

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

editora



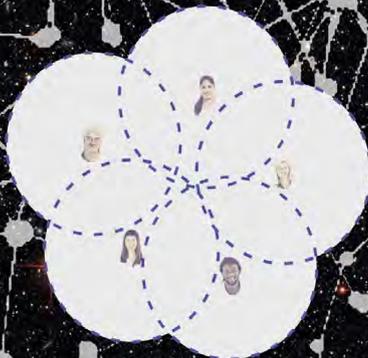
redeunida

# O Pequeno Grupo como um Sistema Complexo:

uma Estratégia Inovadora para Produção de Saúde na Atenção Básica

**Nedio  
Seminotti**  
Organizador

Projeto  
**PluriVox**



## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

## Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

## Conselho Editorial

**Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil  
**Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Àngel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha  
**Angelo Steffani** – Universidade de Bolonha, Itália  
**Ardigó Martino** – Universidade de Bolonha, Itália  
**Berta Paz Lorido** – Universitat de les Illes Balears, Espanha  
**Celia Beatriz Iriart** – Universidade do Novo México, Estados da América  
**Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
**Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil  
**Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
**João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
**Julio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazons, Brasil  
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil  
**Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra  
**Leonardo Federico** – Universidade de Lanus, Argentina  
**Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil  
**Luciano Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil  
**Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil  
**Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil  
**Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil  
**Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil  
**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil  
**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil  
**Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Rossana Staevie Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil  
**Simone Edi Chaves** – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil  
**Sueli Goi Barrios** – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil  
**Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil  
**Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
**Vera Lucia Kodjoagianian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil  
**Vera Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

## Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar  
João Becon de Almeida Neto  
**Projeto gráfica Capa e Miolo**  
Editora Rede UNIDA

## Diagramação

Luciane de Almeida Collar  
**Revisão de Português e ABNT**  
Mônica Ballejo Canto

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

P425 O pequeno grupo como um sistema complexo : uma estratégia inovadora para produção de saúde na atenção básica [recurso eletrônico] / Nedio Seminotti, organizador. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2016. 217 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-64-1  
DOI: 10.18310/978-85-66659-64-1

1. Grupos. 2. Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Trabalho com grupos – Saúde pública. I. Seminotti, Nedio. II. Série.

CDU: 614  
NLM: W84.6

Copyright  
© 2016  
by Nedio  
Seminotti.

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

**Série Atenção Básica e Educação na Saúde**

**Nedio Seminotti**

**Organizador**

**O Pequeno Grupo como um Sistema  
Complexo: uma Estratégia Inovadora para  
Produção de Saúde na Atenção Básica**

1ª Edição

Porto Alegre/RS, 2016

Rede UNIDA





## SUMÁRIO

**APRESENTAÇÃO**.....7

*Sandra Fagundes*

**INTRODUÇÃO**.....11

*Nedio Seminotti*

### **CAPÍTULO I**

**QUEBRANDO PARADIGMAS NA CONCEPÇÃO DOS PEQUENOS GRUPOS:** um sistema de sistemas para enfrentar a complexidade humana.....17

*Nedio Seminotti*

### **CAPÍTULO II**

**PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO:** uma estratégia para capacitação em coordenação de grupos.....57

*Flávio Braga de Freitas, Nedio Seminotti, José Carlos de Carvalho Leite*

### **CAPÍTULO III**

**PLURIVOX:** um Programa de Capacitação para Facilitação de Grupos na AB.....81

*Nedio Seminotti*

### **CAPÍTULO IV**

**GRUPO DE EMAGRECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**.....97

*Darlise Rodrigues dos Passos, Gabriela Gianichini, Nedio Seminotti*

## **CAPÍTULO V**

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA SAÚDE COLETIVA:** grupo terapêutico como ferramenta de trabalho na atenção básica - Relato de experiência.....117

*Karina Antes de Souza, Agnes Ivana Koetz Aloisio, Nedio Seminotti*

## **CAPÍTULO VI**

**ARTETERAPIA DE GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA**.....133

*Débora F. F. Serafim, Raquel S. Souza, Nedio Seminotti*

## **CAPÍTULO VII**

**GRUPO PSICOFÍSICA:** uma experiência em promoção de saúde.....145

*Marcio Lopes Camargo Ferreira, Débora Serafim, Ítala Raymundo Chinazzo, Nedio Seminotti*

## **CAPÍTULO VIII**

**O GRUPO COMO UM PROGRAMA DE EMAGRECIMENTO:** uma nova proposta de trabalho interdisciplinar na atenção básica.....163

*Darlise Rodrigues dos Passos, Marcio Lopes Camargo Ferreira, Virgínia Teixeira Leite, Karina Antes de Souza, Nedio Seminotti*

## **CAPÍTULO IX**

**CIRANDA COMUNITÁRIA:** um espaço de cuidado para acolher, escutar e partilhar sentimentos.....185

*Ítala Raymundo Chinazzo, Rossana Almeida, Darlise Rodrigues dos Passos, Raquel Souza, Nedio Seminotti*

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**.....203

*Nedio Seminotti*

**ANEXO**.....209

*Nedio Seminotti*

**SOBRE O ORGANIZADOR**.....213

**SOBRE OS AUTORES**.....215



## APRESENTAÇÃO

A apresentação deste livro produziu um reencontro com minha dissertação de mestrado intitulada *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*, defendida em 2006, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e orientada pelo professor doutor Ricardo Burg Ceccin. Compartilho um trecho do texto que ancora a decisão de investir na formação de profissionais de saúde como facilitadores de grupos na atenção básica.

O SUS é uma das políticas públicas mais férteis para a superação de iniquidades no nosso país, mas se a sua operação não for mediante trabalho vivo (com implicação) ele é só ideário, não uma prática. Precisamos de uma pedagogia da implicação para o trabalho vivo, e aprendi que com recursos de educação podemos interceder por políticas públicas que funcionam como dispositivos. Pedagogia que inclui a aprendizagem de utilizar positivamente os conflitos e contradições (TESTA, 1997) e de politizar no sentido de “criar um caso gritante com seu problema, conquistar o respeito a ele, forçar sua clara colocação em pautas que não o previam ou que eram destinadas a escondê-lo ou ignorá-lo”, como escreveu Orlandi no prefácio do livro de Virgínia Kastrup. (1999, p.11)

O SUS foi concebido no contexto histórico de democratização do país, no qual o desafio da construção de sua viabilidade e de controle da sociedade sobre o Estado era imprescindível. O exercício desse controle exige pessoas capazes de protagonismo, de exercício de cidadania e de autonomia, capacidades a serem desejadas e conquistadas por parcelas significativas da sociedade. Para tanto, há necessidade de propostas de distribuição de poder (políticas) geradoras de maior autonomia aos diversos atores sociais, de novos valores, de multiplicidade de processos de subjetivação daqueles, até então, discriminados por questões de gênero, de etnia, de patologia ou de classe social. São propostas que necessitam de organizações e métodos democratizantes, participativos, incluídos e inovadores para terem suporte e consistência.

O conceito de saúde, no qual o SUS está alicerçado, explicita que a saúde é determinada pelas condições de vida, portanto resultante de processos transetoriais, que envolvem ambiente, desenvolvimento, cultura, educação, assistência social, segurança, habitação e direitos humanos. Nesse sentido, o sistema e serviços de saúde precisam ser partícipes de uma rede de proteção social, na qual o compromisso é responder às necessidades das pessoas: condições de vida, acesso às tecnologias, cuidado e desenvolvimento da autonomia. Rede quente, propiciadora de acolhida, cuidado e apoio.

Os desafios da gestão são direcionar e redirecionar recursos para os processos efetivamente produtores de saúde, de criar dispositivos e instrumentos indutores, potencializadores de coletivos de trabalho no cotidiano dos serviços, interconectados em rede e transformadores das situações locais regionais.

Por isso, como diretora do Departamento de Ações de Saúde (DAS) e depois como secretária de estado da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), integrante de um governo que priorizou a saúde com ampliação de recursos financeiros para o SUS, marcadamente para a qualificação do cuidado na atenção básica em parceria com o Ministério da Saúde e com os municípios, decidimos viabilizar o projeto que vem a público neste livro.

Projeto que, em sua concepção, trabalha sinergicamente gestão, atenção, educação e participação, portanto com potência para produzir protagonismo e autoria de trabalhadores e usuários no dia a dia das unidades básicas de saúde. Projeto que propicia a intercessão de saberes técnicos e populares, que provoca desacomodações e rearranjos na organização e nos processos de trabalho, que produz indagações sobre os fazeres e que ampara com outros conhecimentos ferramentas e modos de fazer a partir do dispositivo grupo. Grupo concebido como um sistema complexo, com múltiplos processos simultâneos e sucessivos que considera a intersubjetividade e o contexto geral constitutivos da grupalidade. Projeto que gera valor à prática de facilitação de grupos com estímulo à coexperiência e cocriação.

O trabalho desenvolvido no Projeto PluriVox: a saúde tecida em múltiplas vozes, coordenado pelo professor doutor Nedio Seminotti, que há mais de três décadas trabalha com grupos e que tem o compromisso ético de disponibilizar para a população o que tem aprendido com eles, ou seja, é um sujeito militante sociopolítico, como denomina Mario Testa os cientistas sociais que modificam a vida cotidiana ao restituir à sociedade os conhecimentos produzidos.

O projeto entre pesquisadores, gestores, residentes trabalhadores e usuários produziu encontros, aprendizagens e autorias. Desde a apresentação, expressei meu reconhecimento a todos/as partícipes com o desejo de institucionalidade no SUS da saúde tecida em múltiplas vozes.

*Sandra Fagundes*  
Outono de 2016



## INTRODUÇÃO

O texto deste livro é fruto de mais de três décadas de pesquisa, ensino e extensão sobre pequenos grupos na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e, mais recentemente, de dois anos de pesquisa e intervenção em um projeto que vem sendo desenvolvido na Atenção Básica (AB) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Canoas, RS, com apoio da gestão deste município e da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS). No âmbito desse último projeto, recentemente, desenvolvi um programa de capacitação para facilitação de grupos de usuários na AB, destinado aos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a alguns estudantes de residência multidisciplinar. Assim, o que relatamos e discutimos no livro, que tive a satisfação de organizar, é um relatório de pesquisa sobre o uso do protocolo de observação na capacitação para a facilitação de grupos na AB, denominado PluriVox; uma concepção de grupo do ponto de vista de sistemas complexos, que fundamenta o programa referido; um relatório de pesquisa, que apresenta o nascedouro da concepção de capacitação através de um protocolo de observação; e a experiência da capacitação e da facilitação de grupo, do ponto de vista dos capacitandos.

O programa de capacitação, denominado Programa PluriVox, é destinado aos trabalhadores da saúde que

queiram facilitar grupos interativos de usuários (no qual todos, estimulados ou espontaneamente, conversam com todos) na AB, mas não se sentem habilitados. Para capacitar-se, eles são estimulados a constituir unidades operacionais (com dois ou três trabalhadores), são orientados a como iniciar um grupo e, ao fazê-lo, a se alternarem nos papéis de facilitador/a e observador/a, usando, para observar os fenômenos do grupo e as competências da facilitação, o Protocolo PluriVox. Os trabalhadores do NASF relataram essa experiência ocorrida durante a capacitação e, dessa forma, oferecem exemplos práticos que servem de modelo a quem deseja começar um grupo interativo, mas não se sente capacitado ou encorajado para tal. O Protocolo PluriVox e os relatos de experiência tornam tangíveis a prática de grupos. A estratégia de capacitação e os relatos são, respectivamente, modos de pôr em prática as políticas públicas da saúde coletiva, voltadas ao estímulo às grupalidades no Sistema Único de Saúde (SUS), nas quais usuários podem exercer a corresponsabilidade, o protagonismo e a criatividade.

O livro é composto por nove capítulos e um anexo, antecédidos da apresentação e desta introdução, sob a ótica da gestão da saúde sobre políticas públicas da então Secretária de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

A seguir, apresento o primeiro capítulo, no qual examino o padrão desejável de organização de grupo, segundo a definição das teorias tradicionais de psicologia dos grupos, quase todas desenvolvidas na primeira metade do século passado, para que este alcance os objetivos para o qual foi constituído. Examino também, de acordo com as teorias tradicionais, as competências julgadas necessárias à facilitação, para que o grupo atinja o referido padrão. As teorias tradicionais, sublinho, supõem que o padrão

de grupo desejável tenda a ser universal e atemporal: independentemente do local em que se realize (se em Londres ou em Porto Alegre) e do tempo (na primeira metade do século passado ou na atualidade), o padrão desejável é o mesmo.

Como contraponto às teorias tradicionais, proponho que o grupo seja concebido, na contemporaneidade, como um sistema complexo que tende a desenvolver um padrão de organização que leva em conta as intersubjetividades, o contexto no qual se realiza o grupo, além da universalidade e da atemporalidade mencionadas. Em decorrência disso, o padrão de organização manifesta-se como um circuito recursivo em que a organização, a desorganização e a reorganização, permeadas pela auto-organização e hetero-organização se dão simultânea e sucessivamente. Esse processo oferece oportunidades para que os participantes do grupo, os dos subgrupos no âmbito do mesmo grupo e a grupalidade como um todo desconstruam suas formas de ser e organizar ideias, as recriem e busquem uma organização da vida mais propensa à saúde. Desse processo, faz parte o/a facilitador/a, incluindo sua subjetividade e conhecimento, transformando-o e se transformando.

A seguir, no mesmo capítulo, apresento uma proposta contemporânea para facilitar grupos, apoiada em princípios do pensamento complexo, concebendo o grupo como um método constituído por sistemas em inter-relação. Em resumo: o grupo como um sistema de sistemas. De acordo com essa proposta, por exemplo, o sistema de saberes que respalda os técnicos (saberes acadêmicos) e o dos usuários são postos em diálogo, objetivando a produção de saúde. Portanto, o saber/poder do/a facilitador/a é relativizado e o protagonismo dos usuários é reconhecido e ganha espaço para expressão e criação: coexperiência e cocriação. Nessa concepção de grupo, o principal papel do/a facilitador/a é

o de garantir a conversação de todos com todos, buscando diálogos significativos e legítimos, considerando que todos têm saberes para contribuir na busca de soluções aos problemas apresentados no grupo.

O capítulo dois apresenta um relatório de pesquisa do médico e Mestre em Psicologia Flávio Braga de Freitas, desenvolvida com minha orientação, no Grupo de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Ele expressa o nascedouro da ideia germinal de desenvolver a capacitação com um protocolo de observação.

No terceiro capítulo, apresento um relatório, fruto da experiência do desenvolvimento do Projeto PluriVox em que detalho como foi concebido o programa de capacitação apoiado no Protocolo PluriVox e as suas etapas. Ele é destinado a capacitar trabalhadores que têm disponibilidade para constituir e facilitar grupos semiestruturados ou não estruturados e interativos (os estruturados são os praticados rotineiramente, tais como os socioeducativos, os de tabagismo, entre outros), mas que não tiveram em seus cursos de graduação ou pós-graduação disciplinas que os habilitassem a facilitar grupos interativos, nos quais as múltiplas vozes dos participantes possam ter espaço para se manifestar e engendrar saúde. Faz parte do Projeto PluriVox um Protocolo-Guia e um Protocolo de Observação. O Protocolo-Guia apresenta 30 questões que indicam aos capacitandos o passo a passo para: começar um grupo, construindo e garantindo o cumprimento de normas de convivência e de interação entre participantes; oferecer apoio à facilitação para que o grupo se desenvolva; e promover aprendizagem na facilitação de grupos. E o Protocolo de Observação (anexo) contém dez questões que resumem o Protocolo-Guia, viabilizando uma observação direta e estruturada dos processos e fenômenos do grupo e observação das competências exigíveis para facilitação

do grupo, postas em prática por quem faz a facilitação. A observação, o registro e o compartilhamento do registro nos seminários possibilitam o exercício de aprendizagem. E de apreender juntos: conhecimento que gera conhecimento. O registro da observação organiza a discussão no seminário, coordenado por mim, entre os trabalhadores que realizaram o grupo, estando ora no papel do facilitador/a, ora no do observador/a.

Com o Projeto PluriVox, pretendemos oferecer uma alternativa aos poucos programas sistemáticos de capacitação para facilitar grupos não estruturados ou semiestruturados, na saúde coletiva. Um programa sistemático de capacitação, através de grupos semiestruturados, é a denominada Terapia Comunitária Integrativa (TCI), de Adalberto Barreto. Mesmo que haja a recomendação das políticas públicas do SUS para que se realizem grupos como uma estratégia de atenção aos usuários, são poucos os programas sistemáticos para capacitar trabalhadores. Na ausência destes, fazem grupos socioeducativos, que se assemelham a aulas ministradas pelos trabalhadores aos usuários. Nesse projeto, o Programa PluriVox é uma estratégia para enfrentar a complexidade dos processos de grupo decorrentes da interatividade e intersubjetividade dos participantes; e para apoiar os trabalhadores que desejam fazer grupos interativos, mas não se sentem encorajados pela falta de capacitação.

Do ponto de vista do método, a capacitação dos trabalhadores do NASF, utilizando o Protocolo PluriVox, foi realizada através de uma pesquisa recursiva. Os trabalhadores facilitaram os grupos e os observaram e registraram seus processos e acontecimentos e os levaram para os seminários. A aprendizagem desenvolvida nos seminários se transforma (eles desaprendem e reaprendem) e, quando retornam ao grupo, a aprendizagem passa

a ser causa, motivo para ver e gerar novos processos e organizações do grupo que, por sua vez, produzem modificações na forma de pensar, conceber e realizar o grupo.

Os capítulos 4 a 9 são de autoria dos capacitandos/as do NASF e alunos de residência multidisciplinar que narram suas experiências de capacitação para facilitação de grupos e a prática de facilitação de grupos de usuários, em Unidades Básicas de Saúde de Canoas/RS. Os grupos têm diferentes objetivos, definidos juntamente com trabalhadores no matriciamento realizado nas UBS. Assim, estes capítulos são fortemente ancorados nos cadernos de campo dos trabalhadores, nos quais registraram as observações dos grupos, as discussões nos seminários após a realização dos grupos e as reflexões, os sentidos e as aprendizagens obtidos nessas práticas.

Por fim, escrevo as considerações finais que exprimem as reflexões sobre o processo de capacitação e de escrita do livro.

Anexo apresento o Protocolo PluriVox de Observação.

*Nedio Seminotti*



## **CAPÍTULO I**

# **QUEBRANDO PARADIGMAS NA CONCEPÇÃO DOS PEQUENOS GRUPOS: um sistema de sistemas para enfrentar a complexidade humana**

*Nedio Seminotti*

### **Introdução**

Na atualidade, os pequenos grupos ou equipes de trabalho com diferentes fins, constituídos por pessoas com um objetivo comum, permeiam nosso cotidiano como uma estratégia coletiva de sistematizar e resolver problemas e de provocar reflexões e aprendizagem relativas a projetos coletivos sociais, institucionais, comunitários e empresariais. Há um acordo na literatura de grupos quanto a algumas características que são inerentes aos pequenos grupos ou equipes de trabalho: ter alguém que o facilita, lidera ou coordena; ser constituído por um número reduzido de pessoas, não menos que quatro e no máximo doze; estar distribuído na forma de círculo, permitindo

que todos se vejam e se ouçam simultaneamente; ser constituído para um fim específico e com determinado regramento; e deixar de existir quando alcança seus objetivos. Diferentemente de um grupo social, é marcante nesses grupos a contribuição singular de pessoas com nome e sobrenome. Os coordenadores/facilitadores de grupo/equipes<sup>1</sup> se respaldam em teorias diversas: psicanalítica, gestáltica, humanista, psicossociológicas, cognitivo-comportamental (TCC), psicodramática e nas teorias da administração, que se baseiam especialmente nas teorias de liderança. Entretanto, em estudos recentes sobre a intersubjetividade nas relações de trabalho em equipe (FAGUNDES; JOTZ; SEMINOTTI, 2008) e, ainda, sobre processos grupais do ponto de vista de sistemas complexos, em equipes de trabalho (FAGUNDES; SEMINOTTI, 2011) trazem contribuições para compreender a equipe do ponto de vista do pensamento complexo.

As teorias de grupo mencionadas, em geral, levam a supor que os fenômenos de grupo são causados somente por questões universais e atemporais: concepções de ser humano e de sociedade, ideologias, fantasias e representações psíquicas e configuração edípica. Não consideram a possibilidade de haver causas locais, no contexto sócio-histórico em que se realiza o grupo, e as causas geradas na e pelas próprias relações, no aqui e agora do grupo, que também contribuem à produção de seus fenômenos. Kurt Lewin (1978), entretanto, radicalmente afirma que o que acontece no grupo não vem de outro lugar, mas do grupo mesmo. Na falta de uma discussão relativa à suposição mencionada, as teorias sugerem que

---

<sup>1</sup> O nome que se dá à pessoa que exerce este papel no grupo varia, segundo as teorias. Pichon-Rivière (2005), por exemplo, denomina o terapeuta de grupo de copensor, coprocessador. Isso sugere que ele seja também coordenador do processo. Rogers (1973) denomina facilitador e de acordo com o pensamento complexo, segundo os princípios aqui discutidos, poderíamos denominar coorganizador.

os fenômenos de grupo, independentemente do local onde eles se realizam, têm a mesma explicação para a geração dos fenômenos mencionados e a mesma interpretação, quer seja hoje ou no início do século passado e quer seja em Londres ou em Porto Alegre. Alguns autores agregam causas contextuais como, por exemplo, o hospital onde se realiza o grupo, mas não as consideram fundamentais. Talvez a única exceção seja encontrada em Pichon-Rivière (2005), pois ele vincula a psicanálise à dialética, que tem em seu cerne a contribuição sócio-histórica, mas seus seguidores, em geral, dão mais importância à vertente psicanalítica da teoria de grupo.

Há uma crença popular de que pessoas num grupo/equipe somam esforços. Mais do que isso, conforme Anzieu (1993) há uma fantasia de que no grupo tudo se resolverá, mas isso nem sempre ocorre: o grupo pode subtrair qualidades individuais dos participantes. A possibilidade de que o grupo possa somar e/ou potencializar as habilidades e conhecimentos de seus participantes, ou subtraí-las, foi contemplada nas sistematizações dos fenômenos de grupo feitas pelas teorias citadas e vigentes. Todas elas supõem que o coordenador ou líder do grupo ou da equipe conheçam a teoria em que se respaldam para poderem empregar a técnica de maneira a ajudar aos participantes a atingirem um padrão de organização de grupo desejável que confirme que o todo seja maior do que a soma das partes. Para isso, o saber e o poder do facilitador/líder têm um papel fundamental. Essa forma de organização de grupo indica o cumprimento do paradigma da modernidade ou da tradição, pois supõe uma estrutura piramidal nas relações entre o coordenador/facilitador ou líder e os participantes, na qual o saber e o poder estão quase que absolutamente restritos aos primeiros, cabendo sempre a estes a efetividade do grupo, como se verá na discussão a seguir.

Para que haja a referida soma de esforços, as teorias psicanalíticas supõem que o grupo deve transitar de um estágio de pré-tarefa para o de tarefa, segundo Pichon-Rivière (2005), superando as resistências às mudanças para, assim, atingir o padrão desejável. O mesmo ocorre com as sistematizações feitas por Bion (1970), as quais supõem o trânsito dos padrões de organização de grupo de “supostos básicos” para o padrão de “grupo de trabalho”. Estes padrões são fundamentados na teoria psicanalítica das fases de desenvolvimento psicosssexual infantil. Zimerman e Osorio (1997), dois autores com reconhecido trabalho sobre grupos e que se filiam à psicanálise, têm contribuído para compreensões dos mesmos pressupostos. Moreno (1972), criador do Psicodrama e do Sociodrama, entendia que ao criar-se um ambiente de grupo favorável à expressão da espontaneidade e da criatividade, pode-se romper com a “conserva cultural”, repositório da tradição da cultura, e dar espaço para o novo. Lewin (1978), por sua vez, afirmava que quando o grupo consegue alcançar uma estrutura dinâmica que permita transitar entre a estabilidade e a firmeza do terreno do campo grupal e a instabilidade do mesmo ele atinge um padrão quase estável e, com isso, capaz de gerar uma estrutura que seja generativa de acontecimentos e não impeditiva da transformação. O humanismo de Rogers (1973) supõe que a realização da “tendência atualizante”, inerente ao ser humano se manifesta quando se cria um clima de grupo de segurança, de liberdade de expressão e de redução das defesas.

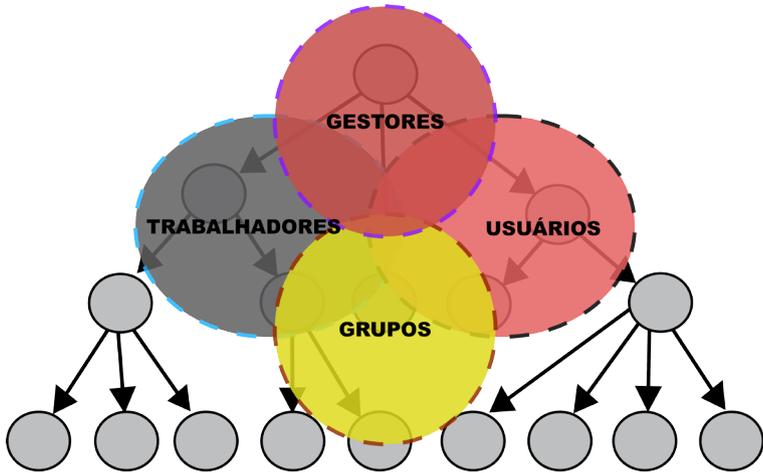
Ainda sobre essa questão nos grupos, na Psicossociologia se situa Pagès (1975 apud MORAES; MARQUES, 2001), que considera os fenômenos sociais como indissociáveis das interações humanas e a angústia existencial como organizadora dos processos de grupo. Lapassade (1977) sublinha que deve haver espaço para o

processo instituinte na instituição do grupo. Para Guattari (1986), há a necessidade de que os processos grupais rompam os encaixes totalizantes institucionais e, assim, desenvolvam efeitos analíticos no contexto em que se situa o grupo, com o aumento do grau de transversalidade. Os grupos sob o ponto de vista da TCC abordam os comportamentos disfuncionais, propondo mudanças que começam com os pensamentos automáticos e depois abordam as crenças comuns aos indivíduos participantes do grupo. (BECK, 1997) Na TCC, cabe ressaltar que embora no grupo terapêutico o paciente seja convidado a ser copesquisador de seu problema, ele sempre é estimulado a olhar para o seu comportamento disfuncional, segundo as crenças indicadas pela TCC e não de acordo com seus próprios pontos de vista.

Ao refletir sobre as teorias tradicionais citadas, constatamos que elas tendem a considerar que os fenômenos de grupo são objetivos, estáveis e se repetirão, portanto são preditivos, segundo o previsto em suas teorias supostamente universais e atemporais. De acordo com estes pressupostos, as teorias tradicionais pretendem prever o que acontecerá no grupo: o facilitador/líder de grupos e equipes se baseia em um pressuposto teórico como os mencionados e o utiliza para fazer a leitura dos fenômenos. Além disso, saber/poder se restringe ao facilitador, de acordo com o paradigma da tradição, não o distribuindo entre os participantes do grupo, como recomenda o pensamento complexo, posto ser desejável, segundo a complexidade que haja coação e cocriação. Com postura tradicional, o facilitador supõe que pode auxiliar o grupo a constituir um padrão de organização no qual o todo será maior do que a soma das partes e que o torne capaz de gerar bem-estar, saúde e de atender a demanda do grupo e da instituição ou comunidade do qual faz parte.

Esse modo de pensar os grupos/equipes está de acordo com o pensamento moderno da ciência, que aqui denomino pensamento tradicional, para distingui-lo do pós-moderno ou contemporâneo. O pensamento moderno ou tradicional supõe um mundo objetivo, estável e previsível. Portanto, um mundo simples e linear, no qual se supõe uma relação em que uma causa gera um efeito esperado e controlável. Não considera, portanto, a intersubjetividade imprevisível (não me refiro a previsível como é, por exemplo, a relação transferencial-contratransferencial que supostamente sempre acontecerá), a instabilidade e a incerteza, postas em consideração pelo pensamento complexo da pós-modernidade, indispensáveis para entender a contemporaneidade. Nem considera as relações complexas recursivas, o circuito recursivo, nas quais um efeito pode ser, recursivamente, causa para outro efeito. Pensar de acordo com a tradição supõe, também, uma estrutura de grupo especialmente hierárquica na qual o saber/poder está no facilitador/líder (que pode ser um trabalhador da saúde, na Atenção Básica). Também não leva em consideração a existência de uma estrutura sistêmica, juntamente com a hierárquica, na qual o saber/poder está no facilitador e nos participantes do grupo, os quais, como sistemas se inter-relacionam e produzem devires não submetidos e controlados por um único sistema de ideias: ao do facilitador, apoiado em suas teorias.

**Figura 1** - Mostra a coexistência (figura e fundo) da estrutura hierárquica e da estrutura sistêmica complexa.



Fonte: Figura do autor.

A relação entre sistemas produz fenômenos não redutíveis, necessariamente, a um ou outro código de registro específico, como é inerente às teorias tradicionais mencionadas que, supostamente, oferecem a possibilidade irrestrita de análise dos fenômenos de grupo. Essas teorias também não contemplam, por exemplo, que o fazer e o saber/poder de todas as pessoas do grupo geram fenômenos imprevisíveis e possibilidades de múltiplas compreensões. Ao caminhar e pensar juntos, através da caminhada do grupo, as pessoas constroem uma realidade complexa, mutável a todo instante e não redutível a uma única teoria universal que desconsidere contexto em que se realiza o grupo. É difícil aceitar a ideia de que teorias geradas em contextos da primeira metade do século passado, e outras poucas no início da segunda metade, possam dar conta da realidade contemporânea, dita complexa, por distintas áreas da ciência. Quando um facilitador/líder não se deixa capturar pelas teorias tradicionais, da modernidade, e não

inibe ou constrange o saber/poder dos participantes do grupo, eles oferecem múltiplas traduções aos fenômenos que geram: proporcionam, na conversa, múltiplas versões dos acontecimentos grupais, deixando de ser apenas criaturas para serem demiurgos: criadores de um mundo de realidades.

Em termos de pesquisa na ciência, por exemplo, não aceitar as múltiplas versões possíveis sobre os fenômenos da natureza ou da sociedade significa submeter o material empírico a uma única teoria: a que está na cabeça do pesquisador. Enquanto seria desejável que houvesse um diálogo entre teoria e empiria, no qual a teoria seria testada e, por hipóteses, pudesse ser mudada, se necessário. Não apenas o facilitador submeter a empiria (em nosso caso, os fenômenos de grupo) a sua teoria, mas aceitar que outras mentes possam traduzir esses fenômenos. Além disso, a submissão dos fenômenos a uma única teoria promove uma redução da compreensão, com uma postura mecanicista e reducionista, quando, no entanto, as relações humanas produzem um vir a ser irreduzível a pensamentos únicos que, por vezes, são doutrinários e dogmáticos.

Além disso, de acordo com o princípio da neutralidade do líder/facilitador, também inerente à ciência moderna ou tradicional, os fenômenos do grupo, segundo as teorias da tradição citadas, independem do que acontece na inter-relação entre as pessoas. Embora contemplem subjetividades, elas são nomeadas a priori. Morin (2010), como outros tantos pensadores da pós-modernidade, lembra que o mundo não é apenas objetivo, mas também subjetivo. Decorre dessa concepção que os acontecimentos do grupo surgem da intersubjetividade de todos os que fazem parte do grupo e, conseqüentemente, da subjetividade do líder/facilitador. O líder/facilitador tem uma teoria e uma teoria da técnica, um método e

um procedimento, mas seu modo de traduzir a teoria e intervir no grupo está impregnado de sua subjetividade. E esta produz uma intersubjetividade que gera, no grupo, acontecimentos incertos e inesperados.

A subjetividade está prevista nas teorias de grupo mencionadas, e são sistematicamente consideradas. Por exemplo, a transferência e a contratransferência da psicanálise e a empatia das teorias humanistas fazem parte dessa prática rotineira. O que há de novo, então, relativo à subjetividade postulada pelo pensamento complexo, que dá respaldo aos sistemas complexos? Uma série de princípios que irei considerar a seguir, mas me antecipo e aponto que conceber a realidade do grupo constituído por sistemas complexos pressupõe, por exemplo, o princípio de sistemas de ideias fechado e com consistência interna e, simultaneamente, aberto a outros sistemas e, portanto, a um mundo complexo multiverso. A subjetividade na tradição dos grupos é registrada e analisada segundo teorias fechadas: as mesmas palavras são utilizadas para todas as “coisas” subjetivas. No entanto, do ponto de vista do pensamento complexo os sistemas de ideias têm lógicas que dialogam com outros sistemas sobre as “coisas” que emergem nos grupos. E tecem o *complexus* a partir de múltiplas dialógicas, gerando fenômenos (coisas) e palavras que os traduzem com determinada logicidade. “Como sempre, a coisa emerge antes do conceito, que espera que o seu ninho se forme antes de poder habitá-lo.” (MORIN, 2008, p.132) Esse princípio, no que diz respeito ao lugar do líder/facilitador, indica que ele tem um sistema de ideias fechado e aberto, assim como os demais participantes do grupo.

Portanto, os acontecimentos produzidos na inter-relação entre pessoas são vistos com uma multiplicidade de olhares e compreendidos por múltiplos sentidos, segundo

as lógicas dos sistemas de ideias singulares. Deduz-se daí que para haver legitimidade e respeito às múltiplas lógicas é necessário relativizar o saber/poder do facilitador e respeitar e legitimar o saber dos demais. Não pode haver uma única lógica dominante que submeta os fenômenos da grupalidade a uma única versão teórica e ideológica, pois assim não haveria espaço para diálogos a partir de múltiplas lógicas (dialógica) dos sujeitos. O que propõe a concepção de grupo do ponto de vista de um sistema complexo, ou sistema de sistemas, é uma dialógica no sentido que lhes oferece Morin (2003), mas que também tem apoio ontológico em outros pensadores. “A palavra é princípio, fundamento da existência humana. [...] A palavra como diálogo é o fundamento ontológico do inter-humano.” (BUBER, 1977, p.XLII) Segundo Freire (1999), a pedagogia de ensino deveria basear-se no diálogo, na liberdade e no exercício de busca do conhecimento participativo, no qual todo aluno poderia “dizer sua palavra”.

Vou esclarecer o que seja dialógica, segundo Morin, e apenas deixar mencionados os outros autores. Na dialógica de Morin (2010), chamada por ele dialética dialógica, não é necessário chegar-se a uma única solução lógica como resultado da síntese dos contrários ou buscar-se uma síntese dos pontos de vista que não concordam, das antíteses. A síntese foi proposta pela dialética que supõe tese, antítese e síntese, sendo a síntese o resultado final dos tensionamentos decorrentes das oposições entre tese e antítese. Na dialógica são contemplados os antagonismos e os tensionamentos decorrentes sem que sejam necessariamente suprimidos. Segundo a dialógica, pode-se chegar a múltiplas soluções lógicas para os mesmos dilemas e problemas da vida. As soluções, inclusive, podem ser antagônicas, o que pode implicar em tensionamentos no diálogo. Segundo esse conceito, precisamos lidar com

o multiverso e não apenas com o universo, com muitos modos de ver e conceber o multiverso e com a necessidade de conversações mais horizontalizadas, nas quais as versões singulares podem ser reconhecidas, sem que sejam valoradas segundo o lugar que o interlocutor ocupa na hierarquia social ou na pequena sociedade pequeno grupo.

Ajuda entender a dialógica se retiramos o saber científico e acadêmico de sua posição de supremacia e o colocamos em diálogo com os saberes advindos do senso comum, populares e práticos, como nos indica Boaventura Santos (2010). As pessoas comuns não sistematizam seu conhecimento da mesma maneira que a faz a prática acadêmica e científica, mas elas desenvolvem um conhecimento, em geral, suficiente para dar conta de suas vidas, como afirma Santos (2004). Essa crítica vale, também, para os distintos saberes dos trabalhadores da saúde. Em geral, pressupõe-se que os saberes estão hierarquizados, segundo o imaginário da cultura da saúde, na qual a suposição é de que o médico, por exemplo, sabe mais do que outros trabalhadores e muito mais do que os agentes comunitários de saúde. No entanto, as equipes de saúde com um bom desenvolvimento levam em consideração os saberes plurais aportados por todos os trabalhadores. O conhecimento de cada trabalhador, relativo às questões de saúde, é sempre singular e específico do lugar que o mesmo ocupa na atenção à saúde. Na discussão, são produzidos saberes plurais para promoção/produção de saúde: para si e para os usuários. Quero sublinhar que a pluralidade de saberes produz uma abundância de recurso para dar conta da promoção e da produção de saúde, como veremos ao longo do texto.

## **A concepção da vida humana como um sistema complexo: sistemas de sistemas em inter-relação**

Para conhecer a vida humana do ponto de vista da complexidade sistêmica, vamos considerar a seguir, e com brevidade, alguns princípios propostos por Morin (2010; 2008; 2003). *Complexus* significa o que é tecido conjuntamente. Com múltiplas mãos. De acordo com o “princípio sistêmico ou organizativo”, conhecer supõe distinguir e ligar os objetos (as partes) que compõem o todo: a totalidade de um grupo, por exemplo, da qual fazem parte as pessoas. Distinguir os objetos/partes denominados sistemas, que fazem parte do todo, e considerar, além das distinções, as ligações dos objetos/sistemas entre si e as distinções das partes/sistemas com o todo. A organização sistêmica...

[...] vincula las unidades diferentes, y las diferentes lógicas, en el sentido de una lógica dialéctica; discrimina y liga las unidades al todo y al contexto; regula las relaciones; establece una frontera que distingue el sistema o organización de otros o del ambiente; diferencia lo propio y el ajeno; y, además, da estabilidad al conjunto. (SEMINOTTI; ALVES, 2013, p.157)

O todo constitui um sistema, embora mais amplo. Segundo esse princípio, conceber o mundo complexo, como o é na pós-modernidade, supõe que não se pode apenas analisar o mundo dividindo-o em suas partes elementares, como é próprio do procedimento analítico como método. Este procedimento foi constituído e consubstanciado na ciência moderna tradicional e continua útil e vigente para conhecer quase tudo do mundo. A lei da gravidade, por

exemplo, continua vigente e, para evitar riscos à vida, é indispensável respeitá-la. Na contemporaneidade, no entanto, sabemos que para conhecer certas dimensões da realidade, especialmente as organizações humanas, precisamos da compreensão, empatia e mesmo da generosidade, como sublinha Morin (2008). Para compreender o princípio organizativo, mesmo no mundo físico, ajuda pensar que os átomos de hidrogênio e oxigênio, elementos que compõem a água, ao se ligarem mudam as propriedades individuais dos elementos e assim constituem a água. Por analogia, segundo o pensamento tradicional, vigente e indispensável em muitos casos, a sociedade é entendida como uma construção composta por tijolos, na qual os tijolos são as pessoas. E para conhecer a sociedade, segundo a tradição, basta identificar as características de cada indivíduo/tijolo: gênero, idade, aspirações, hábitos de vida, grau de escolaridade, poder aquisitivo, etc.

No entanto, do ponto de vista da complexidade, e mais especificamente de acordo com o “princípio da recursão ou circuito recursivo” de Morin (2003), os indivíduos da espécie humana na e em inter-relação produzem a sociedade. Embora Morin reconheça que a sociedade não seja produzida somente por esse meio, a recursividade entre sociedade e humanos é inegável, afirma. A sociedade, ao nascer, produz a humanidade dos indivíduos, que passam a desenvolver linguagem e cultura. Assim, os indivíduos e a sociedade são, recursivamente, produtos e produtores, causa e efeito nessa relação indivíduo-sociedade. “Un circuito es recursivo cuando sus productos o sus efectos son necesarios a su producción o a su causalidad.” (MORIN, 2010, p.156) Os sistemas complexos estabelecem relações recursivas na medida em que um e outro se modificam mutuamente, fazendo com que o sistema de sistemas (todo e partes) em inter-relação, se autoproduza e se auto-

-organize. “É um circuito gerador [... que engendra...], no qual os produtos e os efeitos são eles mesmos produtores e causadores do que os produz.” (MORIN, 2003, p.125)

Esse princípio possibilita conceber a auto-organização de um sistema social qualquer, e do sistema pequeno grupo em particular. Trata-se da qualidade que tem um sistema de gestar o seu próprio rumo a partir de suas autoproduções. Estas, como causas, geram efeitos, que passam a ser causas, sucessivas e simultâneas, numa circularidade, para outros efeitos. Porém, como não é um sistema fechado, mas fechado e aberto, como discutiremos, os acontecimentos do grupo não são apenas gerados no encerramento operacional, mas também pelo intercâmbio na abertura para outros sistemas. Assim, as causas e os efeitos não se dão apenas no encerramento operacional, mas também no intercâmbio sistêmico entre sistemas que se abrem para intercâmbios. Com isso, as causas para geração de fenômenos de um sistema podem vir de fora. Por exemplo, da força/poder do contexto, ou do facilitador ou líder conferido pela instituição da qual faz parte o grupo. Em resumo, os grupos são auto e hetero-organizados. (SEMINOTTI; ALVES, 2013, p.157)

Nessa linha de raciocínio filia-se também Maturana, que concebe os sistemas sociais como sistemas que operam no fechamento (clausura) e na abertura operacionais e que são autopoieticos. Entre os sistemas sociais está o da espécie humana. Nos sistemas humanos, as pessoas como organismos fazem acoplamentos estruturais de terceira ordem (entre organismos) e constituem os sistemas sociais no domínio da linguagem.

Os organismos seriam metassistemas com componentes [tecidos, órgãos] de mínima autonomia..., enquanto as sociedades humanas seriam metassistemas com

componentes [organismos] de máxima autonomia, ou seja, com amplas dimensões de existência independente. (MATURNA; VARELA, 1995, p.223)

Significa dizer que as pessoas como metassistemas que compõem uma sociedade, também um metassistema, têm um grau elevado de autonomia, diferentemente de sociedades de outras espécies, como as de formigas e abelhas, exemplos clássicos de sociedades animais.

Voltemos à Morin e as suas concepções. Para conhecer a realidade, de acordo com a complexidade sistêmica que passou a ser considerada no saber pós-moderno, é necessário, como apontamos, conceber o mundo como uma organização sistêmica. Para isso, é indispensável olhar para o todo/sistema e para as partes/sistemas que o compõem e atentar, também, para as relações das partes/sistemas entre si e das partes com o todo/sistema. Além disso, é necessário considerar o que liga os sistemas entre si (o que é comum, por exemplo, entre sistemas de ideias) e o que liga o todo sistêmico com os sistemas que o constituem. Prevenção e/ou promoção de saúde num grupo, por exemplo. Atentar, igualmente, para as distinções que há entre as partes e o todo. O que é distinto, singular dos participantes do grupo no que tange à maneira de manter ou produzir saúde, por exemplo. Na saúde, as distintas perspectivas, de acordo com os saberes singulares dos trabalhadores.

O sistema eleito e posto em consideração neste texto é o pequeno grupo, constituído por sistemas menores que são os participantes, os facilitadores e os observadores. Entre os três há diferenças e semelhanças. Há o singular e o universal, que é comum às pessoas. O que os vincula ao grupo é o objetivo do mesmo, que contempla o problema comum (obesidade dos usuários, por exemplo), mas cada um dos usuários tem questões singulares. Embora haja o

objetivo comum, são também particulares as perspectiva dos trabalhadores que se encarregam do grupo. O grupo, por sua vez, faz parte de totalidades/sistemas mais amplos: a Unidade Básica de Saúde (UBS), o sistema de saúde do município e outros tantos maiores. E todos têm algo em comum, como a promoção e a produção de saúde, mas também distinções no modo de contribuir ao objetivo comum.

**Figura 2** - Mostra as interações e distinções entre sistemas que constituem uma estrutura sistêmica complexa: um sistema de sistemas.



Fonte: Figura do autor.

Portanto, para conhecer uma realidade sistêmica qualquer, o observador/conhecedor necessita eleger o sistema que quer observar/conhecer e/ou intervir, definindo sua fronteira e a fronteira em relação a outros sistemas com quem o sistema eleito mantém relações

de união e/ou de distinção: o que é comum entre eles e o que é alheio. Estivemos nos referindo ao grupo de usuários na Atenção Básica. É necessário observá-lo como uma totalidade sistêmica e os sistemas que o constituem: facilitador, usuários e observador, e os sistemas com quem o grupo se vincula (distinguindo-o e unindo-o), tais como a UBS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a associação de bairro, igreja, etc. De outro lado, se o sistema eleito é a UBS, no sistema de saúde de um município, como um sistema maior, temos de olhar os sistemas menores e maiores que o constituem ou a ele se vinculam: as equipes, os grupos que nela se desenvolvem, a SMS.

A recomendação para eleger um sistema, em relação com outros sistemas, considera que a compreensão do sistema eleito para observar, compreender e intervir depende, entre outras questões, do contexto com o qual se vincula e do qual, ao mesmo tempo, se distingue. O outro sistema maior, em relação com o sistema observado, pode ser o contexto do qual faz parte o sistema eleito. Por isso, ao indicar o grupo que faz parte de um contexto, estamos nos referindo também ao sistema mais amplo do qual faz parte o grupo. São sistemas que fazem intercâmbios entre si e estabelecem uma recursividade. Uma recursão entre si, na qual ora são causa, ora são efeito de acontecimentos, tanto nas partes quanto no todo. Por exemplo, uma ação política de gestão produz atitudes nos trabalhadores que vão repercutir na gestão, nos usuários e assim por diante. Retroativamente a organização de trabalho de uma UBS repercute na política pública. Ao sublinhar o contexto olhamos para uma realidade local singular e não apenas para a universal. Com isso, nosso olhar atenta pra questões particulares de pessoas, grupos e comunidades específicas, não apenas para as universais, indicadas pelas teorias tradicionais de grupo, tema do qual nos ocuparemos a seguir.

Além do princípio recursivo e da necessidade de eleger e distinguir o sistema observado para compreensão e intervenção, é indispensável considerar o “princípio hologramático” proposto por Morin (2003). Este princípio sustenta a ideia de que quase tudo do todo/sistema está nas partes/sistemas que constituem o todo e vice-versa. Por exemplo, o trabalhador da saúde vive e reflete sobre questões da saúde, com sua subjetividade, e age no todo do sistema de saúde de acordo com sua singularidade. Os usuários e gestores fazem o mesmo, desde suas óticas. Partes e todo se entrelaçam constituindo uma rede de saúde na qual são interdependentes e se influenciam mutuamente. Com este princípio estamos autorizados a olhar as relações, a autonomia e a interdependência entre o todo e as partes. Este princípio se entende pelo conceito de porta-voz, comum nas teorias tradicionais de grupo, que autoriza a pensar que quem fala pode estar falando por todos.

Para o fim de entender a complexidade é indispensável considerar também o “princípio de introdução do conhecedor no conhecimento”, ampliando a necessidade da delimitação do sistema observado pelo observador, já abordado. Segundo esse princípio, o observador/conhecedor com seu sistema de ideias se introduz no sistema/objeto de observação, conhecimento e/ou intervenção. Portanto, o observador, embora distinto dos sistemas sociais observados, está em inter-relação com esses sistemas, os afeta e por eles é afetado. Deriva daí que a compreensão e o conhecimento do sistema observado dependem da inter-relação entre os sistemas observado e observante. Significa dizer que o objeto de observação é construído também pelo observador e pela relação entre observado e observante. É claro que o grupo se constitui independentemente do observador. Mas, reafirmo: o grupo que passa a ser do conhecimento do observador/concebedor

é o constituído na e com a observação/introdução do observador/conhecedor no grupo observado/interferido.

Outro princípio também necessário para compreender o mundo sistêmico complexo é a concepção de que os sistemas são “abertos e fechados”, e são “autônomos e dependentes” ao mesmo tempo, como já mencionado. Quer dizer, os sistemas têm fronteiras que os distinguem dos demais e, portanto, são autônomos, mas são ao mesmo tempo vinculados e mantêm trocas indispensáveis com outros, e, dessa forma, são interdependentes. Quer dizer, os sistemas se abrem para intercâmbio (de energia, informação) e se fecham para conservar suas características, de forma que façam sentido para si mesmos e para os que os observam e, especialmente, para se manterem vivos: como sistemas orgânicos não nos expomos a ambientes que ofereçam riscos à vida; no plano das ideias, tentamos manter uma coerência lógica; nos grupos que pertencemos buscamos definir o próprio e o alheio a nós. Uma reunião de equipe numa UBS tem uma organização quando o modelo de relação é hierárquico: a chefia inicia a reunião, lê a pauta e indica e coordena a forma de parlamentar. Se, no entanto, a reunião supõe distribuição de poder, ela se desenvolve de outro jeito. E todos os envolvidos reconhecem a maneira que ela se desenvolve e como podem, ou não, colocar-se na conversação. A organização da reunião pode se alterar (desorganizar-se) a partir de intervenções específicas de um participante ou devido a fatos emergentes mobilizadores, mas ela tenderá a se reorganizar segundo o modelo vigente de gestão da UBS e/ou de gestão da saúde.

Centrando a atenção no “princípio dialógico”, de acordo com Morin (2003), sobre o qual já discorri anteriormente, é indispensável considerar a conversação e os diálogos entre sistemas humanos fechados e abertos, autônomos e interdependentes e que, com suas próprias

lógicas, seus modos de ser, sentir e pensar interferem na vida dos outros. O diálogo, sempre desejado e de difícil execução, remete para o fato de que as pessoas em relação são sujeitos em intersubjetividades que se autoproduzem e produzem significados e trabalho.

Essa discussão vista isoladamente pode parecer muito teórica, distante da realidade dos pequenos grupos, e talvez incompreensível, mas logo veremos como ela é aplicável a um grupo concebido com um sistema em relação com outros sistemas: um sistema de sistemas. Será compreendido como uma pessoa, vista como um sistema psicológico, de ideias, distingue-se e vincula-se a outros sistemas humanos, institucionais: grupo de usuários, facilitadores de grupo, trabalhadores da saúde, UBS, gestão da saúde (conforme figura 2).

## **O pequeno grupo como sistema complexo**

O grupo constituído por um conjunto de pessoas com um objetivo comum é um exemplo de uma organização humana complexa: ele é constituído por múltiplos pensares, sentires, vozes e mãos que tecem juntos; o pessoal/singular pode conter quase tudo do grupal/plural e vice versa; tem uma organização sistêmica, um sistema de sistemas em inter-relação que opera, simultaneamente, no encerramento e na abertura operacionais, suficientes e necessários para dar estabilidade ao sistema, delimitar o que lhe pertence e o que lhe é alheio e, com isso, possibilitar intercâmbios com outros sistemas e contextos, visando respectivamente proteger-se para se preservar, transformar-se e recriar-se; as interações com o encerramento e a abertura operacionais se realizam garantindo a autonomia e a interdependência através dos diálogos e outras formas

de troca de informações e de comunicação; tem condições mínimas necessárias para que haja dialógica tecida entre os participantes, que produzem um circuito recursivo ou uma recursão geradora e regeneradora de auto-organização e autoprodução; é um sistema tecido na e pelas inter-relações sistêmicas que transitam por organizações, desorganizações, reorganizações, auto-organizações, hetero-organizações e caos, mas não linearmente e sim aleatoriamente; um sistema complexo que se equilibra, às vezes, e por definição, à beira do caos; uma organização que transita entre o não organizado e o organizado, e é ocasião para modificações de cada um dos sistemas, tanto o grupo quanto os participantes, quer dizer, partes e todo, em seus sistemas de ideias, sentires e fazeres na busca de uma organização da vida que faça sentido e que contemple o desejo e o bem-estar.

**Figura 3** - O grupo como um sistema maior, um sistema de sistemas, constituído por sistemas menores.



Fonte: Figura do autor.

O parágrafo anterior contempla os princípios do pensamento complexo postos em discussão. De acordo com o que viemos discutindo, a complexidade pressupõe diálogos, dialógicas entre múltiplas formas lógicas de pensar, organizados em sistemas de ideias, para conceber a vida. Complexidade, *complexus* significa tecer juntos, refletir, compreender e debater os fenômenos da realidade das pessoas de determinado contexto, desde múltiplas lógicas sem necessariamente chegar a uma síntese, ainda que se possa chegar a ela. Pressupõe respeitar e legitimar os diferentes pontos de vista e acolher o tensionamento daí decorrente. Implica em considerar e respeitar uma “coisa” E outra “coisa”. Assim mesmo, a complexidade considera os sistemas de ideias, por exemplo (embora o sistema possa ser pessoas, subgrupos, grupos e instituições), abertos E fechados e autônomos E dependentes, pois mesmo que sejam sistemas autônomos, com fronteiras que os distinguem de outros, por uma questão vital mantêm uma relação de interdependência. A complexidade sistêmica contempla, igualmente, um circuito recursivo no qual um fenômeno ora ocupa na relação o lugar e o tempo de causa, ora o de efeito. E, assim, o sistema é auto-organizado, diferentemente da organização dada pela relação causal linear na qual causa e efeito têm lugares e tempos distintos e definidos. Por fim, relembro o princípio da inclusão do sistema observador (pessoa que observa) no sistema observado, o que significa dizer que ao observarmos (um sistema observador que observa outro sistema) transformamos o sistema observado e, ao mesmo tempo, como observadores somos transformados pelo sistema observado.

Em consonância com esses princípios, e especialmente com o da dialógica, um pequeno grupo concebido do ponto de vista de sistemas complexos reconhece a utilidade das teorias tradicionais de grupo, mas não as aceita como

verdades únicas e absolutas e nem que os fatos universais e atemporais sempre estejam presentes como algo preditivo que determina o acontecer no grupo. Eles têm lugar, e são úteis para compreensão dos fenômenos do grupo, mas os contextos, as verdades locais, as singularidades, o conhecimento acadêmico e técnico em diálogo com os conhecimentos populares e locais também precisam ter assento e voz garantidos na mesa/roda de conversação e na elaboração de soluções para a vida. Sublinho isso em respeito ao princípio de que os acontecimentos do grupo não são apenas determinados por questões naturais universais dos seres humanos, e que, estando em grupo, se revelariam, como definem os autores da tradição mencionados. São acontecimentos também gerados pelas relações entre as pessoas pertencentes a culturas locais, construídas em contextos sócio-históricos específicos, pelas relações delas com o grupo, e pelas do grupo com seu contexto. Além disso, sublinhamos, são fenômenos que podem ser nomeados e concebidos segundo múltiplos saberes e lógicas singulares e não, exclusivamente, segundo as teorias tradicionais de grupo, que frequentemente aprisionam os facilitadores, impedindo-os de entregar-se aos acontecimentos do grupo e pluralidade de traduções possíveis.

Cito alguns exemplos de concepções inerentes às teorias tradicionais que critico. Um pressuposto básico de luta fuga, proposto por Bion (1970), e estágios de grupo de pré-tarefa, tarefa e projeto, sugeridos por Pichon-Rivière (2005), nem sempre ocorrerão, e se acontecem como fenômenos universais, os mesmos têm uma forma particular de se apresentar que precisa ser reconhecida, respeitada e legitimada. O mesmo se pode dizer da tendência atualizante de Rogers (2002) e da criatividade de Moreno (1972). São hipóteses de trabalho do facilitador, segundo sua orientação teórica, que podem ajudá-lo, mas nem sempre serão a melhor tradução dos acontecimentos

e nem sempre úteis para ajudar o grupo a resolver seus problemas. Não é aceitável que uma teoria concebida em um contexto muito diferente do atual, submeta os fenômenos de grupo a qualquer tempo e lugar encaixando-os no pensamento de quem facilita o grupo. As traduções dos acontecimentos serão múltiplas, segundo o lugar/papel exercido no grupo por cada um dos participantes, e de acordo com os sentimentos, experiências, ideias, ideologias e lugar que ocupa na sociedade e/ou comunidade.

Pois bem! Como facilitar os fenômenos grupais, considerando os princípios apontados anteriormente e contemplando especialmente os conhecimentos populares, com os significados atribuídos aqui?<sup>2</sup>

Para responder a pergunta, em primeiro lugar recomendo que seja considerado o passo a passo do Protocolo PloriVox, pois ele constitui uma estratégia inovadora de simplificação para enfrentar a complexidade do grupo. A estratégia como a arte de reunir e utilizar informações que aparecem na ação, na ecologia da ação, e que permitam formular esquemas de atuação no campo, com o máximo de certezas pra enfrentar as incertezas do mesmo campo.

[...] e um mundo incerto, toda decisão implica desafio e demanda uma estratégia, ou seja, a capacidade de modificar a ação em função dos acontecimentos aleatórios constatados ou de informações obtidas no decorrer do percurso. (MORIN, 2013, p.194)

---

<sup>2</sup> Em pesquisa realizada por Seminotti, Moraes e Rocha (2009), constatou-se que pessoas que facilitam grupos, sem nenhum conhecimento de teorias de grupo ou equipe, os mantêm vivos e em condições de responder aos objetivos a que se propunham.

Em segundo lugar, proponho algumas posturas e procedimentos do facilitador, em consonância com os princípios da complexidade sistêmica, e sugiro a atenção às correspondentes questões práticas a que se remetem.

Posturas, procedimentos e questões práticas:

1) Deixar em suspensão (colocar entre parênteses, deixar de lado por alguns momentos) o conhecimento prévio que temos sobre fenômenos de grupo: independentemente da teoria que nos respalde, concebê-la apenas como uma hipótese a ser verificada que supõe examinar a possibilidade de outros entendimentos.

2) Abandonar a ideia de que somente o/a facilitador/a conhece os fenômenos de grupo e estimular e aceitar a expressão do conhecimento dos participantes sobre o que flui: a conversação tenderá a ser mais de “igual para igual” e de todos com todos e surgirá a possibilidade da abundância de saberes, não da carência.

3) Deixar em lugar secundário a interpretação dos fenômenos do grupo, segundo a teoria que conhecemos (especialmente a transferencial), e privilegiar as descrições dos fenômenos pelos participantes, estimulando a que narrem/descrevam o que ocorre no grupo e façam também a autodescrição da experiência suscitada pelos acontecimentos: traz a conhecimento múltiplas versões populares sobre questões que permeiam o grupo.

4) Abandonar a ideia de que o facilitador deve ter a resposta às demandas do grupo e acolher a que supõe que sejam muitas respostas possíveis e dadas por multiplicidade de saberes: abre-se a possibilidade para a pluralidade de saberes e soluções.

5) Considerar as manifestações individuais como possibilidade de expressão do que está ocorrendo no grupo, ou seja, considerar que uma pessoa ao falar pode

representar os demais e colocar o foco também em todo o grupo: ela pode estar falando pelo grupo.

6) Prestar atenção aos modos de sentir, compreender e fazer pessoais para dar conta da vida, e reconhecê-los como legítimos e como contribuições aos próprios problemas e àqueles que permeiam o grupo: abre-se espaço para cocriação e maior aporte de soluções.

7) Proceder de forma a criar um clima de grupo que favoreça o compartilhamento de experiências, pensamentos e sentimentos: desenvolvimento da solidariedade e do apoio mútuo e importância às noções do universal/global e do particular.

8) Estar atento para que o sentido das informações oferecidas ao grupo sejam esclarecidas pelo autor e para que os sentidos atribuídos pelos ouvintes também sejam esclarecidos: enriquecimento da troca de informações e da comunicação, compreensão e aprendizagem.

9) Estimular e favorecer o intercâmbio entre os participantes, de modo a conquistarem pertencimento ao grupo, e a visualização e compreensão dos intercâmbios possíveis do grupo com outros sistemas e contextos: incrementar as conexões entre os sistemas intragrupo e intergrupos e com o contexto.

10) Reconhecer as singularidades de cada pessoa como sistema aberto e fechado, autônomo e interdependente e que faz intercâmbios com outros sistemas: reconhecer e legitimar as semelhanças e diferenças.

11) Considerar que a lógica/verdade do facilitador, como sujeito subjetivado às identidades pessoal e social, é apenas uma lógica entre outras tantas: promoção de uma relação mais horizontalizada, ou seja, relativização do saber/poder do facilitador e ampliação do estímulo ao empoderamento dos participantes.

12) Esclarecer os objetivos do grupo, responsabilizar-se pelas mudanças que podem ocorrer neles e apoiá-las para o atingimento dos objetivos: exercício do poder e da responsabilidade atribuída ao facilitador.

13) Estabelecer regras de convivência, mudá-las sempre que necessário e se responsabilizar pelo cumprimento do acordado, enquanto estiver vigente: as regras e objetivos do grupo são fundamentais para a conversação e o pertencimento, e o esclarecimento e a definição deles são de responsabilidade do facilitador.

14) Acolher e promover a reflexão e a compreensão dos arranjos emergentes (auto-organização) na lógica interna do grupo e na lógica das relações com outros sistemas e contexto: estímulo aos processos e devires do grupo e não à estabilidade das estruturas limitadoras.

15) Atentar para a multiplicidade de organizações do grupo, constituídas pelos subgrupos, e reconhecê-la como expressão de uma diversidade de lógicas que engendram a diversidade de pensamento e não como dissociação do grupo indesejável e que o prejudica: as lógicas dos subgrupos se contrapõem à lógica única do grupo e ajudam as pessoas a se libertarem dessa lógica única e totalizante.

16) Ponderar que as objetividades concebidas pelas pessoas no grupo são tecidas na intersubjetividade: reconhecer e legitimar o subjetivo, circunstancial e o emergente.

17) Considerar que o grupo, como um sistema fechado, tem uma auto-organização gerada por si próprio e, ao mesmo tempo, ao ser um sistema aberto, tem influências de informações e de forças externas que determinam a organização, significando que pode ser também hetero-organizado: o sistema complexo é auto-organizado E hetero-organizado.

## Considerações finais

Com as concepções e estratégias indicadas e a sugestão para que o facilitador coloque sua atenção nas questões práticas que decorrem delas, quero indicar a necessidade e a possibilidade de romper com posturas próprias do paradigma da tradição, que aqui denominei modernidade, e conceber o grupo desde o paradigma da complexidade sistêmica. À modernidade se sujeitam as teorias tradicionais de grupo criadas, quase todas, no início do século XX e apenas umas poucas até a década de 1970. Entretanto, a ciência passou a dar atenção para questões complexas do mundo e, para dar conta dessa mudança, houve transformações nas concepções das distintas disciplinas do conhecimento. Na psicologia dos grupos, no entanto, vigem as concepções tradicionais. Assim, há uma urgência em conceber o grupo de acordo com as exigências da complexidade contemporânea. Defendi a hipótese de que o grupo concebido como um sistema de sistemas pode dar conta dessa complexidade. O grupo como um sistema complexo constitui um método efetivo para acolher, refletir e desenvolver uma aprendizagem para responder à complexidade das relações humanas contemporâneas.

No entanto, e em consonância com a recomendação do pensamento complexo para não exclusão, mas para uma disposição às ligações e distinções entre os sistemas que tecem o sistema (neste caso me refiro aos sistemas de ideias que ancoram a facilitação de grupos), lembro a utilidade e o uso de conceitos e pressupostos de grupo da tradição citadas como são, por exemplo, a necessidade de regras de grupo, a atenção ao porta-voz, a conversação de todos com todos, e a estrutura dinâmica, postos em discussão.

Ao final deste capítulo, quero ainda tecer outras considerações que a quebra de paradigma suscita nas

práticas de grupo. O pensamento complexo indica que não podemos mais fazer apenas a análise para compreensão dos fenômenos do grupo, método que supõe reduzi-lo em suas partes elementares. Além da análise, precisamos da intuição, empatia, generosidade, como sugere Morin (2013), para compreender a organização do todo, a vida de cada pessoa como parte do todo, as relações entre as partes e as relações entre todo e partes. Sabidamente, a totalidade dinâmica sempre foi compreendida e considerada pelas teorias tradicionais. No entanto, essa totalidade tradicionalmente é vista como um padrão já conhecido, previsível, pois é prescrito nestas teorias. No ensino acadêmico sobre grupos, rotineiramente, recomenda-se aos alunos a identificação de padrões de organização de grupo conhecidos e previsíveis, ditados pelos autores da tradição, e os mesmos são bem avaliados quando enxergam o que dizemos que devem enxergar.

O todo orgânico do grupo se organiza, desorganiza, reorganiza e se auto e hetero-organiza e as palavras e conceitos que podem traduzir os fenômenos da organização sistêmica são múltiplos e não apenas os acadêmicos, mas também os populares. Frequentemente, quando ainda não têm palavras para nomeá-la os participantes do grupo nomeiam essa organização como uma “coisa”. Esta “coisa” pode ser o algo caótico e produzir um caos em nossos sentires e pensares: não sabemos o que dizer sobre os fenômenos do grupo e a organização dos mesmos. Como acolher esse caos, sem um código de registro cuja falta, evidentemente, gera desconforto? Já sabemos que do caos podem surgir transformações e que, portanto, ele pode ser o embrião para novas organizações da vida, coletiva ou individual, na busca de algo que faça sentido. (HOCK, 2014; MORIN, 2008) Para que isso aconteça basta que se dê tempo ao grupo - e aos que o facilitam – para que nasça uma organização compreensível e traduzível, segundo a

história do grupo, na relação com o contexto, de forma que faça sentido aos participantes. Estes, com seus saberes, frequentemente traduzem, com palavras que dão sentido à “coisa” que está acontecendo.

Ainda segundo os princípios da complexidade sistêmica, não precisamos ao final do grupo (como supostos detentores do poder/saber) nos obrigar a fazer uma síntese do que ocorreu, conduta muito frequente e inerente à tradição da facilitação. A síntese nem sempre é possível e desejável. E, quem sabe, seja apenas um cacoete da tradição da facilitação e uma necessidade da facilitação de ter os processos de grupo sob controle? A ideia de que do caos de um sistema pode nascer um ordenamento lógico e o princípio da dialética dialógica sugerem que se possa manter o tensionamento entre diferentes lógicas, mesmo que delas não surja uma síntese que inclua ambas as lógicas. Diferentes verdades, lógicas distintas e sentires contraditórios, e mesmo confusões sobre os acontecimentos do grupo, são comuns e podem ser frutíferos para a geração de outros pensares, sentires e aprendizagens. Possibilita, inclusive, romper com verdades totalitárias construídas na história do grupo. (SEMINOTTI, 2007)<sup>3</sup>

De acordo com o princípio da introdução do conhecedor no conhecimento, para compreender-se um grupo e constituí-lo como um método não basta apenas observar, mas nos observar enquanto observamos o

---

<sup>3</sup> Diferentemente do que pensam os grupálistas de orientação psicanalítica, e especialmente Pichon-Rivière (2005) e Bion (1970) e seu seguidores, como Ezquerro (2004), penso que os subgrupos que se organizam no pequeno grupo são organizações/sistemas que compõem, juntamente com a da totalidade do grupo, uma multiplicidade de sistemas: não significam uma dissociação do grupo, nem expressam uma tendência do grupo a um trabalho estéril. Quer dizer, me oponho ao que pensa Ezquerro (2004), que afirma que reconhecer e legitimar os subgrupos significa favorecer as dissociações que se prestam a visões parciais a serviço de uma identificação projetiva.

grupo, e considerar que nossa observação é afetada pelos observados e vice-versa. Assim, o assento dos acontecimentos se encontra na relação, um “objeto-subjeto” não estável, não mensurável e previsível e de difícil apreensão como objeto de estudo, posto que se trata de uma subjetividade tecida pela relação. Frente a isso é questionável a isenção do facilitador que pretenda ver com objetividade os fenômenos do grupo e interpretá-los apenas com conhecimentos tradicionais (disponível em nossa mente). Como apontamos, é necessário, por momentos, abandonar a razão, isenta de emoção, e lançar mão da compreensão, da empatia e da generosidade. No modo tradicional, as subjetividades do facilitador são objetivadas e explicadas, seja pela contratransferência, espontaneidade, empatia. No entanto, a subjetividade é compreensível por infinidade de registros e concepções: tantos quantos constituem os participantes do grupo, e de acordo com diferentes disciplinas das humanidades, não somente pela psicologia e saberes populares singulares. E se na facilitação não ficamos capturados pelas teorias da tradição e nem tornamos o conhecimento do grupo exclusivo de quem o facilita, a tradução das subjetividades que se manifestam em infinitudes de versões serão olhadas, pensadas e sentidas por múltiplas compreensões, expressas por pluralidades de vozes.

O questionamento da ideologia que subjaz ao paradigma tradicional contribui para romper com a suposição de que os poderes e saberes se restringem às elites culturais, econômicas, sociais, que enclausuram os que facilitam grupos. Os grupos reproduzem a estrutura hierárquica da sociedade e, capturados nela, os que facilitam não reconhecem e legitimam os saberes e poderes, aqui denominados populares, dos participantes do grupo. Como resultado dessa atitude, respaldada no paradigma e na ideologia tradicionais mencionados, deparamo-nos

com a vigência de uma constante subtração de recursos e valores, especialmente por não reconhecer e legitimar os saberes populares. Em decorrência disso, caímos na concepção da falta permanente de recursos e valores para dar conta das necessidades humanas para promoção da saúde. Não é incomum ouvir dos facilitadores que o grupo é muito “pesado”, que não entendem o que os participantes dizem e que os mesmos são resistentes. E isso, pode-se entender, é decorrência da atitude de colocar apenas sob sua responsabilidade o andamento do grupo e querer que o mesmo se submeta ao seu modo de entendê-lo. Quer dizer, os facilitadores, nessas situações, não atentam para o fato de que a abundância pode ser gerada pela coparticipação e cocriação na busca de soluções aos problemas que são compartilhados no grupo. Refletir conjuntamente com os múltiplos pensares e saberes, sobre como dar conta da complexidade do grupo e da vida e identificar, gerar e disponibilizar recursos necessários a ela vai em direção à abundância.

A carência de recursos mencionada aqui se revela na cultura da saúde pública na medida em se pensa que os recursos para produção de saúde estão disponíveis em poucos atores e equipamentos sociais como são, por exemplo, médicos, enfermeiros, gestores, laboratórios, hospitais, e não em todos os atores da saúde: todos os demais profissionais de saúde e usuários. Nestes últimos, especialmente os trabalhadores que não podem oferecer aos usuários tecnologias pesadas (medicamentos ou exames), no pensar de Mehry (2003), disponibilizam sua atenção, escuta e cuidado para a construção de vínculo de cuidado e, com este vínculo, viabilizam a produção de saúde. A partir dessa disponibilidade de construir relações nos grupos, por exemplo, as pessoas levam problemas e, nesse mesmo lócus, geram soluções na e com intersubjetividade, no vínculo de cuidado.

Há pouco ponderei sobre o que se pode denominar coação (agir juntos), cooperação, cocriação. Para isso, cabe ressaltar a necessidade de que o facilitador crie um clima de grupo que ofereça acolhimento para as descrições, autodescrições e comunicações de como os participantes organizam suas vidas: um clima que facilite compartilhar como concebem a vida e a organizam de forma que faça sentido. Como se arranjam para levar a vida da melhor maneira possível, de acordo com as circunstâncias, saberes e recursos disponíveis e valores que apreciam. Segundo a concepção de vida que viemos discutindo, as pessoas fazem arranjos ou organizações da vida, e a concebem e significam, com uma determinada lógica na forma de pensar, de maneira que faça sentido para si.

Em decorrência disso, os problemas inerentes à organização da vida e as soluções que dão a eles obedecem a uma lógica que faça sentido para si de acordo com um modo singular de pensar e significar os problemas e tentar solucioná-los. Ao haver escuta e acolhimento a essa lógica, e a como o problema se relaciona a ela, criam-se condições para, em primeiro lugar, ser entendida pelos ouvintes e, em segundo, fazer sentido para os que escutam. Além disso, havendo esse clima de facilidade para compartilhar, os que escutam têm a oportunidade de entender a lógica do problema narrado e oferecer outras formas lógicas de pensá-lo: em síntese, a possibilidade de lógicas compartilhadas serem postas em diálogo e haver uma dialógica. O compartilhamento e a compreensão singulares dos sentidos que são dados à vida, de como cada um “se arranja” com seus problemas, pode gerar espaço e ocasião para novas organizações e ressignificação dos problemas. Agora, essas diferenças podem gerar conflitos e, portanto, é desejável que haja também um clima que aceite o conflito e a tensão resultantes de lógicas discordantes ou colidentes

entre si: inclusive, a tensão originada pelas diferenças entre as lógicas do facilitador e a dos participantes.

O pressuposto que apoia essas considerações finais é a organização sistêmica da vida posta em discussão, segundo a concepção de Morin. Ao se proporcionar espaço para desorganizações e reorganizações da vida, cria-se ocasião para desorganizar a lógica que dá sentido à vida e para o florescimento de outras lógicas. A lógica de uma pessoa pode ser contestada e desfeita pela lógica das demais do grupo e, com isso, surge a oportunidade para uma organização regenerativa.

Vou ilustrar com um exemplo. Uma pessoa narra seu problema (obesidade, depressão ou hipertensão) no grupo ao qual pertence, de maneira que fica subentendido o surgimento do problema, dadas as circunstâncias de sua vida: uma vida vivida de certo jeito gera sintomas e doenças e estes, numa relação recíproca, influenciam a vida. Quer dizer, o problema é apresentado, tacitamente, como expressão de um determinado arranjo lógico de sua vida. Dito de outro modo, o problema revela um modo de levar a vida que faz sentido para que ele surja: uma vida sedentária, uma alimentação não saudável, um isolamento social podem contribuir para hipertensão, por exemplo. Visto assim, o problema é apenas a ponta do iceberg, que expressa como a vida está organizada, de forma que seja compreensível o surgimento do problema informado. Significa dizer que o problema faz parte de um todo, nem sempre visível para o falante, porque o todo de sua vida está abaixo da linha d'água. O todo é invisível e o problema só se revelando como a ponta do iceberg. Isso se configura sob a ótica do falante, ainda que geralmente ele não tenha consciência dessa relação da parte (problema) com o todo de sua vida. Podemos nos arriscar a dizer que de alguma maneira ele sabe, embora de forma não explícita,

mas tacitamente. Agora, sob a ótica do ouvinte que está no mesmo grupo, existe maior possibilidade que, desde fora, possa ver como o problema narrado faz parte da organização da vida do narrador. Assim, os significados e sentidos do problema atribuídos pelos ouvintes podem ser outros, porque são entendidos desde outro ponto de vista lógico. Então, havendo intercâmbios das distintas lógicas possíveis da organização da vida, uma dialógica —, surge a possibilidade de desorganizar e reorganizar a vida da pessoa que relata o problema, de forma que os sentidos e significados possam ser outros e enseje narrativas diferentes e novos modos de sentir, de pensar de significar e de reorganizar a vida de forma que sejam voltados para a busca da saúde.

A partir disso é que proponho pensar que o intercâmbio de organizações e desorganizações de sistema de ideias, de concepções lógicas sobre a vida entre pessoas num grupo, ou mesmo entre a lógica do grupo e do contexto (a Unidade Básica de Saúde, o Território Sanitário etc.) pode ser a oportunidade de novas organizações no modo de pensar e sentir um problema, um sintoma, um sofrimento ou um dilema de forma que este adquira novos sentidos e outros significados. Disso decorre a possibilidade de pensar que não existe falta de recursos, mas abundância deles e que basta apenas reorganizá-los para dar conta de problemas cotidianos. A hipótese é que se pode fazer o melhor da vida com que a vida oferece. Segundo este pressuposto, a questão principal é como organizamos os recursos disponíveis para dar conta da vida. A desorganização e a reorganização na lógica da vida, e dos possíveis problemas decorrentes, resolvem dificuldades que podem parecer insolúveis, mas que podem ser solucionados na medida em que se atribui outros sentidos à vida. É um processo que se presta à reorganização da vida nas e em conexões em redes autopoieticas.

Penso que quando o facilitador leva em conta o que é posto em discussão, ele cria condições para que o grupo se torne um método/caminho para promoção/produção de saúde. Na saúde coletiva, segundo a concepção de Mehry (2003), o grupo é uma tecnologia leve. Do meu ponto de vista, com apoio em Morin (2013; 2010; 2008; 2003; 2002), o caracterizo como um método. Um caminho que viabiliza a coação entre pessoas e a cocriação de multiplicidade de recursos que, seguramente, vão na direção da abundância dos mesmos. O grupo constitui um lugar que acolhe as dificuldades que levaram o usuário a buscar Atenção Básica, como um caminho para encaminhar uma solução aos seus problemas e, ao mesmo tempo, um lugar para conhecer e reconhecer recursos existentes e/ou engendrará-los para educação em saúde, promoção e produção de saúde. No mesmo lugar em que são compartilhados os problemas é ocasião para tecer, em múltiplas vozes, os recursos necessários para solucioná-los.

## Referências

ALVES, M.C.; SEMINOTTI, N. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. **Psicologia USP**, São Paulo, v.17, n.2, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php/script\\_sci\\_serial/Ing\\_pt/pid\\_0103-6564/nrm\\_iso](http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/Ing_pt/pid_0103-6564/nrm_iso)>. Acesso em: 18 dez 2015.

ANZIEU, D. **El grupo y el inconsciente**: lo imaginario grupal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

BECK, J. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BION, R.W. **Experiências com grupos**: os fundamentos da psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.

CABRAL, P.F.; SEMINOTTI, N. **Psychologica**, v.55, 2011, p.209-227.

FAGUNDES, P. M.; JOTZ, C.; SEMINOTTI. **Psico**, v. 39, n. 2, abr./jun. 2008, p.224-231.

FERRI, L. Sim, a França está em Guerra. **Zero Hora**, Porto Alegre, 15 nov. 2014, p.12.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 26ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GUATTARI, F. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

HOCK, D. **O nascimento da Era Caórdica**. São Paulo: Cultrix, 2014.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizaciones e instituciones**: la transformación de la burocracia. Barcelona: Granica, 1977.

LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1978.

MATURANA, H.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento**. São Paulo: Psy, 1995.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v.27, n. 65, set/dez. 2003.

MORAES, M.L.; MARQUES, J. A relação como laço grupal. **Revista Expressão Psi.**, Pelotas, v.5, n. 2, jul./dez. 2001, p.5-15.

MORENO, J. **Psicodrama**. 2ed. Buenos Aires: Hormé S.A., 1972. v.14.

MORIN, E. **A via: para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

\_\_\_\_\_. **Mi camino: la vida y la obra del padre del pensamiento complejo**. Barcelona: Gedisa, 2010.

\_\_\_\_\_. **Método 1: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

\_\_\_\_\_. **La mente bien ordenada**. Barcelona: Seix Barral, 2003.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ROGERS, C. **Grupos de encontro**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre a ciência**. Coimbra: Afrontamento, 2010.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2004.

SEMINOTTI, N.; ALVES, M. El pequeño grupo como un sistema complejo auto-organizado y extraorganizado. In: CAPARRÓS, N.; ROCHE, R.C. **Viaje a la complejidad**. Madrid: Biblioteca Nueva y México, Argentina: Siglo XXI, 2013.

SEMINOTTI, N.; MORAES, Ma.L.A.; ROCHA, F.M. Pequenos grupos informais nas instituições: exercício da cidadania e da dimensão instituinte. **Psico-USF**, v. 14, 2009, p.329-339.

SEMINOTTI, N. Los pequeños grupos: el tránsito del individuo/sujeto entre los subgrupos. **Clínica y Análisis Grupal**, v. 29, 2007, p.45-56.

ZIMERMAN, D.E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Atmed, 1997.





## CAPÍTULO II

# PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO: uma estratégia para capacitação em coordenação de grupos<sup>1</sup>

*Flávio Braga de Freitas  
Nedio Seminotti  
José Carlos de Carvalho Leite*

### Introdução

A pesquisa aqui relatada tem como tema os pequenos grupos sistêmicos complexos (PGSC). É colocada em discussão a possibilidade de serem utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS), em suas práticas educativas, como um caminho na melhoria da saúde dos usuários. Utilizou-se para este fim um protocolo de observação de grupos (POG). A pesquisa teve suas origens nas contradições entre as diretrizes básicas do SUS e a operacionalidade das mesmas, em relação às práticas grupais.

---

<sup>1</sup> Agradecemos aos psicólogos Leon Golendziner e Rodolfo Walber de Barros, então alunos de psicologia e bolsistas de Iniciação Científica do Grupo de Pesquisa, que trabalharam intensa e proficuamente na produção do protocolo de observação.

O ser humano nasce dentro de um grupo, isto é, uma família, que faz parte de uma comunidade, inserida em uma sociedade. Os grupos, inclusive os terapêuticos, exercem várias funções para as pessoas, tais como transmissão do senso de existência como ser humano, atividades educativas e funções terapêuticas, entendendo como terapêutico, conforme Pichon-Riviere (2005), uma ação que busca vencer ansiedades resistentes e propiciar mudanças a alguém, através da aprendizagem.

Há controvérsias em relação ao surgimento dos grupos terapêuticos. Segundo Mello Filho (2007), o surgimento dos mesmos seria atribuído à Pratt, em 1905, em Boston, onde ele realizava aulas especiais para pacientes com tuberculose, seguidas de discussões em grupo com os mesmos. Porém, a definição oficial da expressão “psicoterapia de grupo” foi criada por Moreno (1959, p.19) no Encontro Anual da Associação Psiquiátrica Americana, na Filadélfia, em 1932: “É uma forma de tratamento que se propõe, como tarefa, tratar tanto o grupo como um todo, como cada um de seus membros que estão em relação com ele.”

A organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada em melhorar o estado de saúde da população mundial, lançou as suas metas, através da Carta de Otawa em 1986: “Capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde.” (BUSS, 2008, p.88) No sentido de atender estas metas, o Brasil criou em 1994, através do Ministério da Saúde (MS), o PSF (Programa de Saúde da Família), como principal programa do SUS para promoção de saúde e qualidade de vida, prevenção de doenças e integralidade (atenção integral à saúde).

Os profissionais das USF realizam atividades educativas através de pequenos, médios e grandes grupos, denominados socioeducativos (GSE) e caracterizados por darem informações sobre saúde/doença e por não

estimulem a interação entre técnicos e usuários, e especialmente, entre estes. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995) Essas práticas, no entanto, contrariam as diretrizes do HumanizaSUS, que recomenda que se evitem as relações hierarquizadas e autoritárias, que quase sempre impedem a comunicação entre as pessoas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) O MS admite que os coordenadores desestimulam a interação mencionada por falta de capacitação para realizar grupos que contemplem as interações entre seus participantes. No sentido de promover avanços no SUS, o Ministério da Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) criou em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e uma das diretrizes é capacitar as equipes das USF a realizarem atividades em grupo.

Baseando-nos nas ideias providas da educação por Anastasiou (2007), nas abordagens com grupos de Zimerman (1992) e nas ideias providas da sociologia de Morin (2008a), adaptadas aos pequenos grupos pelo Grupo de Pesquisa do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, coordenado pelo Dr. Nedio Seminotti, Alves e Seminotti (2006), podemos afirmar que os grupos socioeducativos (GSE) não podem ser considerados educativos, pois não estimulam o potencial dos sujeitos participantes do grupo e, além disso, não são estritamente terapêuticos.

Em relação à importância terapêutica dos grupos na área da saúde, Zimerman (2007) indica a sua utilização na saúde preventiva, curativa e reabilitativa. Quanto à aplicabilidade da estratégia grupal com fins terapêuticos e educativos, Pichon-Rivière (2005, p.103) criou o grupo operativo, afirmando que “o eixo da tarefa faz dessa técnica um instrumento útil a qualquer tipo de trabalho.”

Os GOs têm por objetivo identificar pensamentos estereotipados que impedem um aprendizado grupal e individual. A dinâmica evolutiva intragrupal desenvolve-se em três fases: a pré-tarefa, a tarefa e o projeto. Na fase da pré-tarefa, os sujeitos manifestam ansiedades, interpretadas como resistências às mudanças, que os impedem de ingressar na tarefa. Na fase da tarefa, ao mesmo tempo em que elabora essas ansiedades, o grupo faz a abordagem planejada do objeto de conhecimento, ou seja, realiza uma produção conjunta. O projeto ocorre com a elaboração de um plano de trabalho, olhando pra o futuro.

Para tentar interpretar a dinâmica intragrupal anteriormente descrita, Pichon-Rivière (2005) desenvolveu a noção de cone invertido, uma espécie de esquema para observar os padrões de comportamento de grupo, no transcorrer do seu desenvolvimento. São sete os vetores do cone invertido: (i) *Afiliação*, participantes do grupo à espera de serem acolhidas por ele; (ii) *Pertença*, participantes que demonstram estar envolvidos com o grupo, que “vestem a camisa”; (iii) *Cooperação*, grau elevado de pertença, envolvimento na superação dos entraves que surgem no grupo; (iv) *Pertinência*, manter-se centralizado, agindo em prol da elaboração e resolução da tarefa; (v) *Comunicação*, conjunto de sinais verbais e não verbais utilizados, ou seja, a forma de se expressar e se colocar no grupo; (vi) *Aprendizagem*, vencer resistências à mudança, incorporar um conhecimento novo e passar a operar com este; (vii) *Tele*, disposição para trabalhar com outras pessoas, o que não implica em concordar sempre com o outro, mas ter empatia com ele. Na base desse cone invertido, encontra-se sempre o suposto que as pessoas têm uma resistência à mudança e a tarefa do grupo é procurar superá-la.

Uma questão central na proposta terapêutica dos grupos operativos é a ideia do tema emergente desvelado e

---

anunciado pelo participante do grupo que assume o papel de porta-voz: o tema principal do grupo, que está ativo, mas latente ou não explícito. O porta-voz, ao anunciar o tema emergente, cria aberturas e provoca rupturas nos “esquemas conceituais e referenciais do grupo” (ECROs), pessoais e do grupo. Esse emergente, ao trazer à tona conteúdos latentes, inesperados e indefinidos, traz também um clima de incertezas para o grupo. Isto é, ele desestabiliza os critérios de verdades únicas dos sujeitos do grupo, pois outras realidades se dão a conhecer. No transcorrer do processo de reflexão relativa ao emergente anunciado pelo porta-voz, o ECRO, individual e grupal, é acionado para operar na busca de soluções a problemas, baseado em experiências prévias pessoais e/ou na história do grupo. Assim, ocorrem trocas de conhecimentos e um de seus produtos é a produção de um conhecimento novo.

Ao articular a noção do porta-voz com sistemas complexos, explicitado a seguir, a complexidade dada pelo sistema de sistemas em inter-relação faz a integração do sistema individual com o sistema grupo e retroativamente integra o sistema grupo ao sistema individual, provocando uma construção recursiva do processo de aprendizagem e do conhecimento que passará, simultaneamente, a fazer parte dos dois sistemas. Isto é, a ação do porta-voz se correlaciona com a ideia de hologramaticidade, nos sistemas complexos de Edgar Morin. Segundo esta, o processo de aprendizagem e a produção de conhecimento das partes vão se integrando ao conhecimento do todo e o conhecimento deste, recursivamente, vai sendo incorporado pelas partes. Desse modo, podemos afirmar que o emergente grupal e a hologramaticidade são conceitos com sentidos similares que podem articular os princípios do grupo operativo de Pichon-Rivière (2005) com os princípios do pensamento sistêmico complexo de Edgar Morin (2008b), provindos da sociologia e adaptados, como referimos, por Seminotti e Alves e Alves

e Seminotti. Além da hologramaticidade, discutimos outras noções da complexidade que possam articular as incertezas provocadas pelo conteúdo emergente nos grupos. As inter-relações entre os sistemas, parte e todo, acaso e desordem, produzem qualidades emergentes que retroagem sobre o todo e as partes, conferindo-lhes novas propriedades. O princípio da hologramaticidade define que não só a parte está no todo como quase tudo do todo está nas partes. O princípio da organização recursiva contempla a ideia de que parte e todo são, simultânea e circularmente, produtos e produtores de si mesmos. O princípio da dialógica considera o convívio dos pensamentos e posições diferentes sem que um anule o outro. Todos são conceitos que apoiam a discussão sobre relações complexas. Um exemplo disso é a sociedade, que produz indivíduos e esses, recursivamente, produzem a sociedade. (MORIN, 2008b)

A partir da ideia dos grupos operativos, relativo ao conceito de emergente, que contém em si um potencial de desencadear um ambiente sistêmico complexo grupal, nos reportamos a Alves e Seminotti (2006). Os princípios da complexidade sistêmica propostos por Morin (2008b) passaram a nortear as pesquisas de Alves e Seminotti (2006) que publicaram o primeiro artigo sobre pesquisa nessa microsociedade, o pequeno grupo, como um sistema complexo. Ao abordá-los, eles (ALVES; SEMINOTTI, 2006) nos dão uma ideia do processo grupal do ponto de vista sistêmico-complexo:

No sistema pequeno grupo, as inter-relações são motivadas pelas singularidades e diversidades dos sujeitos, pelo próprio sistema grupo e seus subgrupos e pelas relações produzidas, gerando processos de organização e desorganização, de subjetivação e sujeição, de ordem e caos. (ALVES; SEMINOTTI, 2006, p.123)

Seguindo as colocações de Alves e Seminotti (2006), indagamo-nos como criar um grupo PGSC a partir de uma organização inicial baseada em uma estrutura formal do grupo praticada rotineiramente nas unidades de saúde, como são os grupos socioeducativos, que seja capaz de contemplar e potencializar as incertezas, o acaso e a desordem e, circularmente, promova a autorreorganização do mesmo, próprio do PGSC. Partimos da noção de estratégia de Morin (2008b), que recomenda nos munirmos de algumas supostas certezas para enfrentar as incertezas e na função estruturante dos organizadores dos processos grupais, que desenvolveremos a seguir.

### **Organizadores grupais**

Para contemplar a complexidade no pequeno grupo sistêmico, recorreremos aos organizadores dos processos grupais. Spitz (1996) utilizou o termo organizador no desenvolvimento individual, baseado nos organizadores embrionários, e Decherf (1986), Anzieu (1993) e Kaës (1995) propuseram uma sistemática de organizadores psicológicos para os pequenos grupos. Seminotti, Borges e Cruz (2004) abordaram o grupo sistêmico como um envoltório que ao mesmo tempo em que dá vida ao conjunto, permite trocas com outros sistemas externos e possibilita a recriação de si mesmo. Em Seminotti, Borges e Cruz (2004) encontramos as raízes para o entendimento dos organizadores nos pequenos grupos sistêmicos: uma estrutura móvel que delimita, dá forma e ao mesmo tempo se interliga a algo tão difuso e fluido, como é o acontecer grupal. E, assim, utilizando-se de “organizadores formalmente instituídos, levados ao grupo”, ou seja, organizadores predeterminados que precisam ser obedecidos pelos participantes do grupo

e de “organizadores informais que emergem no grupo e dão uma cara particular ao mesmo”, conforme Seminotti, Borges e Cruz (2004), os organizadores do grupo permitem demarcar e visualizar o processo do grupo, tornando-o visível e passível de observação, descrição e análise/compreensão.

Dando continuidade à noção de organizadores do processo do grupo, trazemos à discussão os vetores do cone invertido do grupo operativo de Pichon-Rivière (2005), articulando-os com as noções da complexidade apontadas, dialógica, recursividade e hologramaticidade e com as contribuições provindas do uso do método grupo em sala de aula, no qual Seminotti, Borges e Cruz (2004) e Seminotti (2007) sublinham a importância dos subgrupos como organizadores informais do grupo. Reconhecer os subgrupos é dar lugar ao nascimento e à convivência de uma multiplicidade de lógicas no mesmo grupo. Estas constituem polos de poder com força para se insurgir contra a verdade única no mesmo, que costumeiramente pretende impedir o surgimento de verdades múltiplas, comumente de difícil expressão para participantes individuais. Seminotti, Borges e Cruz (2004) e Seminotti (2007) divergem das ideias de Bion (1975), que associava os subgrupos à expressão de boicote ou fuga do trabalho grupal, e os torna facilitadores de mudanças, rompendo ideologias totalizantes.

Para pensar os organizadores, mantivemos o enquadre, a tarefa e a coordenação do grupo como seus organizadores formais que, em concordância com os organizadores emergentes, constituem os organizadores da complexidade grupal. Do ponto de vista do observador, são descritores observáveis da vida do grupo, constituindo uma espécie de estrutura dinâmica, como propôs Lewin (1948), e de acordo com os princípios da complexidade sistêmica de Morin (2008b), fundam uma estratégia que

nos permite observar, descrever e compreender o processo grupal. Considerando os organizadores/descriptores do grupo discutidos, constituímos o protocolo de observação para que observadores externos ao grupo, bolsistas de IC e técnicos do SUS pudessem registrar sua vida/processo.

Frente ao considerado, buscamos nesta pesquisa-ação responder as seguintes questões: (a) como o protocolo de observação de grupos pode auxiliar o coordenador a contemplar a organização, a ordem e a desordem nos PGSC? (b) como os organizadores grupais podem contribuir para capacitar técnicos do SUS, na coordenação de PGSC? e (c) como o protocolo pode servir de apoio ao coordenador de PGSC para promover saúde e qualidade de vida?

## **Método**

### **Delineamento**

Trata-se de uma pesquisa-ação na qual o pesquisador/ coordenador do grupo e os participantes representativos da situação-problema, usuários e técnicos do SUS, envolveram-se de modo cooperativo e participativo, ou seja, o pesquisador teve papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados. (THIOLLENT, 2004)

### **Participantes**

Participaram da pesquisa 12 usuários de uma unidade de saúde do SUS, encaminhados pelos médicos clínicos dessa unidade para serem atendidos em terapia de grupo. Destes, apenas um do gênero masculino, havendo heterogeneidade

quanto ao grau de escolaridade, situação socioeconômica, religião, idade e raça/cor. Apenas um usuário abandonou o grupo no transcorrer da pesquisa. No grupo, além do pesquisador-coordenador, estavam dois profissionais com papel formal previsto de coterapeutas, com o objetivo de serem capacitados na coordenação de PGSC e dois observadores, bolsistas de IC que faziam a observação e registro no protocolo de observação. As sessões ocorreram numa sala dessa unidade, com a frequência de uma vez por semana e duração de 12 encontros.

### **Procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados foi efetuada através da observação sistemática feita por dois observadores capacitados, dos relatos descritivos das sessões grupais, por via da observação participante do coordenador/pesquisador e do diário de campo.

### **Elaboração do protocolo**

Precisávamos de um protocolo que nos ajudasse a compreender como o PGSC se organiza para se tornar uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS, que nos auxiliasse a observar e registrar o acontecer grupal e que servisse como uma estratégia para refletir sobre o fenômeno grupal ocorrido na sessão. Além disso, que o protocolo pudesse ser um interlocutor que auxiliasse na avaliação da ação terapêutica e que permitisse, por fim, colaborar no processo de capacitação de técnicos em coordenação de PGSC. Como não o encontramos, passamos a desenvolver um protocolo de observação de grupos.

Passamos a construir o protocolo baseados nas definições dos organizadores do grupo e, a seguir, fizemos observação livre em grupos na unidade de saúde, onde posteriormente realizamos nossa pesquisa, e oficinas de observação de filmes em que havia trabalhos com grupo. Também foram observadas sessões de grupo com características interativas realizadas pelo pesquisador na sua cidade de origem. Por fim, foi elaborado o protocolo piloto e testado, como observação piloto, nos primeiros quatro encontros do grupo terapêutico, objeto desta pesquisa.

### **Organizadores do protocolo**

Para elaboração do protocolo, partimos da ideia de Morin (2008b, p.192): “A estratégia é a arte de utilizar as informações que aparecem na ação de integrá-las, de formular esquemas de ação e de estar apto para reunir o máximo de certezas para enfrentar as incertezas.” Articulamos esta estratégia com a posição sistêmica de Vasconcelos (2008), que defende a ideia da comunicação entre os sistemas. Assim, passamos a entender que o protocolo, contendo organizadores que permitem observar o grupo como um sistema complexo, caracteriza-se como um instrumento que reúne certas definições sistematizadas que nos dão uma relativa certeza para registrarmos as incertezas do acontecer grupal.

Os organizadores foram definidos a partir dos conceitos mencionados que, no entanto, foram sofrendo modificações em sua concepção, de acordo com o contexto da terapia de grupo. Assim, para responder às questões do protocolo, acordamos sobre a importância de contextualizar tais respostas. Exemplificando: uma pessoa do grupo traz

uma experiência de vida angustiante. Uma segunda pessoa, sentindo-se mobilizada, poderá dar aconselhamentos pertinentes ao assunto, tendo por objetivo encerrar o mesmo para que este pare de aumentar o sofrimento intragrupo. E assim acaba obstruindo a operatividade grupal rumo à tarefa. Podemos dizer que tais aconselhamentos são portadores de pertinência destoante da tarefa e, de acordo com isso, o registro do observador no protocolo leva em conta o contexto.

## **Análise dos dados**

Os dados produzidos durante a pesquisa foram analisados e compreendidos desde a perspectiva do método em Morin (2003). Neste, os três operadores teóricos, dialógica, hologramaticidade e recursão ou circuito recursivo, estiveram em permanente diálogo com os dados/informações dos participantes. Uma análise e compreensão integrativa e recursiva, considerando os operadores teóricos, as descrições das observações, os objetivos da pesquisa e as traduções/interpretações do pesquisador. Dito de outra forma, o estudo gerava um produto/efeito que, após ser submetido à análise nos seminários do grupo de pesquisa (GP), retornava ao campo de pesquisa como causa que, por sua vez, gerava novos produtos/efeitos, e este retroalimentava recursivamente (um circuito recursivo) a análise nos seminários subseqüentes.

A fidedignidade e a validade dos dados foram buscadas através das informações cruzadas dos múltiplos dados coletados, usando como critério a triangulação de técnicas de Minayo (2005). Foram cruzados os dados qualitativos provenientes dos seminários no GP, dos seminários de capacitação dos técnicos em coordenação

de grupos ocorridos depois das sessões de grupo objeto de pesquisa, com os dados quantitativos provenientes da pesquisa e processados através do programa SPSS e planilha Excel. A avaliação da consistência dos resultados obtida entre os dois observadores da pesquisa (BICs) baseou-se no Interteste. (JEROSCH-HEROLD, 2005) Utilizamos os coeficientes de confiabilidade (ICCs) de Shrout e Fleiss (1979 apud JEROSCH-HEROLD, 2005), tendo em vista a variável de interesse na pesquisa ser do tipo *continuum*. Para interpretação dos ICCs, recorreremos à classificação de Portney e Watkins (2000 apud JEROSCH-HEROLD, 2005): Pobres, abaixo de 0,50; moderados, entre 0,50 e 0,75; bom, acima de 0,75.

## **Resultados e Discussão**

### **Aplicação e desenvolvimento do protocolo**

Por questão de operacionalidade dividimos os organizadores de acordo com o tempo em que surgiam no grupo. Os que surgiram articulados com o tema emergente do grupo e a tarefa, denominamos de organizadores “produtores”: comunicação, afiliação, pertença, pertinência, tele, cooperação e hologramaticidade. Os organizadores que surgiram com os desdobramentos da tarefa denominamos organizadores “produtos”: aprendizagem, papéis, pertença, subgrupos, enquadre, coordenação, tarefa, recursividade e dialógica. Definimos que os organizadores produtores, pelo seu caráter mais dinâmico, teriam os seus quesitos respondidos durante o acontecer grupal e os produtos nos seminários pós-grupo.

Outra estratégia empregada foi dividirmos a sessão grupal em três tempos de vinte minutos, tendo como questão central o desenvolvimento da tarefa. Os primeiros vinte minutos para a pré-tarefa, depois a entrada na tarefa, isto é, enfrentamento do problema emergido dentro do grupo e no terceiro período a resolução da tarefa.

No transcorrer da pesquisa, percebemos que os vários organizadores do grupo, embora expressassem conteúdos singulares, apresentavam uma comunicação interna entre eles, promovendo uma auto-organização que, no conjunto dinâmico, constituíram um instrumento ativo, o qual denominamos protocolo. São exemplos de comunicação interna: “Como registrar no protocolo a questão proveniente do organizador da pertença?”, “Caso alguém esteja em silêncio ou olhando para o chão, como saber se está atento ou desatento?”. Concluímos que o organizador da pertinência poderia responder a essas questões, ou seja, quando determinada pessoa, ao manifestar-se sobre o assunto em discussão, demonstrava se estava atento, ou não, ao tema do grupo.

À medida que discutíamos sobre os organizadores, fomos percebendo a presença dos mesmos em outros espaços fora do campo de pesquisa. Por exemplo, na fase inicial da pesquisa o orientador do GP recomendou que fossem feitos seminários de capacitação com os observadores (BICs) para habilitá-los a responder os quesitos do protocolo através de discussões sobre os conceitos desses organizadores. O pesquisador sentiu certa resistência em nivelar-se aos observadores, estudantes dos primeiros níveis do curso de psicologia. Porém, com o tempo foi percebendo o quanto as perguntas e os comentários dos BICs provocavam reflexões e contribuíam com o surgimento de novas aberturas e olhares sobre os vários entendimentos possíveis em relação aos organizadores.

E assim percebíamos, no processo de interação entre o pesquisador e os observadores, a presença do organizador da recursividade. Diante disto, o protocolo em elaboração já demonstrava ser um interlocutor entre o pesquisador e os BICs. Essa experiência nos autorizou a pensar que se os BICs, mesmo no início do curso de psicologia, podiam entender o grupo, com mais razão poderiam também os técnicos do SUS, com formação superior, ainda que se possa considerar sua insuficiente capacitação para coordenar grupos assim como os alunos BIC.

Os organizadores que compunham os itens do protocolo, segundo a ideia de auto-organização do PGSC, conforme Alves e Seminotti (2006), adquiriam novas configurações de acordo com a evolução do grupo. Percebíamos que os organizadores sofriam uma influência recursiva do processo auto-organizativo do grupo e que essa nova organização grupal retroagia sobre os conceitos dos organizadores do protocolo e exigia que fossem feitas novas definições conceituais nos mesmos. O organizador “aprendizagem” ilustra essa situação: no início da pesquisa fazíamos o registro da aprendizagem dos usuários desarticulada da sua prática. Mas no andamento do grupo a aprendizagem era posta em prática na vida deles e retornava ao grupo, enriquecida. Definimos, então, que esta forma de aquisição de conhecimento deveria fazer parte de um processo dinâmico de aprendizagem grupal. E, assim, o protocolo, sempre um interlocutor produto e produtor, conteria perenemente as modificações conceituais dos organizadores, de acordo com a evolução do grupo.

## **Os organizadores como potência recursiva na pesquisa**

No transcorrer da pesquisa percebemos o quanto o protocolo, como interlocutor, estava presente recursivamente, e servia como organizador da mesma. No início do *seminário do grupo de pesquisa* (SGP), o pesquisador, os dois BICs e o orientador da pesquisa utilizávamos desse instrumento para procedermos a análise reflexiva e integrativa da grupoterapia. Dessa integração surgia uma nova organização da pesquisa e na segunda parte do SGP procedíamos à análise do protocolo objetivando uma compreensão conceitual dos organizadores do grupo contidos no protocolo.

Tais modificações repercutiam recursivamente em todo o protocolo e provocavam influências na organização do grupo. Essa lente de dupla direção era levada para dentro da sessão grupal seguinte, e isso ampliava a compreensão do fenômeno grupal e a ação terapêutica do pesquisador no grupo. Dois profissionais da unidade de saúde onde ocorria grupo tinham o papel de coterapeutas, e após a sessão se realizava o seminário de capacitação no qual o protocolo era orientador da discussão e aprendizagem. Aqui, o protocolo foi demonstrando ser um interlocutor frutífero no entendimento do grupo com base nos organizadores do seu processo, e no modo de coordená-lo. Assim, passamos a utilizá-lo como uma estratégia de capacitação dos técnicos na atividade de coordenação de grupos, em seminários logo após o grupo terapêutico, objeto desta pesquisa.

Esse exercício de resolver problemas de forma democrática e compartilhada, com a participação de todos os pesquisadores mencionados, contribuía com o desenvolvimento da autonomia dos usuários na busca autossolução de seus problemas: a compreensão de que o que queima não é o fogo, mas sim o não saber lidar com ele, levando ao aprendizado de que o ato de resolver

problemas imprevistos pode ser um gerador de vida e não de adoecimento. Dessa nova forma de olhar os problemas, percebíamos que o operar com a vida passava a se constituir para os usuários numa “metáfora”, com várias possibilidades, várias aberturas, conforme Morin (2008a). Por exemplo, em uma sessão uma pessoa descrevia as mudanças que estava experimentando no extragrupo e o coordenador perguntou o que motivou tal mudança. Uma participante respondeu que foi porque a colega havia aberto uma porta no muro da sua vida. A primeira pessoa, confirmando a interpretação da colega, respondeu: “Antigamente, eu vivia rançando e os vizinhos do condomínio me davam limão. Recentemente um vizinho me deu umas maçãs muito lindas.”

Tal situação confirma que a autonomia é a “categoria central e o critério definidor da atuação em promoção de saúde”, segundo (TEIXEIRA et al., 2008, p.01) e que os grupos de promoção de saúde, conforme Santos (2006, p.01), são um “instrumento capaz de contribuir com a autonomia.”

## **Um olhar sobre o instrumento**

Para analisarmos o protocolo de observação a partir dos índices de concordância entre os observadores, partimos do conceito de estratégia em Morin (2008b), entendendo-o como uma forma de ação que nos ajuda a reunir, no protocolo, certo grau de certeza para enfrentarmos as incertezas do fenômeno grupal.

Definimos que os índices de concordância acima de 61% seriam índices bons, e os inferiores seriam índices moderados e fracos. (ALTMAN, 1991) Levantamos algumas hipóteses quanto ao índice de concordância moderado dos observadores em relação a alguns dos organizadores.

*Afiliação e cooperação*: dificuldade em aferir o grau de envolvimento dos participantes do grupo para definir sua posição de afiliação ou de cooperação.

*Hologramaticidade*: dificuldade de abstrair e visualizar a ideia de que o uno pode estar no múltiplo, assim como o múltiplo poder se encontrar no uno.

*Dialógica*: afora a questão relativa à apreensão do conceito, outro fator importante foi a baixa frequência de situações dialógicas no grupo. Uma hipótese é que, devido ao baixo número de encontros, apenas 12, o grupo não pôde desenvolver maturidade e confiança suficientes entre seus membros para manifestarem essa postura.

*Tele*: devido a sua conceituação, apresenta um componente subjetivo muito importante e talvez isto explique o índice fraco de concordância desse organizador. (ALTMAN, 1991)

*Enquadre*: não ficou claro o fraco índice de concordância. Talvez tenha relação com situação ocorrida no 9º encontro, em que houve discussão e redefinição das regras do grupo entre coordenação e demais participantes.

*Subgrupo*: acreditamos que o seu índice moderado deveu-se à falta de clareza inicial da definição operacional do mesmo. Os observadores partiam da ideia de que os subgrupos só se constituíam a partir de diálogo entre duas pessoas e não prestavam atenção nas outras formas de constituição, por comunicação não verbal. Em relação aos papéis 2, julgamos que o seu índice moderado está relacionado ao fato de que as respostas aos quesitos, mudança ou não de papéis, deveriam ser buscadas por via indireta, por dedução.

Para análise de confiança recorreremos ao índice de concordância entre juízes observadores, que aqui são os

BICs, que atingiram um índice médio de concordância de 60,85%.

**Quadro 1** – Organizadores do grupo: frequência de registros de observações e percentual de concordância entre observadores.

<b>Organizadores do grupo</b>	<b>Frequência de registro de observações</b>	<b>% de concordância entre registros de observadores</b>
Comunicação Verbal	186	133 (71,5%)
Comunicação Não Verbal	217	151 (69,6%)
Afiliação	252	138 (54,8%)
Pertença <sup>a</sup>	221	147 (66,5%)
Pertinência	78	58 (74,4%)
Papéis <sup>b</sup>	208	128 (61,5%)
Cooperação	177	82 (46,3%)
Hologramaticidade	112	53 (47,3%)
Recursividade	129	90 (69,8%)
Dialógica	163	91 (55,8%)
Tele	190	56 (29,5%)
Tarefa	144	96 (66,7%)
Coordenação	216	194 (89,8%)
Enquadre	78	36 (50%)
Subgrupos	48	27 (56,3%)
Aprendizagem	82	61 (74,4%)
Papéis2 <sup>c</sup>	52	25 (48,1%)
Pertença2 <sup>d</sup>	54	34 (63%)

<sup>a</sup> Pertença está associada ao estar no grupo atrelado a demandas externas.

<sup>b</sup> Papéis referem-se aos do porta-voz emergido dentro do grupo.

<sup>c</sup> Papéis2 referem-se aos papéis predefinidos.

<sup>d</sup> Pertença2 refere-se a estar no grupo por opção, por vontade própria.

Fonte: Dados da pesquisa.

## Considerações Finais

A pesquisa iniciou com o tema os pequenos grupos sistêmicos complexos. No transcorrer do processo o protocolo de observação de grupos (POG), que era apenas uma questão de pesquisa, passou a assumir um papel relevante na mesma. O POG permitiu compreender e descrever como o PGSC centrado na tarefa se organiza. Possibilitou ao mesmo tornar-se uma estratégia eficiente no sentido de auxiliar os participantes a encontrarem soluções para seus problemas e, com isso, adquirirem autonomia para a solução dos mesmos. Como consequência, à medida que isto acontece de forma compartilhada, contribui para transformar a energia destinada ao conflito, geradora de doenças, em promoção de saúde aos usuários do SUS.

De outro lado, o protocolo de observação funcionou como um instrumento de múltiplas lentes que ajuda a olhar, descrever e compreender o fenômeno grupal. Revelou ser um interlocutor efetivo no seminário após o grupo, entre técnicos em capacitação. Aqui desencadeou discussões e produção de novos conhecimentos. Além disso, o protocolo organiza a discussão relativa à dinâmica do grupo e sugere ser uma estratégia efetiva na capacitação em coordenação de grupos. Os registros dos organizadores do processo do grupo permite que o técnico se aproprie da dinâmica grupal com base PGSC para que possa coordená-lo. Considerando o exposto, pensamos que o protocolo usado na pesquisa pode ser utilizado nos Polos de Educação Permanente do SUS para capacitação de técnicos em coordenação de grupos. O protocolo revela um modo particular de intervenção em grupos que poderá ser replicado nas práticas de grupo no SUS. Da maneira como foi proposto, ou com alterações e avanços necessários para adequar-se a contextos e habilidade singulares dos coordenadores. Além

disso, ele pode se constituir como um estímulo a outras pesquisas referentes ao método grupal e com isto melhorar sua efetividade.

## Referências

ALTMANN, D.G. Some common problems in medical research. In: **Practical statistics for medical research**. London: Chapman and Hall, 1991.

ALVES, M.C; SEMINOTTI, N. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. **Psicologia USP**, São Paulo/SP: USO-IP, v.17, n. 2, 2006, p.113-33.

ANASTASIOU, L.G.C. **Processos de ensinagem na universidade**. 7ed. Joinville: Univille, 2007.

ANZIEU, D. **O grupo e o inconsciente**: o imaginário grupal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

BION, W.R. **Experiências com grupos**. Tradução Walderedo Ismael de Oliveira. 2ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p.53-54.

BRASIL. Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. **Capacitação para as equipes da saúde da família**. O processo de trabalho das equipes. A humanização no SUS. Brasil, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Primeiro encontro para discutir saúde mental no estado de Tocantins**. Orientação Dra. Fátima de Oliveira e Dr. Jorge Bichuetti. Novembro, 1995.

BUSS, P.M. **Capacitação para as equipes da saúde da família**. Módulo 1: A Atenção Básica no Contexto das Políticas Públicas de Saúde e as Estratégias de Implementação. Escola de Saúde Pública de Santa Catarina – Brasil, 2008.

DECHERF, G. **Édipo em grupo**: psicanálise e grupos de crianças. Porto Alegre: Artmed, 1986.

JEROSCH-HEROLD, C. An evidence-based approach to choosing outcome measures: **British Journal of Occupational Therapy**, v.68, n.8, Aug. 2005.

KAËS, R. **El grupo y el sujeto del grupo**: elementos para uma teoria psicanalítica del grupo. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1948.

MELLO FILHO, J. (Org.). **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. 2ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORENO, J.L. **Psicoterapia de grupo e psicodrama**. São Paulo: Mestre Jou, 1959.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**. 15ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008a.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 12ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008b.

MORIN, E. **O Método 1: a natureza da natureza**. Tradução Ilana Heineberg. 2ed. Porto Alegre: Sulina, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SANTOS, L.M.; Da ROL, M.A.; CREPALDI, M.A. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, 2006.

SEMINOTTI, N.; ALVES, M. El pequeño grupo como un sistema complejo auto-organizado y extra-organizado. In: CAPARRÓS, N.; ROCHE, R. C. **Viaje a la complejidad**. Madrid: Biblioteca Nueva y México/Argentina: Siglo XXI, 2013.

SEMINOTTI, N. Los pequeños grupos: el tránsito del individuo/sujeto entre los subgrupos. **Clínica y Análisis Grupal**, v. 29, 2007, p.45-56.

SEMINOTTI, N.; BORGES, B.G.; CRUZ J.L. O pequeno grupo como organizador do ambiente de aprendizagem. **Psico-USF**, v.9, n.2, jul./dez. 2004, p.181-189.

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

TEIXEIRA, P.F.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, supl.2, 2008, p.2115-2122.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13ed. São Paulo: Cortez, 2004.

VASCONCELOS, M.J.E. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 7ed. Campinas: Papyrus, 2008.

ZIMERMAN, D.E. A formação psicológica do médico. In: **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

ZIMERMAN, D.E. A importância dos grupos na saúde, na cultura e diversidade. **Revista do Nesme**, v. 4, n.4, 2007, p.01-109.



## CAPÍTULO III

### **PLURIVOX<sup>1</sup>: um Programa de Capacitação para Facilitação de Grupos AB.**

*Nedio Seminotti*



**Mostras Regionais de Atenção Básica - 2014**

## **PluriVox**

A Saúde Tecida em Múltiplas Vozes da Grupalidade



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL



<sup>1</sup> Agradeço aos trabalhadores e, especialmente, aos Agentes Comunitários de Saúde das UBS Cerne e Santo Operário de Canoas – RS, pelas contribuições ao desenvolvimento do PluriVox.

Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul -  
Brasil

Secretaria de Saúde de Canoas - RS

**A Grupalidade no SUS**

**Projeto de Atendimento em Grupos na Atenção Básica**

**PLURIVOX: A Saúde Tecida em Múltiplas  
Vozes da Grupalidade**

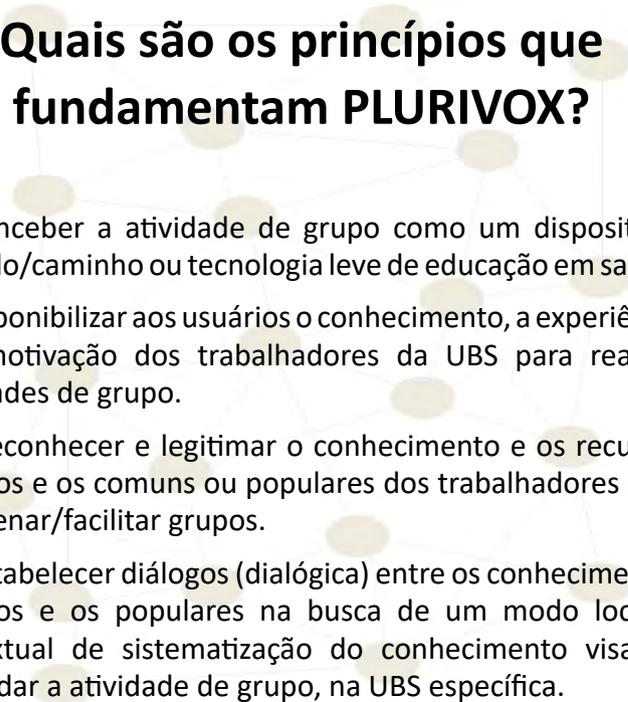
Gerando uma tecnologia leve ou um método/caminho  
para produção de saúde

Consultor/apoiador: Psicólogo e Doutor em Psicologia  
Nedio Seminotti



## Quem participou desta obra?

- Trabalhadores da saúde das UBS Cerne e Santo Operário - Canoas, RS
- Usuários
- Gestores da saúde
- Apoiador para ativação de grupos



## Quais são os princípios que fundamentam PLURIVOX?

I - Conceber a atividade de grupo como um dispositivo/método/caminho ou tecnologia leve de educação em saúde.

II - Disponibilizar aos usuários o conhecimento, a experiência e a motivação dos trabalhadores da UBS para realizar atividades de grupo.

III - Reconhecer e legitimar o conhecimento e os recursos técnicos e os comuns ou populares dos trabalhadores para coordenar/facilitar grupos.

IV - Estabelecer diálogos (dialógica) entre os conhecimentos técnicos e os populares na busca de um modo local e contextual de sistematização do conhecimento visando respaldar a atividade de grupo, na UBS específica.



## Como se desenvolve a Programa PLURIVOX?

A capacitação dos trabalhadores da AB na facilitação de grupo ocorre através de um método cocriativo (participativo) recursivo: o trabalhador da UBS com disponibilidade começa a facilitação do grupo; outros trabalhadores, interessados em facilitar grupos, observam o grupo que iniciou; os observadores registram os fenômenos de grupo em um protocolo de observação, desenvolvido para capacitação; assim que termina o grupo coordeno um seminário com o trabalhador facilitador e os observantes; o protocolo vira um interlocutor que foca e organiza a discussão no seminário objetivando a capacitação dos trabalhadores.



## Como começou?

Inicialmente foi executado por mim, como apoiador de grupos, um pré-projeto com o objetivo de realizar uma observação participante em todas as rotinas das duas UBS mencionadas. Respaldado na aprendizagem gerada na observação, passei a dar apoio à gestão das UBS, articulada com a gestão da SMS/Canoas, no sentido de reativar grupos que existiam e apoiá-los para começar outros grupos. A seguir trabalhei com o objetivo de sensibilizar e capacitar os trabalhadores para facilitar grupos de usuários. Tínhamos conhecimentos gerados em pesquisas anteriores sobre o modo de capacitar trabalhadores na AB, mas a observação participante nos fez compreender que era necessário fazer adequações à capacitação, de acordo com o contexto das UBS mencionadas.

## Por que desenvolver o PLURIVOX?

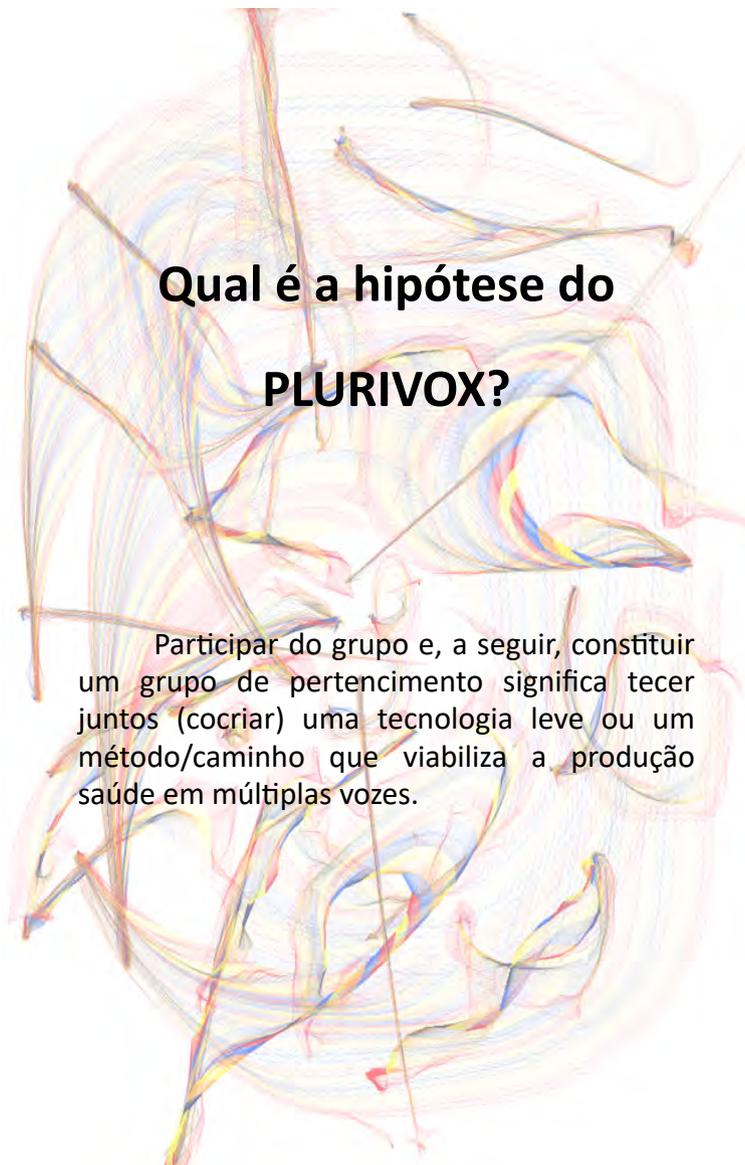


A legislação do SUS recomenda aos trabalhadores que realizem atividades coletivas como forma de atenção aos usuários e de construção de vínculos entre usuários e entre usuários e trabalhadores visando à produção de saúde. Os trabalhadores fazem grupos socioeducativos, grupos de apoio aos tabagistas etc., que são atividades coletivas bem-estruturadas. Embora os grupos estruturados sejam mais fáceis de realizar o que facilita a tarefa do trabalhador, há neles pouco espaço para conversação de todos com todos e para o acolhimento de questões que emergem na grupalidade. A mesma legislação reconhece que poucos trabalhadores estão capacitados para facilitar grupos pouco estruturados ou não estruturados e acolhe as iniciativas de capacitação para facilitação desses grupos nos quais os participantes são estimulados à conversação e a serem protagonistas na solução de problemas pessoais e/ou da comunidade.

## Para quê?



O Programa Grupos/SUS tem o objetivo de capacitar os trabalhadores da AB para a facilitação de grupos não estruturados ou semiestruturados e aprimorar os estruturados (socioeducativos), na AB, de modo que o grupo possa acolher as necessidades e desejos dos usuários, ser espaço de conversação entre eles e oportunidade para geração de soluções às necessidades dos participantes. Dito de outro modo, um grupo que acolha as subjetividades e, na ação intersubjetiva, teçam e gerem outras subjetividades e sentidos de vida para as pessoas. Assim, o grupo, para o qual as pessoas levam os problemas, se transforma em um caminho/método para encaminhar soluções na busca de uma vida mais saudável.



## **Qual é a hipótese do PLURIVOX?**

Participar do grupo e, a seguir, constituir um grupo de pertencimento significa tecer juntos (cocriar) uma tecnologia leve ou um método/caminho que viabiliza a produção saúde em múltiplas vozes.

## **Quais são os passos necessários para a capacitação do trabalhador?**

Identificar trabalhadores (capacitados ou não) que tenham disponibilidade para começar um grupo.

Apoiar a iniciativa e recomendar a observação de algumas competências básicas para facilitação de grupos, indicados no protocolo.

Pactuar com o trabalhador que começa a facilitar o grupo para que ele permita que outros trabalhadores que desejam se capacitar observem grupo em andamento.

Orientar e apoiar os observadores capacitando-os para que observem o grupo em andamento e especialmente o exercício das competências de facilitação, guiados pelo protocolo de observação e para fazerem alternância de papéis com quem facilita.

Orientar e apoiar para que registrem no protocolo os acontecimentos específicos do grupo.

Realizar, um seminário de capacitação e o exercício das competência recomendadas, imediatamente após o grupo observado, orientados pelo protocolo.

Reconhecer o protocolo como um “interlocutor” que organiza as discussões no seminário.

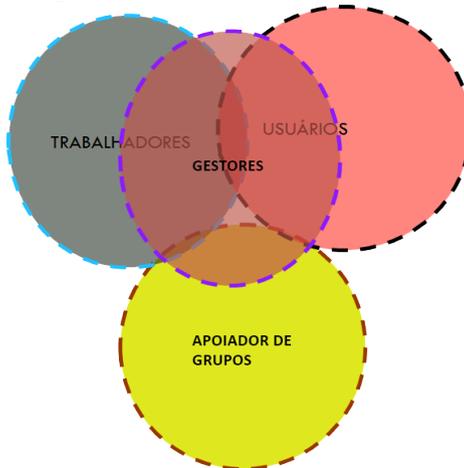
Apoiar os trabalhadores que fazem parte do seminário a apreender coletivamente os fundamentos para facilitar um grupo de forma que ele acolha e estimule as múltiplas vozes dos participantes para tecer juntos vínculos de cuidado e produção de saúde.

## Como a gestão se implica no programa de capacitação?

Antes de começar o grupo é preciso negociar e pactuar com a gestão da UBS e da SMS para que elas reconheçam a grupalidade como uma atividade rotineira da UBS, de forma que a facilitação de grupos e a capacitação no seminário que ocorre logo após o grupo, sejam consideradas na planilha de produção dos trabalhadores.

Para esse reconhecimento os trabalhadores precisam fazer um projeto de atenção ao usuário em grupo, justificando esta necessidade, e submetê-lo à gestão.

Com a aprovação do projeto fica garantido pela gestão da SMS do município que, na hora do grupo, os usuários que fazem parte dele serão registrados como tendo sido atendidos pelo trabalhador, mesmo que esses usuários não tenham sido agendados pelo teleagendamento.



Legenda: Os sistemas são autônomos e interdependentes.  
Fonte: Imagem do autor.

## O que aconteceu?

No início da observação participante foi necessário um tempo significativo para construir vínculos de confiança mútua entre nós e alinhar meu projeto com o dos trabalhadores e gestores da saúde.

Comecei a ter conhecimento da história de grupos que haviam sido desenvolvidos nas UBS e como eram concebidos.

Fiz a adaptação dos meus conhecimentos relativos aos processos e organizadores dos grupos, para adequá-los ao contexto de cada UBS.

Dialoguei com os trabalhadores contemplando nossas múltiplas lógicas, sobre a maneira de pensar o grupo, de forma que os sentidos dessas lógicas fossem claros a todos e, assim, possibilitassem uma dialógica e recursividade.

Adequiei o protocolo de observação ao contexto das UBS e o apresentei aos trabalhadores para discussão, buscando uma linguagem e entendimento comuns, sobre os fenômenos de grupo (uma validação semântica).

Do ponto de vista institucional, os trabalhadores (especialmente os ACS) que faziam grupos se





queixavam por não poderem mais fazê-los e atribuíam esta impossibilidade ao teleagendamento.

Busquei saber com a gestão das UBS e da SMS de Canoas, como a gestão poderia propiciar a retomada de espaço para as grupalidades.

Encontrei na gestão municipal uma disponibilidade para reinstaurar as grupalidades e começar outras adequando esta atividade ao sistema de gestão.

Os trabalhadores das UBS decidiram realizar atividades de grupo: retomar os que já ocorriam e começar novos.

Alguns trabalhadores fizeram projetos para desenvolver grupos e os submeteram às gestões da UBS e da SMS.

Na UBS Cerne o “Grupo Mais Saúde” foi reativado e na Santo Operário foi criado um grupo psicoeducativo.

As atividades de grupo e/ou possibilidades de novos grupos passou a ser rotineira nas agendas das reuniões da UBS.



Alguns trabalhadores foram se capacitar para fazer grupos de atenção aos tabagistas.

Passei a ser consultado sobre como começar um grupo e o protocolo se tornou útil para uma orientação básica para este fim.

Minha presença sistemática em todas as reuniões da UBS, e em algumas equipes, pelo período de 10 meses, criou condições para o desenvolvimento de um vínculo de confiança entre nós e propiciou que apoiasse os trabalhadores para o desenvolvimento das equipes.

Os intercâmbios e mediações entre as gestões das UBS e da SMS facilitou o processo instituinte na reinstituição da gestão da saúde, no que diz respeito à inclusão das atividades de grupo nas de rotinas de trabalho das UBS.



## Quais são as reflexões finais?

Convivendo com os trabalhadores das UBS, observo que eles precisam constantemente atender às demandas dos usuários e da gestão da saúde e o fazem com muito empenho, mesmo nos momentos que isso exija muito esforço e tempo de trabalho. No entanto, como a atenção voltada para essas demandas tem pouco tempo para planejar atividades e/ou reorganizá-las: envolvem-se quase sempre no atendimento das demandas mencionadas, restando pouco tempo para pensar em estratégias do serviço.

Diante desse cenário, incluir nas rotinas UBS a grupalidade como forma de atenção aos usuários, exigiu e exige uma constante atenção e apoio aos gestores e trabalhadores no sentido de manter e conquistar espaços para inclusão de atendimento aos usuários em grupo.

Como resultado do empenho de todos, hoje, temos atividades de grupo em andamento: Grupo Mais Saúde, Grupo Piscoeducativo e Grupo de Caminhada. Além desses, alguns projetos de atendimento em grupo estão sendo elaborados, com meu apoio.

Do ponto de vista de gestão de saúde, a Ficha de Atividade Coletiva contempla Atividade Coletiva e Atendimento em Grupo. E, com isto, reconhece administrativamente o atendimento em grupo como produção do trabalhador, além da despendida nos

atendimentos aos usuários teleatendidos. Assim, os trabalhadores que “faziam” grupo puderam recomeçá-los e os que têm desejo para iniciar atendimento em grupo encontram espaço para essa prática.

Do ponto de vista dos usuários, na grupalidade, eles têm um caminho/método no qual são corresponsáveis e protagonistas na produção de saúde.

**Obrigado**

Nedio Seminotti

nedio.seminotti@gmail.com



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para práticas em serviço**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)>. Publicação: 2002.

CASTORIADIS, C. **El mundo fragmentado**. La Plata, Argentina: Caronte, 2008.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

GUATTARI, F. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

MEHRY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SEMINOTTI, N.; ALVES, M. El pequeño grupo como un sistema complejo auto-organizado y extra-organizado. In: CAPARRÓS, N.; ROCHE, R. C. **Viaje a la complejidad**. Madrid: Biblioteca Nueva y México/Argentina: Siglo XXI, 2013.





## **CAPÍTULO IV**

# **GRUPO DE EMAGRECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>**

*Darlise Rodrigues dos Passos  
Gabriela Gianichini  
Nedio Seminotti*

### **O trabalho com grupos na Atenção Básica**

O sistema de saúde brasileiro, SUS, possui na Atenção Básica (AB) espaço de realização de atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças e ações curativas com capacidade de resolução de cerca de 85% das necessidades de saúde mais frequentes na população.

---

<sup>1</sup> Agradecemos à Enfermeira Vanessa Scheck e às ACS da UBS Santo Operário - Carmelize Barbieri de Lima, Eloisa de Moura Nening, Jaqueline de Oliveira, Simone de Lima Velela, Débora Pereira de Mello, Elen Tuane de Deus, que, embora não tenham sido coautoras no capítulo, estiveram trabalhando no grupo de emagrecimento e participando ativamente nos seminários de capacitação.

(STARFIELD, 2002; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) O Ministério da Saúde passou a investir na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para reorganização da AB, ampliando a cobertura de Equipes de Saúde da Família. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) Em 2008, surgiram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família como equipes multiprofissionais que desenvolvem apoio matricial às equipes de ESF com o objetivo de ampliar o escopo das ações ofertadas e aumentar a capacidade de cuidado integral aos usuários na AB. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; 2011)

No atual contexto, verifica-se que o excesso de peso é um importante problema de saúde pública no país, atingindo mais da metade dos brasileiros, sendo que 17,5% dos adultos são considerados obesos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) Atrelado a esses índices, percebe-se nas últimas décadas importante alteração nos hábitos alimentares com aumento significativo no consumo de alimentos ricos em açúcar, gordura e sódio, concomitante a uma redução na prática de atividade física, o que vem acarretando um incremento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população com forte impacto sobre o sistema de saúde. (STARFIELD, 2002; SCHRAMM et al., 2004) Dessa forma, as equipes de Saúde da Família possuem um grande desafio no enfrentamento da obesidade e das doenças crônicas a ela associada, necessitando estratégias de cuidado e ferramentas efetivas que incidam sobre esse problema. (KUMPEL et al., 2011)

Reconhece-se a obesidade enquanto doença multifatorial que necessita abordagem e tratamento com equipe multiprofissional de saúde. Alguns estudos vêm demonstrando a efetividade dos grupos de emagrecimentos como estratégia terapêutica para o cuidado da população com excesso de peso. (BUENO et al., 2011; MONTEIRO;

RIETHER; BURINI, 2004) Evidencia-se em publicações na área de saúde coletiva a recomendação para que profissionais da AB realizem atividades em grupos como estratégia de cuidado em saúde da população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) Na prática, o que se constata é a realização de grupos socioeducativos, muito estruturados, como se fossem aulas. Isso se deve, seguramente, ao fato de que grande parte dos profissionais não possui em sua formação capacitação para realizar grupos não estruturados ou semiestruturados. Além disso, não há programas sistemáticos no SUS de capacitação para facilitação de grupos não estruturados e/ou semiestruturados, dificultando assim que essa abordagem se desenvolva de maneira efetiva e atinja os resultados esperados. Somado a isso, percebe-se uma escassez de publicações que compartilhem relatos de experiências sobre o trabalho com grupos na AB, abrangendo desde o processo de criação de um grupo, o desenvolvimento e as estratégias para manter a adesão dos usuários, assim como a inexistência de ferramentas para observação e avaliação do trabalho desenvolvido. Diante dessa realidade, este capítulo tem como objetivo descrever uma maneira de capacitação para facilitação de grupos não estruturados e semiestruturados, relatar e discutir a experiência de profissionais de saúde na facilitação de um grupo de emagrecimento, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde no município de Canoas/RS, discutir pontualmente experiências vividas na facilitação e as dificuldades, bem como as soluções para essas, desde o momento de implantação do grupo, pondo em evidência as potencialidades do trabalho com grupos na AB.

## **Desenhando a possibilidade de trabalhar com grupos**

A Unidade Básica de Saúde, onde é realizado o grupo o qual será relatado neste capítulo, é composta por duas equipes de ESF, uma equipe de saúde bucal e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Situa-se em um bairro no município de Canoas que abrange uma população com importante vulnerabilidade social e econômica. A partir de 2014, o município configurou uma equipe de NASF, composta por sete profissionais (assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, nutricionista e psicólogo), com objetivo de prestar apoio matricial para equipes de ESF trabalhando, da mesma forma, sob a lógica de território adstrito. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS, 2014)

Desde o início do trabalho, em maio de 2014, começaram a ser desenvolvidas reuniões de matriciamento entre NASF e ESF, nas quais ocorriam discussões de casos, educação permanente e planejamento de ações para a população adscrita. Após alguns meses do início desse trabalho conjunto, os profissionais evidenciaram um contingente importante de usuários com excesso de peso e que consultavam na UBS devido às DCNT (tais como hipertensão, diabetes e dislipidemias). Desde então, começou-se a pensar nas possibilidades de enfrentamento desse problema... eis que um dia surgiu, conjuntamente, a ideia de se criar um grupo de emagrecimento na UBS. Definiu-se que a enfermeira de uma das equipes juntamente com duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) iriam coordenar o grupo, com o apoio da nutricionista do NASF. Dessa forma, pode-se perceber que o grupo surgiu a partir de uma necessidade identificada pelos profissionais da equipe.

Ainda nesse contexto, o município de Canoas contava, em 2014 até 2015, com um psicólogo pesquisador, que desenvolve uma capacitação para facilitação de grupos na AB através de um protocolo de observação do grupo denominado “PluriVox” a saúde tecida em múltiplas vozes da grupalidade.” (SEMINOTTI, 2014) Desde o início do grupo de emagrecimento, ele nos apoiou na estruturação do grupo, bem como na capacitação dos profissionais envolvidos na facilitação do mesmo, através de seminários realizados semanalmente na UBS, pautados no Programa PluriVox.

### **Objetivos do grupo**

O grupo tem como objetivo geral promover a redução de peso corporal em pacientes com excesso de peso, auxiliando na prevenção e/ou no controle clínico das comorbidades associadas, através de um espaço terapêutico de troca de experiência sobre estilo de vida saudável entre os participantes, trabalhando-se com a perspectiva de fortalecimento da autonomia dos sujeitos no autocuidado com a saúde.

### **Caracterização do grupo**

O público-alvo do grupo são usuários que residem no território de abrangência da UBS e que possuem excesso de peso (aqui compreendido o sobrepeso e a obesidade), com ou sem comorbidades associadas. O acesso ao grupo se dá através do encaminhamento feito pelos profissionais de saúde da equipe e/ou da busca espontânea dos usuários, os quais se inscrevem numa lista existente na recepção da

UBS, deixando seus dados para contato e, assim, analisa-se a possibilidade do ingresso no grupo. Pensou-se em um número máximo de 15 participantes com o objetivo de oportunizar a troca de experiência e garantir atenção a todos.

Os encontros tiveram início em setembro de 2014, com frequência semanal e duração de uma hora e meia, sendo realizados no salão de uma igreja próxima à UBS. A enfermeira de uma das equipes, juntamente com duas ACS, assumiu a coordenação do grupo, contando com meu apoio, como nutricionista, quinzenal no grupo e semanal nos seminários de discussão e planejamento, coordenado pelo psicólogo mencionado.

Trata-se de um grupo semiestruturado, quer dizer, os facilitadores do grupo definem previamente atividades a serem desenvolvidas na sessão seguinte, executam-nas, acolhem e estimulam os participantes à conversação sobre o que ocorre no grupo. Além disso, não possui número limitado/preestabelecido de sessões de grupo, possibilitando a participação ativa dos usuários e o acompanhamento longitudinal pela equipe de saúde. O referencial teórico adotado, inicialmente, para estruturação do grupo de emagrecimento aproxima-se do proposto pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). (BECK, 2011) Depois, de acordo com o protocolo de observação e os seminários pós-grupo, passamos a nos apoiar no grupo como um sistema de sistemas, conforme fundamentado no primeiro capítulo deste livro.

A dinâmica dos encontros parte de alguns pressupostos: participantes e profissionais de saúde sentam-se em roda (não na forma de sala de aula), a fim de proporcionar um diálogo com compartilhamento de experiências e troca de saberes; todos os usuários têm a oportunidade de falar e serem ouvidos, entendendo que

cada um possui uma trajetória de vida e um modo singular de experienciar o processo de emagrecimento; realiza-se contrato com os participantes do grupo que inclui o sigilo sobre o que é falado, tendo em vista que todos são moradores de uma mesma comunidade e que estão participando de um momento de reflexão sobre seu processo de mudança de comportamento. (SEMINOTTI; MORAES; JOTZ, 2008)

No início de cada sessão, como uma atividade estruturada, é aferido o peso dos participantes e isso é registrado em um “Painel de Controle de Peso”, utilizado com o intuito de possibilitar tanto aos usuários quanto aos profissionais acompanhar o processo de emagrecimento. O Painel é composto por: fichas verdes, que sinalizam emagrecimento; fichas amarelas, que demonstram que o participante manteve o mesmo peso de uma sessão para outra; e fichas vermelhas, que indicam que o participante aumentou o peso. Além disso, nesse Painel, ficam registradas as metas que cada participante definiu para si próprio, na sessão anterior. A meta tem como objetivo que o participante reflita sobre seu estilo de vida e proponha mudanças possíveis dentro do seu contexto socioeconômico e cultural, elegendo um determinado comportamento que irá se esforçar para mudá-lo ao longo da semana seguinte, visando o emagrecimento.

Os encontros, em geral, se desenvolvem partindo dessas questões “emagreci ou engordei?”, “consegui mudar o comportamento que me propus?”, as quais irão nortear a roda de conversa no intuito de desenvolver a aprendizagem sobre o tema. Para isso, verificamos a compreensão que cada usuário possui sobre as informações que foram construídas no grupo, dificuldades que enfrenta no seu dia a dia, mitos que trazem em relação à alimentação e ao processo de emagrecimento, entre outros. Também são propostas atividades educativas ao longo dos encontros

com o objetivo de ampliar o conhecimento e as informações sobre saúde, alimentação e emagrecimento saudável. Exemplos de atividades estruturadas já desenvolvidas foram: construção conjunta da pirâmide alimentar, através da qual se conseguiu identificar alguns mitos relacionados aos alimentos e foi possível trabalhar sobre os grupos alimentares, os conceitos de nutriente, quantidade e qualidade para compor uma alimentação equilibrada; montagem do prato saudável, realizado a partir de encartes de supermercado com figuras de alimentos para que os participantes montassem um prato que considerava saudável; oficina sobre alimentos industrializados, na qual foram mostrados potes com a quantidade de açúcar, sódio e gordura contida em alguns alimentos amplamente consumidos pela população.

Cabe destacar que nesse grupo, de acordo com o Programa PluriVox, utiliza-se um protocolo de observação como estratégia que visa capacitar e/ou aprimorar a facilitação de grupos, organizar o trabalho e avaliar os encontros. No protocolo (anexo ao livro) existem recomendações básicas e práticas para a criação, facilitação e continuidade dos grupos. (SEMINOTTI, 2014) Ele vem sendo utilizado desde a criação do grupo e a cada encontro um profissional da saúde fica no papel de observador fazendo os registros da execução daquelas recomendações para facilitar o grupo. Com esses objetivos, após o grupo, realiza-se um seminário com os trabalhadores, coordenado pelo psicólogo, para discutir questões rotineiras e emergentes registradas no protocolo, permitindo que os facilitadores repensem constantemente o modo como têm facilitado o grupo, assim como as percepções e falas dos usuários durante as sessões, no sentido de compreender os acontecimentos do grupo e planejar os próximos encontros. O protocolo possibilita que um trabalhador realize um grupo

com alguma estruturação e, ao mesmo tempo, acolha o protagonismo dos usuários e as questões inesperadas que aparecem: abre-se espaço para os processos do grupo. Essa estratégia dá uma determinada segurança ao trabalhador ao mesmo tempo em que abre espaço para o emergente no grupo.

### **Discussão da experiência**

Durante a experiência, passamos a entender que dar oportunidade às pessoas que procuram espontaneamente a UBS para fazer parte do grupo é importante para a continuidade do grupo, pois ainda que não sejam os usuários “mais necessitados” do ponto de vista clínico, possuem algo fundamental para o sucesso do trabalho que se propõe que é a motivação para emagrecer. Da mesma forma, incluir no grupo usuários identificados pelos profissionais das equipes, durante os atendimentos e consultas, é uma maneira de dar respostas às demandas levantadas nas consultas e de fortalecer o trabalho multiprofissional. Verificamos que a forma de acesso ao grupo mediante lista de espera, como definimos no início do grupo, foi necessária considerando-se que o trabalho com grupos estava iniciando na UBS e os profissionais ainda estavam conhecendo a realidade do território. Cerca de três meses após o início do grupo, constatou-se que a captação de novos participantes era melhor, quando se abria a possibilidade para que tanto os profissionais pudessem convidar abertamente os pacientes quanto os usuários interessados pudessem chegar ao grupo sem inscrição prévia, a fim de não perderem a motivação inicial, fundamental para que as mudanças no estilo de vida ocorram. Além disso, a equipe conseguiu sentir, dessa forma, que o grupo é uma ferramenta útil dentro do plano

de cuidado do usuário, ou seja, uma possibilidade de encaminhamento pelos profissionais, disponível a todos da UBS, sem entraves burocráticos.

Nossa experiência mostrou que a criação do “Painel de Controle de Peso” auxiliou na estruturação da dinâmica dos encontros, fomentou a participação ativa e a motivação dos participantes, auxiliando-os a desenvolver um sentimento de pertencimento ao grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2005), além de possibilitar o monitoramento e a avaliação dos resultados atingidos pelo grupo. Sabe-se que o emagrecimento é um processo lento e gradual, possível de se realizar quando a pessoa torna-se agente da própria mudança, conseguindo refletir e propor alteração no seu estilo de vida, sendo que os profissionais de saúde assumem, então, um papel de facilitador nesse processo, aumentando, assim, a chance de sucesso no tratamento à medida que as pessoas conseguem transformar pequenos hábitos ao longo do tempo. Além disso, o painel mencionado dá conforto e segurança para os trabalhadores que não se sentem muito a vontade na facilitação de grupos não estruturados, como são os socioeducativos, por exemplo.

A experiência de facilitar um grupo de emagrecimento nos trouxe aprendizados sobre o real sentido de se constituir um grupo. Antes visto como um espaço de transmissão do conhecimento (científico) através de palestras ou atividades educativas, como se as pessoas precisassem ter “pré-requisitos” para poderem aprender a cuidar da sua saúde. Quando passamos a estimular e acolher o compartilhamento da experiência, o conhecimento popular e a aprendizagem dos participantes do grupo, percebemos, ao longo dos encontros, que integrantes novos são uma oportunidade de verificar o que os participantes, que já estão há mais tempo, percebem sobre o que está sendo falado, ou seja, é uma oportunidade de se verificar

a compreensão obtida até o momento e, além disso, desenvolver novas aprendizagens sobre alimentação e vida saudáveis. Isso foi percebido quando passamos a pedir que os que já estavam no grupo relatassem aos que chegavam o que vinha acontecendo. Entendemos que cada grupo tem vida singular, ou seja, uma mesma atividade desenvolvida pelos mesmos profissionais, mas em grupos diferentes podem não atingir os mesmos resultados, pois isso depende de fatores relacionados àquele grupo específico, as pessoas que constituem o grupo, as questões da UBS, gestão de saúde, etc., são sistemas em interação que produzem processos e acontecimentos particulares a cada momento.

Percebemos que, embora exista um denominador comum em relação às dificuldades para seguir uma dieta e comportamentos associados à obesidade, cada pessoa, segundo seu contexto, mantém certos hábitos, os quais poderão se modificar ao longo do grupo. Mesmo nesse pouco tempo de experiência, comprovamos que não é necessário ofertar lanche, troca de receita ou algo material para que as pessoas venham até o grupo. O principal é que os usuários percebam, através desse espaço, uma possibilidade de vínculo de cuidado entre usuários e entre usuários e trabalhadores, no intuito de garantir a continuidade do cuidado em saúde.

Inicialmente o grupo era composto por 15 participantes, mas ao longo dos encontros o abandono foi surgindo e o grupo ficou em média com 6 a 8 participantes ativamente engajados. Algumas medidas foram realizadas no sentido de ampliar o acesso e retomar o trabalho que havia sido iniciado: trazer rotineiramente como pauta para as reuniões de equipe da UBS o andamento do grupo, as dificuldades e possibilidades desse tipo de trabalho; reforçar o convite para os usuários através dos ACS (nas vistas domiciliares) e dos profissionais da equipe (nas

consultas e visitas à UBS); elaborar cartazes e vídeo para divulgação na sala de espera; contato telefônico com participantes que não estavam mais comparecendo aos encontros; além de extinguir as inscrições dos participantes em lista de espera. Verificamos que essas medidas se mostraram úteis para que os participantes que haviam abandonado o grupo retornassem aos encontros, novos usuários passassem a integrar o trabalho e a comunidade de maneira geral soubesse da existência do grupo na UBS. Além disso, proporcionou um sentimento mais amplo de que o grupo de emagrecimento pertence à UBS e, dessa forma, todos os profissionais precisam estar implicados nesse processo. No momento em que encerramos a escrita deste capítulo, o grupo conta com cerca de oito participantes que frequentam com maior regularidade.

Em relação aos seminários realizados com a supervisão do psicólogo, pautados no Programa PluriVox, pode-se dizer que contribuiu de maneira ímpar, sendo imprescindível para a criação, o planejamento e a manutenção do grupo, tendo em vista que proporcionou a capacitação de profissionais para esse tipo de trabalho, mudando concepções equivocadas existentes até então, além de encorajar para o grande desafio de assumir uma perspectiva de grupo na qual se possa trabalhar com o novo e inesperado, ou seja, com o que emerge no grupo a cada sessão. Antes de iniciar a capacitação para facilitação de grupos não estruturados, a maior parte dos profissionais envolvidos tinha a concepção de que o grupo era um espaço de “palestra”, onde o profissional de saúde definia previamente quais assuntos seriam discutidos e, ao final do encontro, após adquirir alguns conceitos e “pré-requisitos” os participantes estariam aptos a fazerem mudanças e melhorar sua saúde.

Através dos seminários de capacitação mencionados, conhecemos uma estratégia extremamente útil que é o protocolo de observação, o qual possibilita a observação estruturada do grupo e o registro dos acontecimentos durante a sessão, bem como facilita a posterior discussão e o planejamento dos futuros encontros. Podemos dizer, assim, que descobrimos uma nova forma de “construir saúde em grupo”. Como exemplo disso, durante um dos seminários, a ACS Carmelize Barbieri, que trabalha na UBS e que contribui na facilitação desse grupo e já vivenciou outros formatos de grupo, afirma: “Antes a gente (profissionais) levava o grupo pronto, agora construímos o grupo junto com os usuários.”

### **Relato da observação de um encontro**

O programa de capacitação para facilitação de grupo através do Programa PluriVox, já mencionado, supõe que haja um observador fazendo uma observação estruturada do processo do grupo em andamento, de acordo com um protocolo de observação.

A ideia de participação de uma pessoa apenas com o objetivo de observação do grupo é com a finalidade de ajudar a facilitadora a perceber conteúdos que, por estar envolvida na facilitação, fica prejudicada de ter um olhar mais amplo e agudo. Além disto, o registro realizado pela observadora levado pra o seminário pós-grupo, foca a discussão e desenvolve aprendizagem para exercer a facilitação de grupos não estruturados nos quais o emergente tem espaço para conversação.

No dia em que relatei esta observação, percebi que o grupo encontrava-se com um número de participantes reduzido, mas a qualidade das relações entre os participantes

sugeria um fortalecimento do grupo, o que levava a crer que ele poderia atingir seus objetivos.

Não menos importante é a forma como o grupo foi conduzido. A facilitadora trabalhava durante todo o tempo do grupo com um diálogo aberto e flexível, não trazendo algo engessado e forçado, como perguntas direcionadas e uma ordem de aplicação no grupo. Com isso, os participantes compartilhavam experiências e perguntas entre si, promovendo conversas de todos com todos e não apenas com a facilitadora. Com esta participação ativa dos usuários, percebe-se que o relato e vivência pessoais revelam que não estão sozinhos e isolados, fechados em suas frustrações e experiências negativas, pois cada relato desencadeia compartilhamentos de sentimentos e compreensões dos outros, apoiados em suas vivências atuais ou passadas. As histórias de vida são sincronizadas como forma de fortalecimento para cada participante do grupo, promovendo maior conforto e relatos espontâneos dos fatos.

A observadora adquire importância significativa no desenvolvimento e fortalecimento do grupo por ter (no seminário pós-grupo) um espaço para opinar e alertar aos detalhes ocorridos e registrados durante o encontro. Detalhes esses que geram um diálogo que sustenta um planejamento do grupo com ideias e modificações para os próximos encontros e para a vida útil deste espaço. Além destas características importantes, encontra-se a dificuldade do silêncio peculiar ao lugar da observadora. Em diversos momentos, no papel de observadoras, sentíamos a necessidade de articulação e contribuição ao grupo, pois os participantes buscavam contato através de olhares e ações corporais na espera de uma opinião. Mas é no silêncio que ouvimos falas como: - “Tô gostando porque é semanal e em grupo incentiva.” (SIU); - “No grupo conseguimos,

sozinhos não! Minha autoestima vai ser trabalhada.” (SIU). Na observação se consegue anotar acontecimentos para serem trabalhados e compreendidos no pós-grupo. Veem-se frequentemente manifestações de sentimento que inclui olhares de um para o outro, sorrisos, confirmação positiva com sinais corporais, sentimentos intensos e relatados como confidências, falas negativas, com sofrimentos e angústias.

O relato do observador nos seminários pós-grupo e nos seminários de capacitação do NASF serviram para discussões e desenvolvimento de ideias para a melhoria do processo do grupo. O espaço de facilitação de grupos foi rico em trocas de experiências com os demais colegas que vivenciaram esse momento de observação, pois aspectos não vistos naquele momento produziram reflexões e aprendizagens úteis para um próximo grupo.

Todas essas aprendizagens foram adquiridas através do protocolo de observação que serve de guia para ver detalhes importantes a serem olhados, gerando conhecimento e maior percepção tanto para o facilitador quanto para o observador. Esse relato de experiência pode ser útil, pois além de corrigir experiências equivocadas sobre a formação de grupos, faz com que possamos olhar as ações dos trabalhadores e do grupo nesse processo.

Tínhamos uma ideia de grupo na qual a apresentação de um tema eleito pelos trabalhadores encarregados do grupo, no Power Point, era o fundamental e a presença dos participantes era obtida através de recompensas tais como alimentos ou objetos que supostamente interessavam ao usuário e o motivavam a vir ao grupo. Não concebíamos o grupo como espaço de geração de um benefício comum no qual o usuário participa por vontade pessoal, oportunizando um sentido do grupo e a liberdade de escolhas. Hoje já existe uma mudança cultural relativa à concepção de grupo

entre muitos profissionais e os usuários. E a capacitação dos trabalhadores do NASF, mencionada aqui, também tem contribuído para o desenvolvimento de uma ideia de grupo, na SMS-Canoas, como espaço de pertencimento do usuário no qual ele contribui para apresentação e para a discussão de temas/problemas de seu interesse e para o qual contribui para a resolução.

### **Considerações finais**

O trabalho com grupos na AB constitui um dispositivo/método que possibilita o cuidado em saúde de usuários, pautado nas premissas do SUS como integralidade da atenção, construção de vínculo de confiança, longitudinalidade do cuidado e trabalho em equipe multiprofissional. Quando se trabalha com grupos não estruturados ou semiestruturados, nos quais há mais interatividade, abre-se a possibilidade de dialogar sobre problemas reais trazidos pelos usuários, os quais sabidamente interferem na adesão aos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, e que só poderão ser solucionados se houver um espaço que proporcione a troca de experiência e o vínculo entre profissionais e usuários. Trabalhar com o inesperado, ou seja, com o que emerge do grupo naquele encontro, aumenta a chance de que isso faça sentido para quem participa e de que as pessoas retornem, pois se sentem realmente acolhidas na sua subjetividade e não só pelo problema de saúde que apresentam. Ainda que, trabalhar com o emergente signifique expor os trabalhadores às incertezas, essas incertezas, no entanto, são abrandadas quando se tem o protocolo-guia e o protocolo de observação, mencionados no livro, pois eles são um apoio para facilitação de grupos que contemplem o emergente.

A troca de experiência e o apoio mútuo entre os participantes e entre participantes e profissionais de saúde é o real significado do trabalho com grupos. Aqui se trabalha com a ideia de que todos os profissionais na AB podem trabalhar com grupos, independente do núcleo profissional, do lugar que ocupam ou da experiência prévia. Contar com o apoio da gestão do município, no sentido de viabilizar capacitações para que os profissionais se apropriarem desse tipo de trabalho, bem como reconhecer e valorizar os grupos como dispositivo de cuidado na AB é fundamental. Ferramentas promissoras - como o protocolo mencionado - tornam possível aprimorar a coordenação e o planejamento do grupo, pois a observação estruturada permite identificar a realização, ou não, de tarefas indispensáveis para facilitação visando o bom andamento do grupo, planejar atividades baseadas nas expectativas dos participantes, bem como entender fenômenos grupais que emergem.

## Referências

BECK, J.S. **Pense magro por toda a vida**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n.39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BUENO, J.M. et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Rev. Nutr.**[online], v.24, n.4, 2011, p.575-584.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) E MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS). **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-09)** - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_devida/pof/2008\\_2009/POFpublicacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf)>. Acesso em: 31 jan 2015.

KUMPEL, D.A. et al. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. **Texto Contexto - Enferm.** [online], v.20, n.3, 2011, p.471-477.

MONTEIRO, R.C.A.; RIETHER, P.T.A.; BURINI, R.C. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. **Rev. Nutr.** [online], v.17, n.4, 2004, p.479-489.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PREFEITURA DE CANOAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-17**. Canoas, 2013.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, 2004, p.897-908.

SEMINOTTI, N. PluriVox. A saúde tecida em múltiplas vozes da grupalidade. In: **Mostra Regional de Saúde Secretaria de Saúde do RS, Metropolitana**, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://www.facebook.com/groups/681039085309249/?fref=ts>>.

SEMINOTTI, N; MORAES, M.L.M.; JOTZ, C.B. A Invenção dos Pequenos Grupos, as teorias que os explicam/compreendem e a Complexidade Sistêmica. In: XII **Encontro Regional Sul ABRAPSO - As Práticas da Psicologia Social com (o) Movimento de Resistência e Criação**. UNOCHAPECÓ, 2008. Chapecó. [www.fw2.com.br](http://www.fw2.com.br). Chapecó.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.





## **CAPÍTULO V**

# **ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA SAÚDE COLETIVA: grupo terapêutico como ferramenta de trabalho na atenção básica - Relato de experiência**

*Karina Antes de Souza  
Agnes Ivana Koetz Aloisio  
Nedio Seminotti*

### **A comunicação como tema da Saúde Coletiva**

A comunicação é um meio pelo qual o indivíduo recebe e expressa a linguagem, caracterizando-se como elemento essencial para a interação, desenvolvimento, socialização e integração com a comunidade da qual faz parte. (RUBEN, 2000) Os distúrbios da comunicação, portanto, causam impacto emocional interferindo decisivamente na vida social da criança e dificultando o desenvolvimento da linguagem escrita e leitura, prejudicando o desempenho escolar.

Segundo a Asha (1996), são consideradas como desordens da comunicação as alterações da fala (articulação, voz e fluência), da linguagem (forma, conteúdo e função comunicativa) e da audição (sensibilidade, função, processamento e fisiologia).

Conforme o DSM-V (2014), crianças com dificuldades para produzir a fala podem apresentar dificuldade no reconhecimento fonológico dos sons da fala ou na capacidade de coordenar os movimentos para falar, nos mais variados graus. Um transtorno da fala é diagnosticado quando a produção da fala não ocorre como esperado, de acordo com a idade e o estágio de desenvolvimento da criança, e quando as deficiências não são consequências de prejuízo físico, estrutural, neurológico ou auditivo. Crianças com transtorno da fala continuam a empregar processos imaturos de simplificação fonológica além da idade, quando a maior parte das crianças consegue produzir sons com clareza.

O período de maior expansão do sistema fonológico ocorre entre 1:6 e 4 anos, quando ocorre um aumento significativo do inventário fonético das crianças possibilitando a produção de palavras maiores em número de sílabas e de estruturas silábicas mais complexas, embora neste período seja característica a ocorrência de processos de substituições e omissões. A aquisição do sistema fonológico de uma língua (inventário fonético e regras fonológicas) ocorre de forma contínua e gradativa até os sete anos. (WERTZNER, 2004) Os desvios de fala (níveis fonético e fonológico) são os distúrbios fonoaudiológicos de maior ocorrência durante o desenvolvimento da criança, constituindo um dos transtornos mais prevalentes que acometem a população infantil. (ANDRADE, 1997)

No território sanitário de atuação, onde o grupo que relatamos é desenvolvido, não há dados epidemiológicos

referentes aos distúrbios de fala, mas com base na demanda identificada em consultas médicas, consultas compartilhadas e articulação com a rede de ensino através do PSE (Programa Saúde na Escola), é possível identificar um número significativo de crianças que apresentam tais características.

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva a proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança. (BARROS, 2008)

Objetivando a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na Atenção Básica, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) constitui-se como um dispositivo estratégico, uma vez que amplia o escopo de ações em saúde, por meio do compartilhamento de saberes, ampliando também a capacidade de resolutividade clínica das equipes de referência (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde).

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica e ferramenta fundamental de trabalho da equipe NASF. Dentre as diversas modalidades de grupos, o grupo terapêutico tem como objetivos, além de metas terapêuticas específicas, o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Baseia-se no compartilhamento de experiências dos usuários, no aumento do conhecimento sobre a situação-problema e do autocuidado, no compromisso do sujeito com suas ações, na construção de objetivo comum entre o grupo, na criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2014)

## **Contextualizando o Trabalho**

Os grupos terapêuticos de Fonoaudiologia surgiram na Unidade de Saúde União anteriormente ao meu ingresso como fonoaudióloga da equipe NASF, com uma proposta de atendimento em grupos no intuito de atender à demanda fonoaudiológica, passível de manejo na Atenção Básica.

Ao iniciar o trabalho junto à equipe NASF havia quatro grupos que já estavam em andamento, sob a coordenação das Residentes de Primeiro Ano da Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária, que então atuavam no serviço, caracterizados como grupos específicos para o trabalho com as alterações de linguagem, fala, leitura e escrita. Ao participar de alguns encontros, observei que, para que houvesse efetividade e uso adequado desta ferramenta de trabalho, deveríamos repensar sua estrutura, principalmente em relação à solução para dificuldade de adesão dos usuários e familiares ao grupo, que estava bastante prejudicada.

Foi iniciada a tarefa de reestruturação do grupo terapêutico que se propunha trabalhar com as dificuldades de fala das crianças, as chamadas dislalias ou transtorno da fala. (DSM-V, 2014) A primeira medida tomada foi, com os participantes, a reconstrução dos objetivos e do funcionamento do grupo, suas regras - incluindo horário de início e término dos encontros, permanência e desligamento do grupo -, mas principalmente a parceria e o comprometimento da família com o que seria trabalhado e pactuado durante os encontros. O trabalho no grupo não deveria mais significar apenas ferramenta para atendimento do maior número de crianças no intuito de suprir a demanda, mas a criação de um real espaço de compartilhamento de saberes entre a comunidade (os familiares e os usuários) e os profissionais de saúde envolvidos no grupo, buscando

a corresponsabilização e o cuidado compartilhado, na prática. Para tanto, os familiares passaram a ter um espaço reservado dentro dos encontros do grupo, dando voz aos que antes apenas escutavam orientações.

A reestruturação mencionada teve o apoio do programa de capacitação para facilitação de grupos, destinada aos trabalhadores do NASF, denominado Programa PluriVox. Este programa conta com um protocolo-guia que recomenda ao facilitador de grupo que obedeça alguns fundamentos indispensáveis na prática de facilitação. O protocolo constitui um apoio aos que desejam iniciar e facilitar um grupo não estruturado ou semiestruturado, e não apenas realizar os denominados grupos socioeducativos, que são bem estruturados. Além disso, o PluriVox conta com um protocolo de observação do grupo que possibilita que durante o desenvolvimento dele um trabalhador da saúde faça observação e o registro do processo do grupo (anexo). O que foi registrado servirá para uma discussão no seminário após o encontro, com quem o facilitou, no sentido de melhorar o desempenho da facilitação.

## **Caracterização e Desenvolvimento do Grupo**

O grupo terapêutico para manejo das dislalias iniciou pela necessidade de atenção à população atendida pela Unidade de Saúde União, com base na observação do número considerável de crianças em idade pré-escolar e escolar com perfil característico deste distúrbio da fala.

Trata-se, portanto, de um grupo terapêutico de fonoaudiologia, que foi criado e reestruturado com o intuito de ajudar familiares e usuários a transpor as dificuldades de fala que podem surgir durante o desenvolvimento Infantil.

Conforme já mencionado, a dislalia é um transtorno da fala caracterizado pela dificuldade em articular as palavras e pela má pronúncia, seja omitindo, acrescentando, trocando ou distorcendo os fonemas (sons da fala), influenciando negativamente no contexto dos diálogos. Como exemplo deste distúrbio, podemos citar as trocas de “bola” por “póla”, de “porta” por “poita”, de “barata” por “balata”, etc.

Dentre os principais objetivos do trabalho com grupo terapêutico está a adequação dos padrões de fala das crianças assistidas e a orientação aos familiares, que configuram parte integrante e importantíssima da reabilitação. De maneira mais específica, o grupo objetiva o trabalho de conscientização dos usuários a respeito do ponto e modo articulatório correto de cada fonema da fala, através de exercícios de sensibilização sejam eles táteis, auditivos e visuais e aprimoramento das praxias orofaciais instigando o desenvolvimento das habilidades necessárias para a correta produção da fala, associada ao reforço diário desses novos padrões, com a ajuda da família.

As alterações de fala características da dislalia são consideradas como tal apenas a partir dos 7 anos de idade (DSM-V, 2014), mas há estudos importantes que sugerem a ocorrência de fala desviante após os 4 anos. (MOTA, 2001) Por este motivo, também com caráter preventivo, este grupo terapêutico tem como público-alvo crianças entre 5 e 10 anos, pertencentes a área de adscrição assistida pelas sete equipes de saúde da família da US União, situada no Bairro Mathias Velho, na Cidade de Canoas-RS.

O encontro do grupo ocorre com frequência quinzenal, no turno da manhã, pelo período de uma hora e conta com uma estrutura organizada para o melhor andamento do trabalho. Esta estrutura se dá da seguinte forma: inicialmente é retomado o tema ou exercício pactuado e trabalhado no último encontro, momento onde também

cada criança demonstra o que foi aprendido e desenvolvido em casa com os pais, no intervalo entre os grupos. Após cada criança dar sua contribuição, inicia-se a atividade programada para o atual encontro, onde todos participam e interagem ativamente, proporcionando importantes interações dialógicas responsáveis pelo desenvolvimento das habilidades comunicativas. Essas atividades incluem o uso de jogos, histórias, materiais recicláveis, materiais gráficos diversos, músicas, entre outros, com o intuito de fomentar a criatividade e as habilidades implicadas no adequado desenvolvimento da fala, de forma lúdica e atrativa para o público atendido. Ao final deste segundo momento, são pactuadas com cada criança as atividades a serem desenvolvidas em casa, com a ajuda dos familiares ou responsáveis.

Como encerramento do encontro das crianças, é iniciado o momento da família dentro do grupo, onde os pais ou responsáveis têm um espaço garantido de troca com as crianças e profissionais para repactuação das normas de funcionamento, elucidação de dúvidas referentes às atividades a serem realizadas no domicílio, informação sobre o desenvolvimento e desempenho da criança durante o encontro, contribuição dos pais com compartilhamento de práticas exitosas no domicílio, bem como demais temas que as famílias demandem naquele momento. Todos os participantes saem do encontro com a data do próximo grupo já agendada, conforme pactuado com os pais.

Como parte do curso de capacitação sobre a facilitação de grupos na Atenção Básica, posteriormente ao encontro do grupo, foram realizados seminários para discussão com aporte do conteúdo registrado pela observadora, com base no Protocolo PluriVox e o que foi planejado e executado pela facilitadora (fonoaudióloga responsável pelo grupo).

## **Relato de experiência da observação**

O grupo aqui relatado estava incluído em atividade de capacitação para facilitação de grupos dos profissionais da equipe NASF, que incluía uma observação estruturada, segundo o protocolo de observação constituído para o fim, incluído no Programa PluriVox. A observação foi realizada pela fisioterapeuta da equipe NASF, Agnes Ivana Koetz Aloisio, que realizou o seguinte relato:

No dia observado de atividade do grupo, este contava com a participação de três crianças nas idades de 6 e 8 anos, duas meninas e um menino. Quando da chegada das crianças, trazidas pela facilitadora, eu, no papel de observadora, já estava na sala, posicionada em um dos cantos da mesma. Antes de iniciar a atividade, a facilitadora me apresentou às crianças e explicou sucintamente o que eu estaria fazendo ali. Ela comentou que eu observaria as atividades para que depois fosse possível identificar as coisas boas ocorridas no grupo para serem mantidas e as que deveriam ser modificadas e transformadas.

Logo no início da atividade, foi possível observar o estabelecimento de uma comunicação própria para a dinâmica que seria desenvolvida no encontro. A Facilitadora retoma algumas regras, inclusive de convivência dentro do grupo, e esclarece a importância de tê-las para que o encontro acontecesse de forma agradável e divertida.

O grupo se desenvolve em etapas com objetivos claros. A primeira destas se caracterizou pela recepção às crianças e a retomada da tarefa sugerida para ser trabalhada em casa. Cada criança tinha uma atividade específica, acordada em função da dificuldade apresentada, já avaliada anteriormente pela facilitadora. A todo o momento, as crianças são convidadas a interagirem entre si, acompanhando a realização das tarefas de cada uma

delas. A dedicação foi perceptível, considerando que todas elas executaram suas tarefas, inclusive com auxílio dos pais e responsáveis. As crianças prestavam atenção ao que era retomado pela facilitadora e, por vezes, também fizeram comentários sobre a atividade de cada uma. Situação que foi estimulada a todo instante pela facilitadora.

Após esta etapa, a próxima foi destinada ao treino específico de fonemas para cada criança, de acordo com suas necessidades e dificuldades. A atividade era proposta pela facilitadora e seguida pelas crianças. Nesta ocasião, é possível observar a caracterização do grupo como terapêutico, uma vez que havia a necessidade da facilitadora dirigir um trabalho específico para cada criança. Inevitavelmente a atenção era voltada para a mesma que dirigia as ações.

Em sequência, foi proposta a dinâmica utilizando um jogo, semelhante ao de memória, com ilustrações de animais. A facilitadora explicou a atividade e quais seriam as regras do jogo: as crianças deveriam uma por vez, desvirar cartas sobre uma mesa, encontrando seu par. Por se tratarem de animais, a facilitadora estimulava a que todos pudessem auxiliar o jogador do momento a definir qual era o nome do animal e pronunciá-lo em voz alta, fazendo assim o treino articulatório. Neste momento, foi possível identificar a interação entre os participantes. Foi chamada a atenção de uma das crianças por não estar cumprindo com as regras acordadas antes do início da atividade. A resposta desta foi querer sair da atividade e solicitou para ir ao banheiro. A facilitadora já havia contratualizado com a mãe desta criança para que ela levasse a filha ao banheiro antes da ida ao grupo, evitando assim que a criança utilizasse isto como um pretexto para abandonar a realização e participação nas atividades propostas quando não se sentia suficientemente apta ou lhe era criticado algum tipo de comportamento impróprio para a convivência no grupo.

Após a explicação da facilitadora, a criança resolveu ficar na sala e aos poucos retomou sua participação na atividade. No andamento do grupo, também foi trabalhada a questão da competitividade, do saber perder e ganhar e da cooperação mútua. A todo o momento foi possível observar a retomada da aprendizagem por parte da facilitadora. As crianças eram questionadas e os assuntos abordados eram contextualizados em seu dia a dia. Nesta atividade especificamente, foi muito estimulada a comunicação entre as crianças e não apenas entre elas e a facilitadora, porém esta continuou a ser a referência do grupo, caracterizando o grupo como terapêutico novamente. A adesão das crianças foi muito boa e elas se divertiram bastante. Foi impossível conter meu riso durante a realização da atividade!

Depois de finalizarem as ações anteriores, a facilitadora comentou como deveriam acontecer os próximos momentos dentro do grupo. Passa-se, então, à próxima etapa: trazer as mães ao grupo para dar um retorno sobre as atividades realizadas e dar lembretes em relação às tarefas de casa. Antes de chamar as mães, a facilitadora acordou com as crianças que elas deveriam ficar no grupo revendo suas tarefas de casa, até para identificarem se havia alguma dúvida para sua realização. Enquanto a facilitadora se ausentou do grupo para chamar as mães, as duas meninas conversaram entre si sobre a atividade de casa e o menino ficou lendo seu caderno de atividades. Quando as mães chegaram, a facilitadora explicou a atividade realizada e passou a cada uma o resultado e desempenho de seus filhos, tanto na realização da tarefa de casa quanto na atividade proposta naquele dia. Além disto, fez considerações sobre o próximo encontro e as novas tarefas de casa que deveriam ser feitas. Os resultados alcançados principalmente pela menina que havia solicitado a saída para ir ao banheiro, foram muito exaltados como uma conquista. A facilitadora

entregou um lembrete sobre o próximo encontro no prazo de quinze dias.

De acordo com as orientações do Programa PluriVox, utilizado para orientar a coordenação de grupos, a facilitadora procurou estimular e manter o contato entre os participantes, estabelecendo vínculos entre os mesmos. Estas conexões apareceram com características do universo infantil, por vezes solidária, por vezes individual, por vezes despreziosa e por vezes de forma calculada. Pela característica do grupo e seus participantes, não houve a oportunidade de que se levantassem e compartilhassem problemas e soluções entre si. Esta sistemática aconteceu, porém de forma individual.

Durante a realização das atividades, a facilitadora procurou falar sobre assuntos específicos que seriam contemplados nas mesmas, bem como estimulou a que os participantes comentassem sobre suas experiências, neste caso, no grupo e com os familiares.

A todo o momento, era questionada e assegurada aos participantes a comunicação da sua forma de compreensão e aprendizagem de todo o processo, porém isto foi feito dentro de um modelo técnico da fonoaudiologia, caracterizando, mais uma vez, o grupo como sendo terapêutico. Também foram corrigidas situações que não haviam ficado claras com as crianças durante toda a atividade e ao final juntamente com as mães.

## **Discussão da experiência**

Os grupos são muitas vezes menosprezados por profissionais e usuários, vistos erroneamente como plano B na condução de casos e como pouco resolutivos (e aqui é necessário admitir que esta era também minha visão), sejam eles terapêuticos, de convivência, motivacionais, operativos. No entanto, configuram importante tecnologia leve de educação em saúde e fundamental ferramenta de cuidado em saúde. Ao aderir a esta proposta de trabalho, como facilitadora do grupo terapêutico de fonoaudiologia colocando em prática os conhecimentos adquiridos na capacitação para manejo de grupos na Atenção Básica e ao observar os grupos facilitados pelos colegas, percebi que esta é uma ferramenta valiosa de trabalho que estabelece diálogo importante entre o conhecimento técnico/acadêmico e o popular. Promove a construção de um vínculo muito forte dos profissionais com os usuários, e entre estes, abrindo importantes espaços de escuta e acolhimento das demandas de cada pessoa, estabelecendo parceria essencial para o cuidado em saúde.

O PluriVox, utilizado como protocolo de observação, forneceu orientações práticas na realização das atividades de grupo instituindo-se como um excelente guia para a realização das atividades. O fato de o grupo desenvolver propostas terapêuticas com crianças, dificultou e por vezes impossibilitou o acontecimento de momento previstos no protocolo, como, por exemplo, o compartilhamento sobre a produção de hábitos de vida mais saudáveis entre as crianças, embora isso tenha ocorrido no momento de interação com os pais. De qualquer forma, a organização e a estrutura das atividades no decorrer do encontro do grupo ficaram muito claras e foram executadas sem exceção. A satisfação com a proposta do grupo e os resultados alcançados foi exposta

tanto pela facilitadora quanto pelas crianças e suas mães. O interesse em cumprir com o acordado para o próximo encontro também foi um indicativo do bom andamento das propostas do grupo.

As discussões nos seminários subseqüentes aos encontros do grupo, pautadas conforme as observações de cada profissional e a escuta dos diversos olhares sobre os grupos facilitados, foram desconstruindo um conhecimento preconcebido e equivocado, em que a detenção do saber era apenas do técnico que conduzia o grupo no formato acadêmico, conforme aprendido na graduação.

A capacitação para facilitação de grupos na Atenção Básica trouxe como importante aprendizado o entendimento de que o trabalho em grupo pode promover e produzir saúde a partir de múltiplas vozes na mediada em que estes encontros se potencializam na valorização do saber de todos os atores da saúde. Os próprios integrantes do grupo, através da troca de experiências e saberes, constroem conhecimento e resolutividade para os problemas de saúde, diferentemente dos grupos socioeducativos, que fazem parte das rotinas de grupos, nos quais o usuário não é estimulado a ser protagonista.

Demonstra também a necessidade e validade da educação permanente como norteadora dos processos de trabalho dos profissionais da saúde, potencializando o protagonismo destes e dos usuários na produção de encontros e na produção de saúde.

As experiências compartilhadas durante a capacitação nem sempre foram exitosas, mas as dificuldades mostraram e ajudaram a nos preparar para o inesperado, visto que na interação com o outro, tudo ou quase tudo é inesperado. Quer dizer, diferentemente dos grupos socioeducativos, nos grupos pouco estruturados, o inesperado acontece e

exige do profissional capacitação para acolhê-lo. Agora, o Protocolo PluriVox tem uma estrutura que serve de apoio ao facilitador para dar conta do emergente no grupo, pois encontra nele um passo a passo.

## **Considerações finais**

A proposta de planejar e facilitar grupos, como ferramenta potente do cuidado em saúde, fazendo parte dos processos de trabalho das equipes e como tema de educação permanente em saúde, desponta como importante ferramenta para melhoria do acesso e da qualidade no cuidado integral às crianças no âmbito da Atenção Básica.

A experiência de observar a realização do grupo foi bastante construtiva, principalmente com o uso do Protocolo Plurivox, pois colaborou decisivamente para que não se perdessem detalhes da execução, enriquecendo o trabalho e mobilizando novas práticas em saúde.

Mesmo que a reformulação política implique em mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde e revisão das diretrizes curriculares dos cursos de formação, esta experiência demonstra a importância da educação permanente para os trabalhadores da saúde, pois o desenvolvimento dos mesmos está intimamente ligado à atualização do próprio trabalho. Através da capacitação para o trabalho com grupos na Atenção Básica, houve uma mudança de paradigma, onde o modelo médico-centrado deu lugar a uma prática assistencial ampliada, que considera o usuário como protagonista do processo de produção de saúde.

## Referências

ANDRADE, C.R.F. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, 1997, p.495-501.

BARROS, F.C. VICTORIA, C.G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.3, 2008, p.461-472.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

COMMITTEE FOR CHILDREN AND YOUTHS WITH COMMUNICATION DISORDERS. Inclusive practices. **ASHA**, v.35, 1996, p.44.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 5ed. Porto Alegre : Artmed, 2014.

MOTA, H.B. **Terapia fonoaudiológica para os desvios fonológicos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

RUBEN, R.J. Redefining the survival of the fittest: communication disorders in the 21st century. **Laryngoscope**, v.110,2000, p.241-245.

WERTZNER, H.F. Fonologia: desenvolvimento e alterações. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.772-786.



## **CAPÍTULO VI**

# **ARTETERAPIA DE GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA**

*Débora F. F. Serafim  
Raquel S. Souza  
Nedio Seminotti*

### **Caracterização do grupo**

O crescente campo de atuação na saúde mental e o desenvolvimento de políticas públicas nesta área tornam fundamental a discussão de estratégias de atendimento para os profissionais de saúde na atenção primária em saúde. Tradicionalmente, os grupos existentes nas unidades básicas são espaços de educação em saúde, com temáticas direcionadas, como, por exemplo, grupo de diabéticos, de hipertensos, de gestantes. Esses grupos são de extrema importância para o desenvolvimento de ações educativas que possibilitem prevenção em saúde. Porém, em decorrência da ausência de capacitação para facilitação em grupos na formação dos profissionais que trabalham na saúde (apenas psicólogos e assistentes sociais têm

disciplinas de grupos em sua formação), os grupos acabam sendo espaço para transmissão de saberes e de respostas para as demandas da população. Assim, caracterizam-se por espaços, de transmissão de conhecimentos, como se fossem salas de aula, o que, na maioria das vezes, coloca o usuário em uma posição passiva, dificultando a adesão e o protagonismo do usuário nas propostas educativas em saúde. Na tentativa de fazer o usuário aderir aos grupos surgem ações julgadas atrativas, como, por exemplo, a oferta de lanches, renovação de receitas, mantendo a condição do usuário em paciente e não promovendo sua condição de participante, protagonista de seu próprio cuidado.

A partir das demandas oriundas das equipes, constatamos que os locais na rede de saúde mental contemplavam espaços terapêuticos para pacientes com transtornos mentais moderados e comprometedores, nos chamados serviços substitutivos - CAPS, e que não havia espaço para acompanhamento de pacientes com sofrimento psíquico e de prevenção em saúde mental na UBS. Frente a isso, o grupo iniciou a partir da necessidade da criação de um espaço para escuta aos pacientes adultos, com problemas mentais leves na unidade básica de saúde União, no Bairro Mathias Velho, no Município de Canoas/RS.

O grupo foi realizado em conjunto pela psicóloga residente, no papel de facilitadora, e farmacêutica residentes, como cofacilitadoras/observadoras, constituindo, assim, uma prática interdisciplinar que possibilita uma visão ampliada do processo saúde-doença e permite o processo de aprendizado em serviço, que é um dos objetivos da residência multiprofissional em saúde. Ocorre quinzenalmente, sendo aberta com relação à entrada e saída; não é com diagnóstico preestabelecido, por exemplo, grupo de depressão; caracteriza-se como

espaço de escuta e compartilhamento de experiências com o objetivo de melhora dos sintomas e alívio do sofrimento, são grupos direcionados ao *insight*, mas também funcionam como psicoterapia de apoio. A estratégia para a inclusão de usuários no grupo terapêutico se dava através da avaliação individual pela psicóloga residente, onde era avaliada a necessidade do paciente, bem como sua motivação para participação no grupo. Foi disponibilizado número máximo de 12 vagas, por compreender que este número é adequado para manter a qualidade da escuta e promover momentos de reflexão e troca de saberes necessário ao desenvolvimento grupal. O grupo manteve uma média de oito participantes a cada encontro. O grupo ocorreu quinzenalmente, às segundas-feiras, das 14 às 16h, com seu início em maio e finalizando no mês de dezembro do ano de 2014. Iniciou com a equipe de residentes, antecedendo a chegada da equipe do NASF na Unidade. Atualmente é desenvolvido pela nova equipe de residentes deste ano.

### **Contexto em que se realiza o grupo**

O início das atividades no ano de 2014 teve como definição da gestão de saúde a ampliação do número de profissionais, bem como a inclusão de novos núcleos, como a residência multiprofissional em psicologia na UBS União. Partindo deste contexto, foi de extrema importância mapear a necessidade da população e analisar as demandas trazidas ao núcleo da psicologia pelas equipes, e discutir com elas qual seria a estratégia de atendimento pertinente na área de saúde mental.

Neste período, a UBS ainda não tinha instituídos os processos de trabalho através da lógica de apoio do NASF e, portanto, não existiam as reuniões de matriciamento.

Sendo assim, os casos eram trazidos pela equipe mínima diretamente aos residentes que constituíam a equipe de apoio para a unidade.

A partir das ideias apresentadas, e diante dos desafios iniciais, a estratégia identificada como ferramenta de promoção de saúde foi a formação de grupos terapêuticos para atendimento aos usuários. Tais grupos promovem, a partir de técnicas arteterapêuticas, o desenvolvimento da consciência de si, direcionando o indivíduo à promoção de saúde mental.

## **Justificativa**

O Sistema Único de Saúde preconiza as práticas de promoção e prevenção em saúde e para isso é necessário pensar em terapêuticas que possam atender ao usuário de forma preventiva, incluindo a saúde mental. Desta forma, compreende-se a necessidade da existência de um espaço para escuta psicológica que propicie o autoconhecimento do sujeito, o desenvolvimento de suas potencialidades, a integração de conteúdos conscientes e inconscientes, contribuindo, assim, para a melhora de sintomas e redução do sofrimento psíquico. O grupo caracteriza-se como um cenário de trocas de experiências e de compartilhamento de sentimentos, possibilitando a discussão e a construção conjunta de soluções e novas estratégias para lidar com situações presentes nas vidas dos usuários.

O ser humano sempre teve necessidade, desde os primórdios de sua história, de comunicar e exteriorizar sentimentos e pensamentos, de dar voz às emoções e angústias. Desde a época das cavernas, existem registros de desenhos do homem buscando representar e compreender o mundo à sua volta. (CIORNAI, 2004)

Segundo Freitas (2005), o trabalho com grupos oportuniza a movimentação de energia psíquica, o exercício e permuta de diferentes papéis, o apoio à personalidade, etc., para que em outros contextos, sejam possíveis novas formas de reflexão. Para pensar e fundamentar a prática grupal, a psicóloga residente apoiou-se na literatura especializada buscando apropriar-se dos conceitos e das práticas de grupoterapia com o aporte da utilização de técnica expressiva, denominada de Arteterapia.

No Brasil, o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira contribuiu de forma significativa para a compreensão da arte como proposta terapêutica. Ela foi pioneira, no ano de 1946, ao iniciar no Hospital Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro sessões de terapia ocupacional, com pinturas e modelagem. Antes mesmo de se pensar na reforma psiquiátrica e de introduzir o método de Intervenção Psicossocial, a psiquiatra já utilizava em seus atendimentos atividades diversas e com isto provou os resultados positivos e inovadores na atenção em saúde mental. Na experiência, ela constatou a melhora de seus pacientes através dos trabalhos por eles desenvolvidos. (WOSIAK, 2011)

A arteterapia é a utilização de recursos expressivos no processo terapêutico e tem como base o entendimento de que o processo criativo utilizado na produção artística potencializa a criatividade do indivíduo e objetiva uma representação concreta e visual das emoções, a partir da transformação da matéria, ao mesmo tempo em que age internamente promovendo mudanças. É uma ferramenta que contribui na promoção de saúde e possibilita a expressão das emoções, compreendendo saberes das diversas áreas do conhecimento, constituindo-se como uma prática interdisciplinar, visando através de processos de autoconhecimento resgatar o sujeito em sua integralidade. (GUIMARÃES, 2009)

## Relato da experiência

O grupo se desenvolveu através de diversas etapas preestabelecidas, conforme descrição a seguir.

Na primeira etapa do trabalho é feito o acolhimento dos pacientes com espaço para escuta de suas demandas, possibilitando um momento de interação e integração dos presentes. A segunda etapa é o relaxamento, realizado através de exercícios de respiração, meditação e imaginação ativa. O relaxamento é desenvolvido com a contribuição de músicas relaxantes, que levam os pacientes à possibilidade de ocupar o espaço de autocuidado. O objetivo é possibilitar aos pacientes um primeiro contato com suas emoções. A terceira etapa é a da consigna ou a designação de uma proposta de trabalho arteterapêutico que se integra ao relaxamento. Neste momento, são oferecidos os diversos materiais para arteterapia e os pacientes são convidados a desenvolver atividades criativas. A quarta etapa é a execução do trabalho, um mergulho no processo criativo, quando acontece a materialização dos conteúdos simbólicos, que culmina na última etapa. A etapa final consiste na interpretação da produção elaborada pelos próprios pacientes, com o auxílio do grupo e do arteterapeuta. Nesta etapa, o paciente reflete sobre a atividade e tem possibilidade de experienciar *insights* e revelações importantes sobre si e sobre o mundo que o cerca. É o momento de exercitar conexões com suas questões pessoais.

Neste contexto, o trabalho da arteterapeuta é o de estimular o sujeito a criar, observando suas atividades e as expressões de suas emoções durante a realização da atividade. Para escolher a técnica a ser utilizada, é necessário que o arteterapeuta esteja em consonância com as necessidades e as possibilidades de desenvolvimento do

grupo, buscando caminhos que propiciem aos participantes o autoconhecimento e a expressão de sentimentos. É necessário conhecimento profundo das técnicas utilizadas para compreensão adequada de sua utilização.

### **Relato de observadora**

Ao chegar à unidade básica como residente nos deparamos com uma realidade que jamais li algo parecido em alguma bibliografia. Demanda de serviço reprimido, dificuldade de infraestrutura do sistema, falta de entendimento por parte dos profissionais, em geral, de como lidar com a realidade versus o que estava preconizado pelo Ministério da Saúde, sobre trabalhos com grupos. E nesse cenário aprender e ensinar, num trabalho com a expectativa de troca de saberes, misturado às angústias de “como fazer?”, “por onde começar?”, “o que faço primeiro?”, “como manter a adesão dos pacientes sem ofertar nada de material?”, “onde é o melhor espaço?”, “como registrar essa produção?”, “como promover a autonomia para o autocuidado?”. Eram dúvidas, entre tantas outras, que me ocorriam como farmacêutica, sem uma orientação prévia da academia.

Segundo o Projeto PluriVox, concebido por Seminotti (2013), é recomendado ter um observador no grupo, para contribuir com o facilitador, com um “olhar” atento ao que talvez tenha passado despercebido aos olhares do facilitador. O registrado pelo observador é levado à discussão entre facilitador e observador no seminário de capacitação para enriquecer as atividades oferecidas aos usuários durante o grupo. Como observadora, pude relatar para a facilitadora o quanto foi difícil só observar, em silêncio sem interagir com o grupo e ter um olhar “apurado” para cada detalhe,

cada movimento de cada usuário simultaneamente. Como profissional da saúde, tendemos sempre a dar uma orientação sobre qualquer situação trazida no grupo, mesmo sabendo da falência hierárquica da orientação vertical, que está subjacente na formação atual das profissões. Após a experiência de somente observar, reconhecemos o prejuízo de uma escuta não qualificada, considerando que o usuário busca o tempo inteiro verbalizar suas aflições, diante do nosso olhar treinado para fazer triagem.

No início do grupo de arteterapia que participei como observadora me sentia deslocada, como se tivesse que ter uma resposta para aqueles olhares dos usuários que buscavam uma resposta técnica. Como foram vários encontros, escolhi para relatar uma das técnicas realizadas em um dos encontros, a “GARATUJA”.

Os usuários receberam uma folha de ofício em branco e um lápis, foram convidados a fazer a técnica da garatuja. Em um ambiente com luz reduzida, com os olhos fechados e com uma música relaxante, em silêncio, ao som da música foram orientados para que deixassem a mão livre para traçar/rabiscar. Ao término da música, abrindo os olhos, tentariam identificar o traçado com a possibilidade de completar com mais algum risco, para tentar se aproximar de uma forma que estivessem enxergando. Após identificar e comentar no grupo a forma vista, ou não, a coloriram com giz de cera. Após a coloração, algumas identificações de figuras feitas pelos pacientes mudaram de nome. Por exemplo, de uma usuária que havia identificado seu trabalho com o título de “emaranhado” e que a partir da coloração fez a identificação de um “útero”. Esta identificação possibilitou trazer no grupo toda sua fragilidade e sentimento diante desta palavra. Mostrou tristeza acompanhada de choro diante da revelação da percepção da figura do útero e o grupo a acolheu, escutando e se colocando de forma compreensiva.

A facilitadora ajudou na compreensão do significado que ela estava tentando verbalizar/compreender. Com essa mudança em relação ao descrito antes e depois da coloração, mostrou o quanto a técnica ajudou as usuárias a acessar seus conteúdos psíquicos que precisavam ser trabalhados e que ainda não havia conseguido verbalizar. Constatei o quanto aquele momento foi importante para a usuária e o quanto a arteterapia possibilitou o encontro com sentimentos difíceis de trazer à tona.

Por muitas vezes com os olhares, os usuários (expressão não verbal) se acolhiam um ao outro. O silêncio, meu e da facilitadora, oportunizou aos usuários a verbalização de assuntos, por vezes comum a todos, e que, talvez, se não fôssemos em silêncio não viriam à tona.

### **Discussão da experiência**

As atividades desenvolvidas com este grupo possibilitaram o aparecimento de conteúdos de sombra, trazendo para as participantes a oportunidade de reconhecer conteúdos “escondidos” e desintegrados de suas essências. Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de um olhar mais compreensivo de si e dos outros, trazendo de forma coletiva a necessidade de autocompreensão, através da reflexão, produzidas pelas histórias alheias. A arteterapia em conjunto com o processo grupal tem papel fundamental no exercício de autoconhecimento. Observamos que a utilização da técnica expressiva possibilita uma relação mais afetuosa consigo, com seus conflitos e potencialidades, auxiliando o sujeito a desenvolver um olhar “autoacolhedor”.

Na psicoterapia grupal, os encontros permitem troca de informações, apoio e modo de compartilhar sentimentos, possibilitando que as pessoas reconheçam e contemplem suas forças e fraquezas refletidas nos demais, estimulando o autodesenvolvimento e propiciando também um alívio, porque percebem que o companheiro também sofre e tem a mesma fonte de dor.

Como observadora e cofacilitadora, ao observar um grupo, após a participação na capacitação com o apoio do Protocolo PluriVox de observação Seminotti (2013), tive um “olhar” mais crítico ao facilitar o grupo, contemplando a diferença em ser um grupo e agir como grupo. Agir como grupo significa ver o grupo fazer por si mesmo sua existência e suas subjetividades, em contraste com os grupos que na verdade são reuniões ou palestras onde existe um monólogo de algum profissional de saúde, supostamente detentor da verdade, querendo gerar educação em saúde sem a participação do usuário. Destacamos aspectos significativos que surgem no momento de discussão entre facilitador e observador, ocorrida após a realização de cada grupo. Na discussão, acontece o aprendizado, o planejamento e o entendimento interdisciplinar sobre a integralidade do usuário, criando uma linguagem que facilita e amplia a forma de abordar o grupo.

## Considerações finais

Pensar em atividades que atendam as demandas da comunidade a ser atendida é de extrema importância. O início das atividades do grupo arteterapêutico, foi de extremo aprendizado para nós, os residentes. Planejar atividades em grupo através da arteterapia contempla a necessidade de um olhar individual, mediante o coletivo. Contempla a possibilidade de conectar com a existência humana, através de uma proposta de promoção de saúde.

As atividades de observação e registros das atividades grupais foram importantes ferramentas no desenvolvimento das atividades grupais e essenciais no planejamento das sessões seguintes. Propiciaram um detalhamento maior do desenvolvimento do grupo, contribuindo de forma significativa para a compreensão dos fenômenos vividos.

Destaca-se o desenvolvimento de relações de proximidade e de confiança entre os participantes do grupo, condição determinante para a realização dessa proposta. Isso facilitou a mediação e o envolvimento nas atividades, estabelecendo um vínculo que favoreceu o sentido de pertinência e pertencimento ao grupo.

A cada encontro, o grupo revelou-se com espaço potente, revelador e fortalecedor de sujeitos entregues na busca de uma vida simples e feliz. Sujeitos comprometidos com seu crescimento, com seu desejo íntimo de existir, com seu desejo de vir a ser sujeito. Trabalhar com arteterapia é trabalhar com a possibilidade de “dar a mão” à criança que reside em cada um de nós, é a possibilidade de olhar diferente o mundo.

## Referências

CIORNAI, S. **Recursos em arteterapia**. São Paulo: Summus, 2004.

FREITAS, L.V. Grupos vivenciais sob uma perspectiva junguiana. **Psicologia USP**, São Paulo, v.16, n.3, 2005, p.45-70.

GUIMARÃES, G.N. **Arteterapia e educação**: a arte de tecer afetos e cuidados. Viamão: Laçus, 2009. p.34-36.

SEMINOTTI, N. PluriVox. A Saúde Tecida em Múltiplas Vozes da Grupalidade. In: **Mostra Regional de Saúde Secretaria de Saúde do RS**, Metropolitana. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://www.facebook.com/groups/681039085309249/?fref=ts>>.

WOSIACK, R. **Arteterapia em diversos contextos**. Novo Hamburgo: Feevale, 2011. p.229-231.



## **CAPÍTULO VII**

### **GRUPO PSICOFÍSICA: uma experiência em promoção de saúde<sup>1</sup>**

*Marcio Lopes Camargo Ferreira  
Débora Serafim  
Ítala Raymundo Chinazzo  
Nedio Seminotti*

#### **Caracterização do grupo psicofísica**

O Grupo Psicofísica foi uma experiência-piloto de promoção de saúde através de um grupo fechado para usuários adultos com sintomas de dor crônica, ansiedade e depressão. Os facilitadores, profissionais da saúde de uma equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), estruturaram-no gradativamente. Iniciou no dia treze de fevereiro de 2015, no salão da Igreja Nossa Senhora da Luz, região da Unidade de Saúde (US) Santo Operário, Canoas; porém, quando começou uma reforma na Igreja

---

<sup>1</sup> Agradecemos a Débora Viviane Pereira de Mello e Simone de Lima Veleda, da UBS Santo Operário, que, embora não tenham sido coautoras no capítulo, participaram e trabalharam no grupo e, ativamente, nos seminários de capacitação.

(final do mês de maio), o grupo passou a ser realizado no Centro Esportivo São Francisco (CESFA) da Secretaria de Esporte e Lazer de Canoas (SMEL). Era composto de seis participantes, teve duração de quatro meses. Os encontros foram semanais, as sextas-feiras, das 9h às 10h30. O público-alvo formou-se por usuários adultos, a partir de 20 anos, que apresentavam os sintomas referidos e estivessem em tratamento médico.

Foi batizado de Grupo Psicofísica por contemplar conjuntamente as áreas de Psicologia e de Educação Física. Assim, o intuito foi trabalhar integralmente os aspectos da saúde física e os da saúde mental, tendo em vista o entendimento de que ambos são interdependentes e complementares. Os encontros estruturaram-se a partir de práticas corporais e meditativas baseadas na medicina tradicional chinesa (tai-chi-chuan e lian-gong) e na yoga, seguida por uma roda de conversa terapêutica.

Esse grupo caracterizou-se como terapêutico e era voltado à promoção de saúde com o objetivo de diminuir os sintomas ansiosos, depressivos e de dor. Ele se fundamentou no realinhamento dos sete chakras: centros magnéticos vitais do ser humano (fundamental, esplênico, umbilical, cardíaco, laríngeo, frontal e coronário), na melhora do fluxo energético (técnicas de respiração), na aquietação mental com o afastamento dos pensamentos e mudança de foco para a respiração e para visualização de regiões específicas do corpo e de cores. Além disso, baseou-se na ampliação da consciência através do aumento da extensão da área abrangida pela cor, obtidos através de técnicas meditativas. Tais técnicas fazem aflorar angústias causadas pelas sensações, sentimentos e dificuldades pessoais da vida cotidiana, as quais podem ser pensadas, refletidas e suavizadas na última etapa do grupo, através da roda de conversa terapêutica.

Os participantes que foram convidados faziam parte de uma lista pensada junto à Equipe de Saúde da Família, a qual contemplava usuários já em acompanhamento de saúde, pois tinham sintomas de ansiedade, depressão e/ou de dor crônica. O Grupo Psicofísica foi planejado com o limite de doze participantes, com a proposta de manter o caráter terapêutico. Dessa forma, os facilitadores entraram em contato telefônico com doze usuários para uma entrevista inicial individual visando a avaliação e o convite a participar do grupo. Desses, onze pessoas compareceram, sendo que seis se interessaram e/ou tiveram indicação (apresentando sintomas de ansiedade, depressão e de dores crônicas) para iniciar no grupo. Eram dois homens e quatro mulheres.

Rotineiramente, o grupo começava com o acolhimento dos participantes, em pé, formando uma roda. Conforme os participantes começavam a se sentir à vontade, poderiam expressar como estavam se sentindo e como passaram a semana. Logo após, ocorriam as práticas corporais e a meditação, com atenção na respiração diafragmática. Posteriormente, acontecia a conversa terapêutica, em que as sensações das práticas eram compartilhadas e associadas com os sentimentos e comportamentos do cotidiano. Nesse espaço, o grupo servia como um apoio aos conflitos vividos por cada um em suas vidas particulares, seja através da escuta, seja pela troca de ideias e experiências. Em todos os momentos do grupo, os dois facilitadores estiveram presentes; porém, nas práticas corporais e meditativas, o coordenador da atividade era o educador físico, e na conversa terapêutica a psicóloga.

Na primeira sessão, foram pactuadas as seguintes combinações: respeitar o horário de início, manter os celulares desligados ou silenciados, vestimentas confortáveis e adequadas para a prática de exercícios físicos e garrafa d'água para consumo ao longo das atividades e demais recomendações para facilitação de acordo com

---

as recomendações do Programa PluriVox. Este programa pautou o processo de capacitação para facilitação de grupos semiestruturados e interativos, desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde pelo psicólogo Nedio Seminotti, destinado aos trabalhadores do NASF. (SEMINOTTI, 2014) Além disso, o acolhimento aos usuários sempre ocorria no início de cada encontro. Porém, apenas no primeiro encontro foi feita a definição das regras de convivência e, nos demais encontros, ocorreram algumas redefinições (mudança no local; combinações referentes às demandas pontuais que surgiam no grupo e que eram retomadas no início do encontro subsequente; dificuldades em desenvolver as técnicas respiratórias, dificuldades em lidar com frustrações no cotidiano), dando a atenção à redefinição de regras do grupo, quando necessário. Outro importante item no referido protocolo é a indicação para o estímulo à conversação entre todos os usuários, evitando que seja somente com quem facilita o grupo. Um procedimento para que isso ocorresse era a atitude de não responder às perguntas feitas pelos usuários aos facilitadores e estimulá-los para que perguntassem aos demais e estimular para que todos manifestassem suas opiniões e experiências vividas em relação às perguntas feitas e ao que estava sendo discutido.

Os facilitadores, como foi indicado, foram o educador físico Márcio Lopes Camargo Ferreira e a psicóloga Ítala Raymundo Chinazzo. E de acordo com a metodologia de capacitação para facilitação de grupos, foi realizada a observação estruturada pela psicóloga Débora Serafim através do Protocolo PluriVox, já mencionado e discutido. Também fizeram parte do grupo duas ACS, Débora Viviane Pereira de Mello e Simone de Lima Veleza da UBS Santo Operário, que auxiliavam na organização do espaço em que o Grupo Psicofísica ocorria e participavam do grupo como usuárias.

## **Contexto em que se realizou o grupo**

Através de discussões matriciais entre a equipe NASF e cada equipe de saúde da Unidade de Saúde Santo Operário, foi levantada a possibilidade de se desenvolver um grupo voltado à promoção de saúde dos usuários com sintomas ansiosos, depressivos e com dores crônicas, em tratamento médico; pois nunca acontecera um grupo com essas características e havia bastante demanda, segundo as equipes.

As necessidades individuais e as características de cada usuário foram colhidas através de uma anamnese feita pelo educador físico e pela psicóloga durante um atendimento previamente agendado. O usuário não poderia iniciar sua participação no grupo sem passar pelo atendimento e anamnese. Nesses atendimentos, foi aplicada uma escala numérica de zero a dez, subjetiva, para avaliarmos o nível de sensação de dor, onde cada usuário avaliado indicava o número que representava o nível de dor que sentia e o(s) local(is) do corpo onde estava localizada a dor. Perguntávamos sobre sintomas ansiosos e depressivos e em quais situações esses sintomas se intensificavam. No término do grupo, após quatro meses, foi feita uma nova avaliação com cada participante para avaliarmos se houve alguma alteração, tanto na sensação da dor quanto nos sintomas ansiosos e depressivos.

O grupo começou a ser planejado em agosto de 2014, quando a equipe NASF tinha outra composição de profissionais. O educador físico e a psicóloga, que fazia parte da equipe na época, acordaram com as equipes de referência como seria o grupo e quais as características dos usuários. Após a saída da psicóloga, o educador físico pediu para as equipes de referência esperarem uma nova profissional ingressar na equipe NASF. Ao entrar a psicóloga Ítala (da

equipe atual do NASF), o Grupo Psicofísica foi rediscutido. Foi, então, acordado com as equipes de referência, em matriciamento, que o grupo iniciaria a partir do dia treze de fevereiro; e, antes dessa data, os atendimentos individuais, com cada usuário, foram agendados pelos profissionais facilitadores.

## **Justificativa**

A Constituição Federal (CF) de 1998 e a Lei 8080 de 1990 identificam a importância de se realizar um trabalho preventivo e voltado à promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), