposição acadêmica tradicional, existe uma pessoa (ou grupo) que ensina, e outro que aprende. Segundo BLEGER (1991), esta dissociação deve ser suprimida, porém,

> tal supressão cria necessariamente ansiedade, devido à mudança e abandono de uma conduta estereotipada. De fato, as normas são, nos seres humanos, condutas, e toda conduta é sempre um papel; a manutenção e repetição das mesmas condutas e normas – de modo ritual – acarreta a vantagem de não se enfrentarem mudanças nem coisas novas e, assim, evitar-se a ansiedade. Porém, o preço desta segurança e tranquilidade é o bloqueio do ensino e da aprendizagem, e a transformação destes instrumentos no oposto daquilo que devem ser: um meio de alienação do ser humano (BLEGER, 1991, p.57).

Para PICHON-RIVIÈRE (1988), é muito difícil, em nossa cultura, o homem estabelecer um vínculo com os objetos e tarefas que não seja fragmentário, transitório e alienado. Na proposta de abordagem operativa a função do coordenador é a de ajudar o

grupo a superar os obstáculos à comunicação e a permitir a criação de um esquema referencial próprio na realização da tarefa.

Segundo ZIMERMAN (1993), há sempre, em qualquer grupo, um permanente jogo de adjudicação e de assunção de papéis, sendo que um seguro indicador de que está havendo uma boa evolução grupal é quando os papéis deixam de ser fixos e estereotipados e adquirem uma plasticidade intercambiável.

Desse modo, pode-se entender, pela fala dos coordenadores, uma dificuldade em se abandonar uma postura adquirida, no caso, a estrutura prescritiva.

4.3.2-O impacto das questões sociais no "setting" grupal

Na caracterização da demanda explicitada pelos entrevistados está presente tanto as questões que permeiam o espaço urbano caracterizado pelas relações competitivas, violentas, como pela solidão do viver na metrópole:

> *..Violência doméstica, crianças com pai assassinado, crianças de traumas muito pesados, a maioria das crianças daqui, ou o pai, ou a mãe, ou o tio está preso, ou já ficou preso, envolvido com o tráfico, o tráfico aqui é muito forte, é muito intenso, aqui tem um alto índice de assassinatos, todo dia a gente tem notícia de um caso novo que foi assassinado aqui no bairro.* (K. 471).

> *Acho que a violência é uma coisa que aumentou muito nos dias atuais, por conta mesmo de que hoje ninguém se agrega, as pessoas vivem isoladas* (C. 98).

> *Aqui na área de abrangência a drogadição é muito...é uma coisa muito forte, mas a gente não tem ainda capacitação para trabalhar com isso, porque envolve não só saúde, mas envolve outros valores mexer com a drogadição* (H.326).

Faz-se presente, também, as demandas advindas das questões sociais advindas da exclusão e do direito a habitação, educação, trabalho e seus rebatimentos na saúde:

> *... ela falou que morava em dois cômodos, barraco, e tem uma cama só, "dorme eu, meu marido e meus cinco filhos, eu preciso aumentar minha casa".* (O. 785).

> *... o Conselho Tutelar encaminha muito para gente, por violência doméstica ou por negligência familiar mesmo, a maioria delas tem os pais desempregados, não tem como manter uma estrutura familiar. Então chegam bastante casos, chegam bastante da escola, mas esses a gente faz reuniões nas escolas, para discutir os casos que encaminharam para cá, quando é por problema de distúrbios de aprendizagem, a gente faz uma reunião e discute com os professores. Mas os casos que ficam com a gente mesmo são os casos mais graves.* (K. 471)

> *A maioria [dos adolescentes atendidos] não tem família para voltar. Até tem família, mas de uma forma ou de outra a família não aceita, ou não tem condição, por conta da violência não tem condições de receber* (E. 201).

Tais contradições sociais pressionam os usuários e os trabalhadores. Em contato com sofrimentos dos usuário no "setting" grupal, as reações do coordenador de grupos expressam ansiedade, conforme mostra o exemplo a seguir:

> *...na grande maioria, é fome mesmo (...) como é que eu vou chegar aqui, olha, que grupo é esse, vou ter que repensar isso,* ***o que é que eu tenho que trabalhar***? (O.777)

Nesse depoimento a entrevistada evidencia a angústia que brota a partir da convivência grupal com crianças e familiares que vivem em situação de exclusão social e que fazem parte do "Grupo Esperança", programa destinado às crianças desnutridas e seus pais.

> *Todas as crianças que vão lá, muitas vezes a gente percebe que a mãe acha ruim que a criança está ganhando peso, porque aí ela perde o benefício, cesta básica ou tíquete. E muitas famílias vivem*

> *disso, do salário renda mínima e desse tíquete que eles recebem à medida que* [a criança] *é classificada de desnutrida* (O.779).

O Programa de Renda Mínima Familiar (PGRFM) tem como objetivo fornecer um subsídio em dinheiro às famílias em situação de extrema pobreza e realizar um atendimento psicossocial.

> *É um grupo bem diferente, porque elas [as mães] vão com o objetivo de receber a cesta básica (...) elas tem que levar a criança para pesar, medir, ver se está ganhando peso ou não, até por conta de ver se no próximo mês vai estar recebendo a cesta ou não. Mas é um grupo que tem mãe que vai e não leva a criança, ela quer a cesta básica (...) E aí acaba tendo um movimento diferente esse grupo, em que é muito difícil introduzir um trabalho educativo* (A.6-8).

A vivência de pressões internas em contato com a realidade social das pessoas atendidas nos grupos provoca diferentes reações nos coordenadores destes grupos:

> *...gera uma angústia muito grande para os funcionários envolvidos com este trabalho, e uma sensação de frustração. Eles colocam "o negócio é entregar a cesta básica e pronto". Então, os próprios trabalhadores às vezes tem dificuldades de pensar que aquele momento pode ser uma oportunidade de mudar o jeito de pensar* (A.12).
>
> *Tem criança que está há anos, é raro a criança receber alta. Pelas condições econômicas mesmo* (D.142)
>
> *...eu fiquei apavorada (...). Outras diziam que estavam precisando de creche (...) Aí a outra, até me assustei, ela falou que morava em dois cômodos, barraco, e tem uma cama só "dorme eu, meu marido e meus filhos, eu preciso aumentar minha casa". Eu pensei, "e agora"? [ri]* (O.785).
>
> *Eu achava que o Centro de Saúde era Vigilância, mas aí vi que o pessoal que chega aqui já chega doente também, não é nem preventivo. Tirando a parte da vacina, no restante, o pessoal chega aqui necessitando de tudo.* (F.245)

Também no atendimento em saúde mental:

> *A gente está vendo que é extremamente gritante a situação social das pessoas. Então vem e "acho que fulano está deprimido". A gente vai, faz a intervenção e dá um retorno: não é que está deprimido, a pessoa está numa situação real ali, está desempregado, com não sei quantos anos, tem não sei quantos filhos e vai ser despejado, não tem o que comer, então, não é que está deprimido porque está com depressão, é porque está numa situação muito difícil.* (K.495)

Essa caracterização da demanda ambiental e social ajuda a esclarecer a sensação de espanto e de impotência que o coordenador de grupos experimenta diante da realidade, e que o leva à sensação de que o grupo é muito pouco para dar conta dessa realidade ("*...porque eu só estou aqui para ouvir*" O.785), como se fosse pouco.

> *Tem bastante saídas, mas pela demanda ainda é muito pouco...Aqui no bairro não tem um Centro de Convivência, não tem praça, não tem esporte, não tem um lugar de lazer. Então assim, é uma demanda muito grande de uma ocupação extra centro de saúde, mesmo de uma convivência mais saudável. Eu acho que a grande dificuldade que a gente tem (...) é que a gente não tem recursos. Faltam recursos materiais mesmo* (K. 501-5).

O limite é real, não se trata só de uma sensação de impotência, prova disso é não ter sido mencionado nenhum grupo com alcoolistas e com drogadictos (exceto K., que referiu o planejamento em curso, por um integrante de sua equipe, para iniciar um grupo de dependentes de substâncias psicoativas). Sendo que esta é uma população priorizada nas diretrizes colocadas pelo sistema de saúde.

4.3.3-Grupalidade percebida como ameaçadora

Sentimentos de insegurança, decorrentes da vivência de algumas situaçõesem que se percebeu sem recursos para lidar com manifestações emergentes na interação grupal, percebida como ameaçadora, foi manifestado por um dos entrevistados.

> *... a gente tenta desconstruir essa fantasia de que é perigoso ficar no mesmo espaço, mas é real que alguns não estão indo na consulta por medo. Muitas gestantes adolescentes verbalizaram isso, que tem medo Depende do dia e dos adolescentes que a gente tem, é*

> *complicado (...) ocorreu uma briga, por alguma coisa que alguém tirou de outra pessoa, em que houve agressão física (...). E fica difícil mesmo a gente juntar por essa questão do medo, eles acabam não indo* (E.181).

Nesta situação, possivelmente aprisionado pela emergência da grupalidade sob a forma de agressão (reação de medo) , o coordenador viu-se paralisado na sua função de coordenar.

> *...os lados se debandavam, não ficavam juntos. A gente tentou fazer atividades juntos em oficinas, grupos, atividades externas. Uma vez foi um grupo ao cinema, a gente colocou mesclado, adolescentes que vinham de Unidades de Saúde e estavam em atendimento, outros que estavam na rua e outros que estavam abrigados. Nossa, era um olhando feio para o outro, foi difícil manter (...) os profissionais que estavam envolvidos acharam por bem não repetir a experiência* (E.219-221).

4.3.4-Perceber-se despreparado para a abordagem grupal

Sentimentos de medo, frustrações, e sensação de impotência permeiam algumas falas. A percepção de despreparo para o trabalho com grupos é colocado também por vários entrevistados, referindo a *falta:* de recursos humanos, de preparação técnica, diante das exigências internas para se lidar com o emocional em algumas situações, como exemplicam as seguintes falas:

> *Aqui na área de abrangência a drogadição é muito...é uma coisa muito forte, mas a gente não tem capacitação ainda para fazer isso, porque envolve não só a saúde, mas envolve outros valores mexer com a drogadição (...) quando a gente começa a mexer no pedaço deles, fica uma relação meio complicada, mas a gente sabe que é uma área que tem que ser trabalhada* (H.326-8).

Empenho, frustrações e indagações fazem parte do cotidiano do coordenador de grupos envolvido com a população usuária dos recursos grupais na saúde. O depoimento seguinte fala de uma experiência da equipe de saúde com adolescentes na escola:

> *...eu fiquei muito frustrada com o jeito que nós fizemos. Eu achei que não é por aí,, eu não sei como, mas ainda preciso descobrir, não é por aí* (B.40).
>
> *...um grupo grande, para ir elaborando uma série de encontros com adolescentes tratando dos temas, desde a higiene pessoal até abuso e violência sexual... achei que apesar de ter muitos adolescentes na mão, eram grupos muito grandes, a circulação ficou difícil (...) a gente sabe que muitas adolescentes, quando ficam grávidas, elas atingem um status nesse meio cultural em que elas vivem. Como que a gente vai trabalhar isso? ....fizemos o grupo informativo, mas...e aquela frustração, o que eu faço com ela?* (B.68-70).

A percepção da *falta* de recursos para lidar com aspectos emocionais dolorosos como a vivência de abandono, relatado no exemplo seguinte, é acompanhada pela expressão de uma necessidade de "alguém que cuide do emocional nos grupos" (a falta do outro) conforme percepção da entrevistada:

> *Aí eu achei melhor parar o grupo, repensar toda a proposta, eu queria muito incluir os aspectos emocionais e eu senti que precisava ter alguém da saúde mental comigo, que não dava para ficar sozinha (...) precisava ter um profissional com outra formação, porque a gente começava a falar de concepção, começava a perguntar como nascem os bebês, para a partir daí puxar a conversa, aí tinha uma menina que chorava porque a mãe a abandonou, mexe muito com aspectos de abandono, coisas que eles vivenciaram na infância e que precisa ser contido, alguém precisa dar um suporte, uma contenção na hora (...) mas eu não me senti capacitada para levar adiante (...) eu preciso de alguém para trabalhar em dupla* (E.173).

A *falta* aparece de diversas maneiras nas falas dos entrevistados:

> *... grupos de trabalho mesmo, onde a gente tem que falar, tem que ouvir, tem que discutir. Nessas horas eu sinto um pouco de falta da...do objetivo e conclusão. Vamos nos reunir para que, qual o objetivo e qual a conclusão no final?* (L.589).
>
> *...é difícil, falta funcionário, médico, falta dentista, falta auxiliar de enfermagem, falta tudo, pelo tanto de trabalho que a gente tem. A idéia era essa, que a gente se preparasse discutindo o grupo. Isso eu*

vi pela experiência do consultório que é muito importante, aqui nós acabamos não fazendo isso (J.430).

...eu só atendida, atendia, atendia loucamente, sem parar, sem nada, queria tempo para pensar e não tinha, a proposta [de trabalho com grupos] *ficava só na escrita* (O.795).

As menções à falta de condições de trabalho relacionadas aos problemas estruturais da instituição, um dos aspectos mais acentuados nestas falas, remetem às questões mais específicas da instituição e saúde e do trabalho em equipe, da falta de políticas sociais voltadas às reais necessidades da população. Há que se considerar, também, também, os aspectos psíquicos que estão relacionados às condições de trabalho.

Nesta perspectiva, o estudo de FRANÇOZO (1996), mostra que, seja num grupo ou numa instituição, diferentes mecanismos psicológicos atuam nas inter-relações pessoais; há um interjogo de fantasias, projeções e identificações que, fazendo parte do mundo interno das pessoas, influenciam suas ações no mundo externo.

Estudos que tentam compreender as complexidades das relações humanas nas instituições, colocam que o grande desafio é desenvolver o trabalho coletivamente.

Estudando as relações dos trabalhadores com as práticas assistenciais em saúde mental, SCARCELLI (1999, p.303) apontou que "a sensação de "não saber" faz parte do cotidiano dos trabalhadores, seja pela condição precária de formação para o trabalho com grupos, seja pela falta de um terreno teórico seguro, que ainda está por ser construído".

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudamos o trabalho com grupos aplicados na área de Saúde Pública. Trata-se de um tipo de intervenção terapêutica formalmente reconhecida e utilizada por profissionais da saúde há um século. A literatura utilizada permitiu vislumbrar que são inúmeras as vertentes teóricas que tentam compreender o grupo, e o trabalho com grupos, nas diversas áreas de empreendimentos humanos.

Conclui-se, no tocante aos fundamentos teórico-técnicos que embasam esta pesquisa, que, optando pela fidelidade à linha teórica de formação da pesquisadora, fez-se o necessário recorte, diante da amplitude do tema estudado. Sem dúvida, a revisão de anais de Congressos e demais publicações enriqueceriam o referencial adotado, o risco seria alongar demais a parte teórica desta investigação.

Esta pesquisa propôs-se compreender significados do trabalho com grupos com base nas experiências de alguns profissionais da Rede Básica de Saúde. A questão teve origem na constatação de que havia um desconforto, ainda pouco estudado e, portanto, pouco compreendido, na realização das abordagens grupais. Partindo do pressuposto de que a rede básica é um espaço de trabalho em construção, assim como também o é a questão de aplicações grupais na saúde, foi realizada uma pesquisa exploratória com utilização do método qualitativo. Os coordenadores de grupo que constituíram a amostra são predominantemente do sexo feminino, com idade média de 43 anos, profissões diversas: enfermeiros; médicos; psicólogos; assistente social e terapeuta ocupacional.

As comunicações verbais dos entrevistados acerca de suas experiências de trabalho com grupos em serviços da Rede de Saúde propiciaram este estudo, cujas conclusões estão relacionadas aos objetivos desta pesquisa.

Com relação ao primeiro objetivo especificado, a compreensão das características do trabalho grupal na rede, os resultados mostraram que há uma tendência dos entrevistados para o trabalho com grupos informativos e de orientação, preconizados como sendo de finalidades educativas.

Estudadas as finalidades educativas das intervenções grupais relatadas, verificou-se que há uma diversidade de modos de entendimento do que seja o "educativo no grupo". Naturalmente, há os diferentes estilos de coordenação, aliado à existência das diferenças de formação profissional (tanto acadêmica, quanto relativa à capacitação para o

trabalho com grupos). Além disso, os grupos são ofertados a uma população que apresenta diversidade de características, amplas e variadas necessidades. Tudo isso propicia uma diversidade de abordagens grupais, conforme mostrado nos resultados.

Fato compreensível, tratando-se de pesquisa sobre grupos destinados ao atendimento de usuários do SUS, que compõe a imensa maioria da população que se utilizam dos serviços públicos de saúde. Exatamente por isso, conclui-se que este estudo permitiu constatar uma séria limitação nas ofertas de atividades grupais para determinados seguimentos da população necessitada: os dependentes de substâncias psicoativas. Estes foram mencionados por alguns entrevistados. Porém, as referências foram de insuficiência de formação técnica para que se oferecer grupais específicas voltadas a estas pessoas. Isto, em atenção básica à saúde.

Quanto ao segundo objetivo específico, foi possível estudar e compreender os facilitadores do trabalho com grupos, advindos das diversas formas de motivações dos coordenadores de grupos. Analisados os conteúdos de caráter subjetivo (apreendidas, portanto, pela sensibilidade e acuidade mental do pesquisador), conclui-se que, as intervenções terapêuticas grupais são sustentadas não apenas pelo caráter "prescritivo" das ações em saúde, mas, sobretudo, por elementos disponibilizados pela da pessoa do coordenador de grupos: acolhimento, atenção, respeito, e condições de ofertar espaços de convivência grupal onde as pessoas possam se olhar e se comunicar, desenvolver e utilizar esses mesmos recursos internos, consigo (olhar-*se*, comunicar-*se*, escutar-*se*), e com o outro.

Assim, como elementos fundamentais do arsenal técnico de um coordenador de grupos, apontou-se, como fatores importantes em termos de motivação para este tipo de trabalho, de acordo com os dados colhidos nas entrevistas: gostar e acreditar em grupos; disponibilidade interna (motivação, valores éticos, postura mental e emocional) e capacidade/disponibilidade para fomentar a criação de uma estrutura de vivências grupais.

Conclui-se que existe um desejo de conhecimento e uma disposição para apreender com a experiência do trabalho com grupos, conforme manifestadas por diversos coordenadores entrevistados.

Além disso, evidenciou-se como *facilitadores* para as abordagens de grupos, alguns elementos oriundos das ações do atual modelo de Atenção em Saúde Básica. Os cursos de grupalidade, os estímulos para o trabalho em equipe multidisciplinar, o matriciamento das equipes, as supervisões destinadas aos coordenadores de grupos, são elementos importantes para melhorar a qualidade do atendimento grupal.

Por termos trabalhado com amostra pequena, não temos alcance para concluir a abrangência dessas ações em termos da rede. Mas, pelas manifestações de alguns participantes da amostra desta pesquisa, pode-se considerar que tais medidas são extremamente importantes e necessárias. Sugere-se que sejam ampliadas.

Desta forma, para alguns coordenadores entrevistados, trabalhar com grupos é apenas aplicar uma informação. Alguns o fazem de maneira "ensinar o doente". Outros conseguem abordar grupos de pessoas e estimular-lhes interesses por si próprio, pelos cuidados com a própria saúde. Outros, ainda, atingem áreas de interesses dos usuários do SUS. São os coordenadores de grupos que permitem espaços de manifestações de vida dos participantes dos grupo, propiciando espaços de criatividade, desenvolvimento e conhecimento.

Em coerência com o método (qualitativo) utilizado, limitamo-nos a trabalhar parte do material, dentro dos objetivos anteriormente estabelecidos. Foi possível, então, a discussão sobre as duas tendências caracterizadas neste estudo sobre o trabalho com grupos em rede de saúde: os aspectos "prescritivos" das abordagens grupais estudadas, bem como a tendência oposta, as ofertas de "vivências grupais", com variadas finalidades.

No que concerne ao terceiro objetivo específico, de compreensão das dificuldades vivenciadas no trabalho com grupos, conclui-se, por um lado, que a postura mental de alguns coordenadores favorecem a manutenção de uma estrutura prescritiva nos grupos, dificultando-lhes atingir os objetivos do trabalho grupal. Ou seja, o desejo destes coordenadores em considerar a subjetividade dos integrantes do grupo em direção à tarefa grupal, não tem sido suficiente, ainda, para a sua realização.

De um modo geral o conceito comum de grupo, no consenso dos autores que constituíram a base teórica desta pesquisa, compreende a reunião de pessoas em um espaço de tempo chamado "duração do encontro grupal", todos os presentes trazendo em si, cada

um, um objetivo comum principal. Assim sendo, o coordenador (cuidadores, terapeutas, etc), têm também, o mesmo objetivo comum dos demais membros do grupo, que se constitui no resultado almejado do trabalho grupal.

O que distingue a função de coordenador grupal dos demais membros de um grupo é a presumida capacidade a ele atribuída de conduzir o acontecimento grupal à consecução do seu objetivo comum. Isto torna a aventura de uma reunião grupal dependente da postura mental deste coordenador.

Em consonância com a postura mental do coordenador, é de se esperar que a interação grupal possa ou não interferir em suas funções dependendo da sua própria postura mental no momento da reunião. Ao mesmo tempo, é de se esperar que a atitude do coordenador tenha algo a ver com suas próprias motivações para ali estar presente na função de coordenar um grupo.

Isto posto, podemos afirmar que, advindos dos dados resultados da pesquisa de campo, pudemos discutir a postura mental dos coordenadores em dois grupos (ou duas categorias de coordenadores) principais:

1- um que se harmoniza com a estrutura prescritiva (atuação pedagógica do coordenador motivado pelo desejo de ensinar, conforme demonstrado (seção 4.3.1).

2- e outro, voltado para a vivência do acontecer grupal (observação e investigação das funções e fatores que facilitam e dificultam o desenvolvimento do progresso no grupo), o coordenador dá-se conta de que a estrutura grupal não é exclusivamente "ser o coordenador o que sabe e os demais membros que não sabem"; ele capta que existe uma perspectiva de desenvolvimento humano mais amplo através do acontecimento grupal, para si e os demais membros do seu grupo (item 4.2).

Aqueles entrevistados que pertencem à categoria de "postura mental prescritiva" , sem se darem conta disto, "constroem" o acontecer grupal onde dão a si mesmos a responsabilidade de transmitir conhecimentos aos demais membros do grupo como "aqueles que não sabem" . E, sem perceberem, convertem o encontro grupal em uma espécie de teatro, tipo sala de aula como um professor e grupo de alunos, que chega a um

final aparentemente conclusivo, porém, geralmente assentado no profissional e não no trabalho do grupo (seção 4.3.1). Esse tipo de grupo funcionam com coordenadores específicos, que tendem a manter suas atividades com fechamento às perspectivas de vivências mais abrangentes.

Os coordenadores que pertencem à segunda categoria (estrutura vivencial), voltada para o acontecer grupal, de acordo com as manifestações surgidas nesta pesquisa, demonstram uma sensibilidade para a perspectiva de que um desenvolvimento mais amplo deve ser possível. Dão-se conta de que os membros do grupo manifestam desejos de evolução e um processo de atendimento aos seus anseios. Estes coordenadores tendem a impulsionar o grupo a ir adiante, adotando uma postura mental para a recepção e resposta a uma atitude de ampliação e evolução das manifestações dos membros do grupo (seção 4.2).

Retomando conceitos considerados no referencial teórico desta pesquisa, quanto aos supostos básicos como forças imperativas que afastam os grupos de seus objetivos, acreditamos que podemos conceituar o coordenador do "grupo prescritivo" como aprisionado no suposto básico de dependência (seção 4.3.1).

E, no que diz respeito ao coordenador da segunda categoria vivencial (seção 4.2), este estará seguro de que "algo falta e reside na perspectiva de futuro", o que permite coloca-lo no aprisionamento de suposto básico de acasalamento ou emparelhamento, com objetivos definidos de desenvolvimento. E por isso mesmo, merecendo uma distinção em relação ao coordenador da categoria prescritiva, por estar em uma postura mental voltada para além do simples fornecimento de conhecimentos prontos aos demais membros do grupo.

Ao pesquisarmos as dificuldades dos sujeitos na condução de atividades grupais, deparamo-nos, também, com expressões de angústias, o que é compreensível, pois, ao mesmo tempo que lidam com a situação de saúde/doença da população usuária, lidam com rebatimentos das questões sociais na qualidade de vida e saúde desta mesma população.

Seguindo essa linha de pensamento, percebe-se que, dependendo da forma como os grupos são coordenados, eles podem não conduzir aos objetivos a que foram criados.

Tendo-se clareza dos limites do método e do caráter não exaustivo desta investigação, sugere-se que os importantes aspectos emocionais na relação do coordenador com os grupos identificados merecem maior atenção de outras pesquisas que possam aprofundar sua compreensão.

Sugere-se também a importância de se dar prosseguimento às experiências de cursos com supervisão da Secretaria da Saúde, em grupalidade, tanto para otimizar os resultados dos grupos formados, importantes para o desenvolvimento do modelo de saúde Paidéia, como para preparar os trabalhadores da saúde em sua convivência com os usuários. Isto porque os entrevistados neste estudo, se mostraram, muitas vezes, necessitados de mais encontros destinados à discussão, reflexão e aprendizagem sobre grupos.

6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.M.O. - **Representações sociais no desenvolvimento humano.** Estudos de Psicologia, reflexão e crítica, Natal, 2003, 16(1), p.147-155.

ARCHANJO, C.M.A. – Uma reflexão grupanalítica sobre o processo de supervisão. In: ARCHANJO, C.M.A.; NAVES, M.B.; PEGUIN, R.C. (org.) **A pluralidade dos espelhos:** potencial e realização no trabalho com grupos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.83-113.

ARAÚJO, M.A.R. – **A psicoterapia na rede básica:** um estudo exploratório no

município de Campinas. Campinas, 1997. [Dissertação-mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas]

ARRUDA, S.L.S. – **Grupo de encontro de mães:** vivências clínicas do seu funcionamento em um ambulatório de saúde mental infantil. Campinas, 1989. [Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas]

_____. - **Vivências clínicas de um grupo de mães, cujos filhos estão em ludoterapia.** Campinas, 1991. [Tese-doutorado, Universidade Estadual de Campinas]

BARDIN, L. – **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BARROS, C.A.S.M. – Grupos de auto-ajuda. In: ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L.C. e cols. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997, 107-117.

BARROS, R.D.B. – **Grupo:** a afirmação de um simulacro. São Paulo, 1994. [Tese-Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]

BAULEO, A. – **Notas de psicologia e psiquiatria social.** Tradução de Maira Tanis. São Paulo:Editora Escuta, 1988. 135p.

BENATTI, M.C.C. – **Acidente de trabalho em um hospital universitário:** um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem. São Paulo, 1997. [Tese-Doutorado, Universidade de São Paulo]

BERNNARD, M.; CAO, M.; EDELMAN, L.; KORDON, D.; L'HOSTE, M.; SEGOVIANO, M.; CAO, M. – **Desarrollos sobre grupalidad:** uma perspectiva psicoanalítica. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1995. 173p.

BERSTEIN, M. - Contribuições de Pichon-Rivière à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L.C. et al.- **Grupoterapia hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1986. p.108-140.

BION, W.R. – Dinâmica de grupo: uma revisão. In: **KLEIN, M.; HEIMANN, P.; MONEY-KIRLE, R.E. (org.) – Temas de psicanálise aplicada.** Rio de Janeiro, Zahar, 1969. p.163-206.

_____. - **Experiências com grupos**: os fundamentos da psicoterapia de grupo. 2a. ed., Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1975. 186p.

BLAY NETO, B. – **Psicanálise e psicoterapia analítica de grupo:** contribuições. São Paulo: Paulista, 2001. 209p.

BLEGER, J. - **Temas de psicologia:** entrevista e grupos. 5a. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1991. 113p.

BOGDAN, R.C. & BIKLEN, S.K – **Qualitative research for education:** na introduction to theory and methods. 3rd.ed. Boston, Allyn and Bacon, 1998, 276p.

BOLOGNA, D. – **Psicoterapia analítica de grupo em instituição: adesões e abandonos em Unidades de Saúde da Rede Básica de Campinas.** Campinas,, 1998. [Dissertação-mestrado, Universidade Estadual de Campinas]

_____; BENATTI, M.C.C. – Desenvolvimentos da grupalidade com trabalhadores de saúde. In: XII CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO, VII ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE GRUPANÁLISE, XII CONGRESSO DA SPAG-CAMPINAS. **Anais.** Campinas, 07 a 09 de novembro de 2003.

BRASIL - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** http://conselho.saúde.gov.br/docs/Resolucoes/Reso. Campinas, 2003, 9p.

BURNIER, T.M.S.M. – **A comunidade terapêutica clínica de repouso Santa Fé**: uma experiência que permanece. Campinas, 1997. [Tese-Doutorado, Universidade estadual de Campinas]

_____., – Um paralelo entre a teoria pedagógica de Freinet e o processo terapêutico grupal. In: ARCHANJO, C.M.A.; NAVES, M.B.; PEGUIN, R.C.: **A pluralidade dos espelhos:** potencial e realização no trabalho com grupos. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003, p.115-127.

BUSNELLO, E.D. – Grupos comunitários. In: OSÓRIO, L.C. e Cols. **Grupoterapia hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1986, p.309-319.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde - Programa Paidéia: diretrizes. Campinas, 2004. Disponível em http:/www.campinas.sp.gov.br/saúde/diretrizes.htm no Google. Acesso em 03.02.04.

CALIL, R.C.C – **Psicoterapia de grupo de criança:** aspectos clínicos de um estudo de caso. Campinas, 2001. [Tese-doutorado, Universidade Estadual de Campinas]

CAMPOS, G.W.S. – **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992, 219p.

_____. – **Apoio paidéia.** Módulo Introdutório do Curso Paidéia -Saúde da Família. Prefeitura de Campinas, novembro, 2001a, 8p. Mimeografado.

_____. - **A clínica do sujeito:** por uma clínica reformulada e ampliada . (Texto de apoio - Módulo Introdutório do Curso de Saúde da Família) Campinas, 2001b: 7p. Mimeografado.

CAMPOS, P.H.F. - **Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais.** Estudos de Psicologia (Natal). Psicologia, reflexão e crítica. 16 (7), p.335-345.. Jul. dez. 2002, vol. 7:(2), p. 351-359.

CELIA, S. – Grupos comunitários. In: ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L.C. e cols. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997, p.101-105.

CELERI, E.H.R.V.- **Mães de crianças com transtornos mentais:** um estudo psicológico, 1997. [Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas].

COLEGIADO DE GESTÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS – **Projeto paidéia de saúde da família:** diretrizes para debate e reelaboração. Campinas, janeiro de 2001: 10p.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL – **Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental.** São Paulo. Arquivos. V. 18. No. Especial, 1983, 42p.

CORTESÃO, E.L. - **Grupanálise:** teoria e técnica. Lisboa, Fundação Gulbenkian, 1989.

CRUZ NETO, O. – O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3ª edição, Vozes, Petrópolis, 1994. p.51-66.

ELIAS, P.E. – Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P.E.: **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. Cortez Editora, 1996, p.57-117.

EZRIEL, H. – A psycho-analytic approach to group treatment. **British journal med. Psychology.** London, p.59-74. 1950.

FARIAS, R.M.S. – **Modelos assistenciais na saúde**: visão histórica. Módulo Introdutório do Curso Paidéia-Saúde da Família. Prefeitura de Campinas, Agosto de 2001, 8p. Mimeografado.

FERREIRA, A.B.H. - **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2a. ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986, 1838p.

FERREIRA, A.G. - O movimento grupanalítico em Portugal e no mundo e as tendências de sua evolução futura. **Rev. da ABPAG, 5**: 40-52, 1996.

FONTANELLA, B.J.B. – **Procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas:** um estudo clínico-qualitativo. Campinas, 2000. [Tese-Doutorado, Universidade Estadual de Campinas].

FOULKES, S.H & ANTHONY, E.J. – **Psicoterapia de Grupo:** a abordagem psicanalítica. Rio de Janeiro, Trad. Pontual, 1967: 377p.

FRANÇOZO, M.F.C. – **Histórias de viver o serviço social.** Campinas, 1996. [Tese de doutorado, Universidadade estadual de Campinas].

FREIRE, P.- Pedagogia do oprimido, 17ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987, 184p.

GRINBERG, L.; LANGER,M.; RODRIGUÉ,E. - **Psicoterapia de grupo:** enfoque psicanalítico. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1976: 262p.

HAEITMANN, L. - **Psicoterapias em serviços públicos ambulatoriais de saúde mental** - Uma revisão. Campinas, 1992. [Tese-Mestrado, Universidade Estadual de Campinas]

HORWITZ, L. – Modelos de psicoterapia de grupo centrados no grupo. In: KAPLAN H.I. & SADOCK, B.J. (orgs.) – **Compêndio de psicoterapia de grupo.** 3. Ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1996: p.132-139.

KAËS, R. – **O grupo e o sujeito do grupo**: elementos para uma teoria psicanalítica de grupo. Tradução José de Souza e Mello Werneck. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997. 333p.

KIBEL, H.D. – Introdução: a tradição de Tavistock na psicologia organizacional. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. [et al.] **Compêndio de psicoterapia de grupo.** 3ª ed.. Artes Médicas, 1996, p.40-42.

KORDON, D. – Grupo de trabajo-grupo de supuesto básico. In: BERNARD, M., et al. **Desarrollos sobre grupalidad:** uma perspectiva psicoanalítica. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1995. p. 23-32.

JOAZEIRO, E.M.G. – **Estágio supervisionado:** experiência e conhecimento. Santo André, SP, ESETec editores Associados, 2002. 171p.

L´ABBATE, S. – Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacitação de recursos humanos em saúde coletiva. In: CANESQUI, A.M. (org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** Ed. Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995. p. 151-161.

L´ABBATE, S. – Camunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ª ed., São Paulo, Hucitec, 2002. p. 267-292.

LEWIN, K. **Psychologie dynamique.** Paris: P.U.F., 1964..

LUCKESI, C. – **Fazer universidade:** uma proposta metodológica. São Paulo, Cortez Ed., 1985.

MAILHIOT, G.B. – **Dinâmica e gênese dos grupos:** atualidades das descobertas de Kurt Lewin. 7ª ed. Livraria Duas Cidades: 188p.

MALDONADO, M.T. – **Maternidade e Paternidade:** preparação com técnica de grupo. Rio de Janeiro, Atheneu, 1982.

MARTINS, J. e BICUDO, M.A.V. – **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. Ed. Moraes-EDUC, São Paulo, 1989, 110p.

MELLO FILHO, J. - Prefácio. In: OLIVEIRA JÚNIOR [et al.] **Grupoterapia:** teoria e prática. Campinas, SPAG-CAMP, 1997a., p.13-31.

MELLO FILHO, J. - Psicoterapia com pacientes somáticos: 25 anos de experiência. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. et al ; **Como trabalhamos com grupos.** Artes Médicas, Porto Alegre, 1997b, p.185-204.

MERHY, E.E. – A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (orgs.) - **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ª ed., São Paulo, Hucitec, 2002. p.197-228.

MINAYO, M.C.S. – **O desafio do conhecimento: pesquisa** qualitativa em saúde. 7ª ed., São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 2000. 269p.

MOSCOVICI, S. – **A representação social da Psicanálise.** Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

NOGUEIRA-MARTINS – **Humanização das relações assistenciais:** a formação do profissional da saúde. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001, 130p.

OSÓRIO, L.C. – **Grupo:** teorias e práticas - acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000: 210p.

PEDUZZI, M. – **Equipe multiprofissional em saúde:** a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998 [Tese-doutorado, Universidade Estadual de Campinas]

PICHON-RIVIÈRE, E. – **O processo grupal.** 3ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1988: 181p.

PICHON-RIVIÈRE, E. - **Teoria do Vínculo.** 5. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1995: 143p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE; POLO DE CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA/CAMPINAS/UNICAMP/FCM – **Projeto de qualificação das equipes de saúde da família:** projeto paidéia no SUS. Campinas, 2002: 30p.

RIBEIRO, J.P. - **Psicoterapia grupo-analítica.** Abordagem foulkiana: teoria e técnica. Petrópolis, Vozes, 1981: 173p.

SCARCELLI, I.R. – Trabalhadores em saúde mental na construção de prática antimanicomiais: a rede substitutiva no município de São Paulo. In: VIEIRA, M.C.T.; VICENTIN, M.C.G.; FERNANDES, M.I.A. (orgs.): **Tecendo a rede:** trajetórias de saúde mental em São Paulo 1989-1996. Taubaté/SP, Cabral Editora Universitária, 1999, p.297-320.

SCHEIDLINGER, S. – História da psicoterapia de grupo. In KAPLAN, H.I., e SADOCK, B.J. (org.) **Compêndio de psicoterapia de grupo.** 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. p. 6-12.

SILVA, L.A.P.M. - Contribuições de Bion à Psicoterapia de Grupo. In: OSÓRIO, L.C. [et al] - **Grupoterapia Hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1986: p.57-63.

SILVA, L.B.C. – **Doença mental, psicose, loucura:** representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 466p.

SOUZA, H.M. – **Reforma da reforma.** In: Revista brasileira da saúde da família, Rio de Janeiro, 2002 (II):4, p.2-3.

TAYLOR, S.J. e BOGDAN, R. – **Introduction to qualitative e research methods:** the search for meaning. 2ª ed. New York. A Wiley-Interscience Publication, 1984.

TEIXEIRA, M.C.T.V.; SHULZE, C.M.N. e CAMARGO, B.V. – **Representações sociais sobre a saúde na velhice:** um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. Estudos de Psicologia (Natal). Jul. dez. 2002, vol. 7:(2), p. 351-35.9.

TURATO, E.R. – **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 2003: 685p.

VIANA, W. – **Reflexões em Grupoanálise**. Campinas, Master GRAF, 1998, 98p.

VIEIRA, M.C.T.; VICENTIN, M.C.G.; FERNANDES, M.I.A. (org.) –**Tecendo a rede:** trajetórias da saúde mental em São Paulo – 1989-1996. Taubaté/SP, Cabral Ed. Universitária, 1999. 332p.

ZIMMERMANN, D. - **Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo.** São Paulo, Mestre Jou, 1971. 366p.

ZIMERMAN, D.E - **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 182p.

_____.- O trabalho com grupos. In: _____ - **BION, da teoria à prática.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.71-78.

_____. – Fundamentos técnicos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. [et al] - **Como trabalhamos com grupos** Porto Alegre: Artes Médicas,1997. p.33-40.

_____., - Atributos desejáveis para um coordenador de grupo. In: ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 41-47.

7-ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG: _____, integrante de equipe de saúde da rede municipal de Campinas, fui convidado(a) a participar voluntariamente e estou ciente dos objetivos acadêmicos da pesquisa de doutorado denominada *Grupalidade na Saúde: percepções e práticas dos trabalhadores da rede básica,* de autoria de Dirce Bologna, vinculada ao curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Área de Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas.

Fui informado(a) que os objetivos do trabalho são "Conhecer e discutir a grupalidade e suas aplicações sob a ótica dos trabalhadores que coordenam estas práticas na rede básica de saúde. 1) Conhecer as motivações dos trabalhadores para o trabalho com grupos. 2) Compreender as concepções de grupalidade referidas pelos trabalhadores. 3) Caracterizar as práticas grupais ofertadas aos usuários segundo suas finalidades. 4) Identificar as dificuldades e ou facilidades referidas pelos trabalhadores para a coordenação do trabalho com grupos. 5) Inferir as motivações e dificuldades ou facilidades a partir de conteúdos verbalizados pelos trabalhadores mas não referidos por eles". Para tanto, serão realizadas entrevistas, podendo durar aproximadamente de 30 a 50 minutos. A pesquisa será realizada através de entrevista semi-estruturada.

Estou ciente de que os registros de áudio (gravação) feitos durante a entrevista não serão divulgados a outros profissionais, mas que o relatório final, contendo a transcrição das entrevistas e citações anônimas – resguardando, portanto, a identidade dos entrevistados - estará disponível para todos quando o trabalho estiver concluído, tendo autorizado a utilização de informações fornecidas em entrevista como fonte de dados para o referido estudo.

Campinas, _____ de _____de 2003

_____

Assinatura do pesquisado

_____

Dirce Bologna - Responsável pela Pesquisa

Telefone da pesquisadora: (019) 32365593 / 32-333969

Número do Protocolo no COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/FCM: Projeto Nº 060/ 2003

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP: (019) 3788-89

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa:

GRUPALIDADE NA SAÚDE: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA

2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) 4 – CIÊNCIAS DA SAÚDE	3. Código: 4.06 – Saúde Coletiva	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) (T) Terapêutico
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)	6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I( ) II( ) III( ) IV( )

8. Unitermos: (3 opções)
GRUPALIDADE. SAÚDE PÚBLICA. FORMAÇÃO E SAÚDE DO TRABALHADOR.

SUJEITOS DA PESQUISA

9. Número de sujeitos No Centro : Total:	10. Grupos Especiais : <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) ( ) Outros (X) Não se aplica ( )

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

11. Nome: DIRCE BOLOGNA

12. Identidade:5.783.734	13. CPF.:370 996 638 87	19.Endereço (Rua, nº): FALCÃO FILHO, 103	AP.105	BOTAFOGO
14. Nacionalidade: BRASILEIRA	15. Profissão: ASSISTENTE SOCIAL	20. CEP:13020-160	21. Cidade: CAMPINAS	22. U.F. SP
16. Maior Titulação: MESTRADO	17. CargoASSISTENTE SOCIAL DA SAÚDE	23. Fone: (019) 3234-1724	24. Fax (019) 3236-5593	
18. Instituição a que pertence: CENTRO DE REFERÊNCIA E INFORMAÇÃO EM ALCOOLISMO E DROGADIÇÃO		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS	25. E.mail: dibologna@bol.com.br	

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: 20/01/2003

Assinatura

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO

26. Nome: UNIDADES DA REDE BASICA DE SAÚDE DE CAMPINAS	29. Endereço (Rua, nº): AV. ANCHIETA, 200, CENTRO		
27. Unidade/Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS	30. CEP:13015-100	31. Cidade: CAMPINAS	32. U.F. SP
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (X)	33. Fone: 3735-0290	34. Fax:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não ( ) Nacional (X) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução

Nome: MARIA DO CARMO CABRAL CARPINTERO

Cargo: SECRETÁRIA DA SAÚDE

Data: ____/____/____

DRA. MARIA DO CARMO CABRAL CARPINTERO
Secretária Municipal da Saúde
Assinatura

PATROCINADOR

Não se aplica (X)

36. Nome:	39. Endereço		
37. Responsável:	40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função:	43. Fone:	44. Fax:	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ( ) Data: ____/____/____	48. Não Aprovado ( ) Data: ____/____/____

49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:

Encaminho a CONEP: Data: / /	Data: / /	
50. Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( ) 52. Data: ____/____/____	53. Coordenador/Nome Assinatura	Anexar o parecer consubstanciado

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

54. Nº Expediente : 56.Data Recebimento : 55. Processo :	57. Registro na CONEP:

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
(0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 15/04/03
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 060/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"GRUPALIDADE NA SAÚDE: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA"**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Dirce Bologna
INSTITUIÇÃO: Unidades da Rede Básica de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
APRESENTAÇÃO AO CEP: 24/02/2003
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 15/04/03

II - OBJETIVOS

Conhecer e discutir a grupalidade e suas aplicações sob a ótica dos trabalhadores que coordenam estas práticas na rede básica de saúde. 1) Conhecer as motivações dos trabalhadores para o trabalho com grupos. 2) Compreender as concepções de grupalidade referidas pelos trabalhadores. 3) Caracterizar as práticas grupais ofertadas aos usuários segundo suas finalidades. 4) Identificar as dificuldades e ou facilidades referidas pelos trabalhadores para a coordenação do trabalho com grupos. 5) Inferir as motivações e dificuldades ou facilidades a partir de conteúdos verbalizados pelos trabalhadores, mas não referidos por eles.

III - SUMÁRIO

A amostra é formada por trabalhadores que frequentaram os cursos de grupalidade do Projeto de Qualificação das Equipas de Saúde da Família do Projeto Paidéia no SUS-Campinas. Partindo de um universo de 60 pessoas que passaram pelos cursos em 2002, será formada uma amostra de pessoas de ambos os sexos que estejam na função de coordenadores de grupos e tenham disponibilidade para participar voluntariamente da pesquisa. A pesquisadora optou por entrevistas semi-dirigidas com uso de gravador.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

A pesquisa assegura a participação voluntária dos entrevistados e o sigilo da identidade. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido está agora completo e adequado. A secretária municipal da saúde, pessoa responsável pela instituição onde será realizada a pesquisa, assinou o temo de compromisso. Consideramos que os cuidados com os aspectos éticos da pesquisa foram tomados de forma conveniente.

Projeto adequado para pesquisa

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de abril de 2003.

Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

O.

ENTREVISTA NÚMERO 15

Local de realização: consultório particular.

Duração aproximada: 50 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: O.; *Idade:* 49 anos; *Procedência:* Campinas – SP; *Escolaridade;* superior; *Tempo de trabalho com grupos em Centro de Saúde:* 01 ano.

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Foram feitos alguns contatos telefônicos para agendar a entrevista no CS. Respeitando-se a escolha do sujeito a entrevista no seu consultório particular.

***TRANSCRIÇÃO*:**

772. O. fale-me da sua experiência com grupos na rede pública de saúde?

773. Vai fazer dois anos que estou na rede, mas como médica de família não faz um ano, aí falei, "e agora?" Aí, só para fazer um histórico, senão fica difícil até para eu me localizar: eu comecei a me sentir pressionada, porque tinha que dar conta de coisas que eu não sabia. Às vezes a gente atende pessoas com problema de drogadição, e eu não sabia, não tinha essa idéia do CRIAD [Centro de Referência em Alcoolismo e Drogadição], eu não conheço, gostaria de conhecer e não houve tempo para isso, queria assim, às vezes preciso preparar paciente para encaminhar, que eu acho que sem isso é difícil. Então, criar um vínculo, de que forma criar esse vínculo, um vínculo específico para esse assunto. Então, freqüentei durante uns dois ou três meses o "Amor Exigente" e lá eu vi como o pessoal estava trabalhando em grupo, eu me colocava no grupo como qualquer outra pessoa, sem me identificar como médica, sei lá, uma pessoa que está lá interessada em aprender, então ficava sentindo como era, e vi que é uma coisa muito interessante. Só que eu não tenho técnica. Eu acho que não tenho técnica nenhuma, eu tenho vontade, eu estou me dispondo, me disponibilizando a aprender, mas eu quero saber como é que faz. Bom, então voltando ao Centro de Saúde, a demanda é muito grande, então tem algumas coisas que eu penso, que eu acho que seriam úteis, para falar numa consulta só é muito...muito tempo gasto, será que, todos esses conceitos que eu já trabalhei e já uso no consultório de pediatria, será que a gente não pode usar num grupo maior? Será que mais gente não poderia se beneficiar? Será que a troca, será que a troca entre o grupo, entre os participantes do grupo, como seria isso? Então, tenho muitas perguntas, eu não tenho experiência nenhuma. Eu estou arriscando, de junho para cá eu comecei a pegar firme no grupo que a gente deu o nome de "Esperança", que são os desnutridos. E um outro grupo que eu dei o nome de "Primeiros Passos", que são os bebês. Os que vão lá para vacinar contra a tuberculose e hepatite, é um primeiro contato. Já nesse primeiro contato, de ir jogando coisas assim, para os pais pensarem, não é?

774. Pode me falar mais sobre a finalidade desses grupos?

775. É claro, tenho uma finalidade, tem um objetivo, então, a gente sabe que a drogadição, essas coisas todas, estão muito ligadas, uma parte pelo menos, é ligada à maneira como os pais vêm esses filhos, não é, desde bebês. De uma certa forma, a gente pode mudar alguma coisas nesse sentido, orientando e ouvindo esses pais. Porque o filho é fruto desses pais, então, a maneira como essa criança vai ser vista, vai ser colocada no mundo, vai ser acompanhada, tem muito a ver com a violência que a gente vive hoje. Então o que é que dá para ser feito, sem usar em nenhum momento a palavra drogadição, sem usar em nenhum momento qualquer palavra. É só a minha intenção, a gente começando a trabalhar para os pais verem essas crianças de uma forma diferente, isso consequentemente vai mudar.

776. O grupo é com os pais das crianças desnutridas?

777. Os participantes são os pais, eles levam as crianças, ficam juntos na reunião. São crianças entre 1 e 4 anos, de 1 a 5, tem uma criança de 5 anos. Esses desnutridos, quando eu entrei no Posto, à medida que fui examinar essas crianças, e fazer um perfil mesmo, fazer exames laboratoriais, caracterizar que tipo de desnutrição é esta, o que está acontecendo, aí vi que a grande maioria era anemia, anemia porque, por fome, porque não tinham comida, não é. Então, aí eu vi, examinei, só duas crianças têm algum problema de base mesmo, uma com problema de refluxo importante, a outra com suspeita de má absorção, e que não tem essa dificuldade para adquirir alimentação, tão grande quanto as outras. Os outros, na grande maioria, é fome mesmo. Bom, eu pensei "como que eu vou chegar aqui, olha, que grupo é esse, eu vou ter que repensar isso, então, o que é que eu tenho que trabalhar?" Eu tenho até escrito o meu projeto, então, eu não sei fazer projeto, eu tenho um material, está comigo no carro. As coisas que eu escrevi, o que eu pensei, eu lhe entrego, eu dou para você e você pensa, você me ajuda, porque eu estou assim muito ansiosa em aprender. Então eu falei, "bom, eu vou com a cara e com a coragem, não é, vou me reunir, vou falar alguma coisa e quero ouvir deles".

778. *E..?*

779 E estão achando que é muito... pois é, nessa última reunião, o que eu resolvi, eu resolvi perguntar para cada um o que estavam achando não é, então no início comecei a trabalhar o que era desnutrição, o conceito, o que significa desnutrição, o que é para cada criança...o futuro, em relação à falta de alimentos agora, em relação ao rótulo que é colocado na criança. Todas as crianças que vão lá, muitas vezes a gente percebe que a mãe acha ruim que a criança está ganhando peso, porque aí ela perde o benefício. Essa reunião é feita no dia da entrega do benefício, cesta básica ou o tíquete. E muitas famílias vivem disso, do salário renda mínima e desse tíquete que eles recebem à medida que é classificado de desnutrido.

780. *Então são duas intervenções, uma é o auxílio material e a outra é quando o profissional que está envolvido se dispõe a discutir com eles o problema.*

781. É, antes não tinha, e eu achava isso também era muito estranho, as crianças eram rotuladas como desnutridas, sendo usadas pela família para conseguir benefício. Por outro lado, a gente sabe que eles precisam disso, então...mas, o que é que a gente pode fazer para tirar o rótulo da criança e incentivar neles a esperança de um caminho.

782. E como o grupo tem funcionado?

783. É claro que eu não posso falar para eles isso. Eu não vou falar para eles, olha, eu falo para eles que é muito ruim para criança ficar rotulada como o desnutrido, não é, ou isso ou

aquilo. Então vamos ver o que a gente pode fazer para as crianças crescerem bem na vida, se darem bem na vida, terem um caminho diferente do que os pais estão tendo, que está muito difícil para todo mundo, o que é que a gente pode fazer. Então, trabalhei lá coisas tipo assim, sei lá, olha, vocês tem lá a comida, a cesta básica tem arroz e feijão, mas faltam verduras, legumes e frutas que tá difícil para comprar porque não tem dinheiro. Então, primeiro, o que a gente pode fazer, ir no varejão, ver aqueles restos lá para serem aproveitados, fazer parcerias assim, a favor da criança, qualquer cantinho que tiverem lá no quintal, será que não dá para plantar? Sabe, essas coisas, eu vou cutucando.

784. ***E o que eles dizem?***

785. Então, eles ficavam no começo num silêncio mortal, aí eu pensava, meu Deus do céu, eu não me saí bem (riso). Aí, foi na última vez, comecei a perguntar, e tinha uma mulher que ficava qüietinha toda vez que eu solicitava ela não falava nada, "bom isso aí não sei como é que é, será que eu estou falando difícil?"... será que... eu tento falar o mais simples possível, tanto é que eu sou de falar muito simples mesmo. Pegar conceito de psicanálise, por exemplo, e transformar para uma coisa que qualquer criança entende, essa é a minha proposta.. Então, aí foi muito engraçado, eu fiquei apavorada, porque eu queria saber mais ou menos o que eles estavam achando do grupo, se estava difícil, se estava chato, se eu estava falando demais. Falei, olha gente, vocês fiquem à vontade, porque se estiver chato a gente vê o que pode fazer. Aí, umas disseram que queriam que aumentasse o horário do grupo, que estavam achando bom. Outras diziam que estavam precisando de creche. Quando elas falavam negócio de creche, eu disse, olha, sei que vocês precisam trabalhar, mas eu estou tentando ver entre o grupo, como é que eles podem se ajudar, entendeu? Então, assim, será que tem mãe que pode ficar com crianças dos outros? Mãe crecheira. Foram assim, idéias jogadas. Então, o que eles pediram, creche, vagas para creche, aquela mãe que ficava lá qüietinha, falou, "ah, doutora, eu fiz lá na minha casa, tem um quintalzinho, plantei almeirão, salsa...". Eu fiquei arrepiada, aquela mulher qüietinha, não abria a boca, pegou tudo e foi a única que plantou. Aí a outra, até me assustei, ela falou que morava em dois cômodos, barraco, e tem uma cama só, "dorme eu, meu marido e meus cinco filhos, eu preciso aumentar minha casa". Eu pensei, "e agora?" [ri]. Será que eu estou passando esperança do que? Aí eu fiquei preocupada de estar sustentando alguma coisa, na imaginação deles, que eu podia dar conta de tudo, de aumentar a casa, e agora? Eu estou lá num grupo de desnutrição, então, antes da próxima reunião preciso saber alguma coisa de grupo! Na hora que falaram isso, pensei, "o que eu faço agora?" Então, voltando o assunto, eu posso propor de novo, "olha, vocês vão se arranjar entre vocês, vão ver um jeito, não é, de mutirão... Agora, vou levar isso tudo que vocês estão falando para o núcleo de saúde coletiva, vamos ver, não é, porque eu só estou aqui para ouvir o que vem, não é?" E a gente sabe que, por exemplo, a saúde e a educação, então, o posto de saúde e a escola são as únicas coisas que esse povo tem como acesso para o Estado, não é? Então, é lá que eles vão queixar, chorar, agredir, destruir. Então, por isso que estar no Posto, a gente sofre violência de cara, a escola está sendo depredada, está sendo destruída, os professores... então...bom...

786. *Você falou da ajuda mútua no grupo...*

[falas simultâneas, ininteligível].

787. Então, esses recursos, esse de varejão saiu do grupo, não fui eu que dei a idéia. Aí eu falei "tá vendo que bom, vocês sabem das coisas". Então, no consultório eu trabalho assim, "e você, o que você acha", eu devolvo, mas lá no grupo, eu fiquei assustada, será que posso usar a mesma técnica, os mesmos recursos? Entendeu? Eu fico muito motivada, mas tenho que ter um breque. No grupo sou eu, uma enfermeira que é da equipe, a auxiliar da enfermagem, tem a agente de saúde também. A gente fala em termos de equipe, não é, então, claro, em termos de equipe. Mas mesmo assim, a minha fala é maior, ainda, não é, acho que eu fico cutucando mais, porque eu já tenho isso claro na minha cabeça.

788. ***A proposta de atender os grupos partiu de você?***

789. É, e assim, com o BCG é mais tranqüilo, porque é menos gente, é uma coisa...é uma outra história. Mas essa... e tinham os pais também, e eles não estão aceitando esse tíquete, que tem um valor menor do que era a cesta básica, com o valor do tíquete eles não compram o que vinha na cesta básica e mais o leite, então a gente fica ali ..na...é claro que a gente disse, olha, isso a gente recebe do ministério..., para a coisa ficar... devolver para o Estado o que é do Estado, e o que dá para a gente fazer, para não colocar também... sabe, você tem que tranqüilizar, não é, você tem que harmonizar. Não é para... criar mais violência do que já existe.

790. *Como assim?*

791. Ah, porque tá difícil, tá difícil para todo mundo. Não adianta também eu dizer, olha, vocês vão lá e resolvam isso com o prefeito, ou com...Não! entendeu, porque o prefeito também não vai resolver assim, entendeu? Por outro lado, qual é a responsabilidade do Estado e qual é a sua? Não é? Então eu estou tentando um jeito, quero...ajuda, não é? Estar vendo com eles, para eles se reconhecerem como cidadãos. Porque eles não são... não se colocam como cidadãos.

792. ***Colocam-se numa posição de dependência?***

793. De dependência total. "Ah, porque o Estado não faz nada, a Prefeitura não faz nada, porque nada, este Posto não serve para nada, não é... e você, o que pode fazer?" O que é que nós podemos fazer, o que a gente está se dispondo a ajudar, como instituição. E vocês, o que é que vocês podem fazer?

794. *E o grupo...?*

795. Então, tem esse grupo grande, que tumultuou assim, e tem esse dos bebês, tem esse dos bebês que eu já...também tem esse mesmo tempo. Antes... eu estou interessada em grupo faz tempo. Só que, ah, esse negócio do acolhimento, lá a gente estava desestruturado, não é? Eu só atendia, atendia, atendia, loucamente, sem parar, sem nada, queria tempo para pensar e não tinha, e a proposta ficava só na escrita..

796. E agora você está conseguindo

797. ***[falas simultâneas, ininteligível]***

798. Eu fiz o módulo introdutório 1 e 2 do Paidéia [cursos de capacitação de saúde da família] eu fiz em agosto de

799. mas eu não consegui aproveitar bem, eu achei que teve falhas, tanto da minha parte como da maneira como foi dada, eu achei que não estava assim...não sei, uma coisa sedimentada...e a coisa não mudou. Eu saí com a proposta de lá, do módulo 1 e 2, eu

saí com essa idéia na cabeça e só pude por em prática um ano depois. E só está escrito, eu escrevi, a gente...só eu que escrevi, alguma coisa...

800. ***Não teve um trabalho de equipe?***

801. Não, não teve um trabalho de equipe, ficou uma coisa de... territorialização, por exemplo, que eu tenho dúvida. Então, agora que a médica clínica da minha equipe acabou de fazer o módulo introdutório, ela é uma pessoa muito experiente, ela faz grupo de diabéticos e hipertensão, porque ela fazia, ela tem uma experiência boa nisso, mas eu não tenho tempo de freqüentar o grupo dela, não é possível, a gente tem que atender. Então, a gente tem que se virar, com a cara e com a coragem, só que agora eu estou sentindo a necessidade de respaldo, de saber, de manejo mesmo, e ouvir as experiências das outras pessoas, a vivência da experiência. A técnica que eu chamo, é viver a experiência mesmo, para eu ter os breques que forem necessários, de repente eu vou fazendo e não é bem por aí, de repente eu estou dando com os "burrros n´água", de repente, ou, não sei, eu quero ajuda mesmo.

802. ***O que te anima no trabalho com os grupos?***

803. O que me anima? Eu gosto de gente! [riso].

804. ***Alguma outra dificuldade no trabalho com grupos?***

805. Então, é essa coisa que eu penso, de que é uma coisa nova para mim, porque eu nunca fiz, então fico me questionando: é por aí? Como é que é? Como poderia melhorar? Dificuldades...na última reunião, essas dificuldades de retorno, como será que eu vou manejar isso. Essa demanda toda...tão...heterogênea, tão heterogênea, demanda totalmente...fora. Desnutridas, todos com uma dificuldade financeira e sócio-econômica, não é, desempregados...todos...todos pedindo "renda mínima", todos achando...sabe...

806. ***Todos eles estão vinculados a este auxílio da renda mínima***?

807. Não todos, todos estão pleiteando, alguns já tem, mas todos estão pleiteando renda mínima, e a coisa não é assim, vai ter renda mínima para todo mundo? Tem demora, como que é, tem... e eu acho interessante trabalhar essa esperança de uma possibilidade de um caminho, de estimular neles a esperança mesmo. Sem esperança, como é que vai? Vai jogar a toalha agora, e não tem mais jeito?

808. ***Pelo que entendi, P., o seu objetivo com este grupo é estimular a reflexão dos participantes, injetar esperanças, estimular iniciativas para eles pensarem como resolver os problemas...***

809. Então...é muita coisa.

810. ***A proposta do Paidéia parece que é essa, não é? Trabalhar com as pessoas para lidarem com as suas situações de vida no seu contexto...***

811. Então, eu trabalho muito no consultório a autonomia da criança, então, tem uma frase de uma psicanalista que eu tenho paixão, assim, que eu gosto muito do trabalho dela, Francoise Dolto, "educar é tornar autônomo". Para mim, tem um valor imenso. Eu gosto dessa área. Agora, colocar isso em grupo, eu vou como...vou ver o que dá! Chega uma hora, meu Deus do céu, e agora? É todo final, toda última quinta-feira do mês. É gostoso, eu gosto de gente, eu gosto de ouvir pessoas. Falar, para mim é mais difícil do que ouvir, eu gosto mais de ouvir, gosto muito de ouvir. Falar é necessário,

mas eu gosto muito de ouvir, de sentir... Essa escuta, no consultório, eu já estou tranqüila , não é, tranqüila porque já me exercit... assim, já muita coisa mudou em mim, na minha abordagem, com todo esse trabalho aí com a psicanálise, eu fui me moldando, eu percebi que houve mudanças importantes. Não sei se futuramente, porque é uma coisa que eu não sei, de repente eu acho que eles gostam, de repente, não sei se eles estão gostando ou não. De repente eles estão achando uma chatice ficar aqui me escutando , então...

812. ***Mas você tem procurado avaliar junto, quando pergunta a eles o que estão achando, o que estão sentindo...***

813. É, e ainda falo, ó, se estiver chato falem, tá difícil o que estou falando? Então, isso, eu deixo tranqüilo. Sim, porque com as crianças é fácil, porque criança é muito sincera. "Então, tá chato? não dá mais? então para mim vira piada até, então dá para, no bom humor aí a gente conseguir.

814. ***Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?***

815. Bom, eu estou realmente esperando aprender mais.

816. Então tá, eu queria te agradecer.

817. Não sei se fui clara (riso).

818. ***Foi sim, obrigada.***

819. Ó que bom!

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Gênero: Masc. ☐ Fem. ☐ Idade: ☐

Profissão:

Escolaridade:
Fundamental: (1ª a 8ª S) ☐ Médio (colegial) ☐ Superior ☐
Especialização ☐
Pós-Graduação (estrito senso) ☐
Formação para o trabalho com grupos:

Unidade de Trabalho:
Centro de Referência ☐ Centro de Saúde ☐ Outros ☐

Tempo de trabalho na Rede de Saúde:
Tempo de trabalho com grupos: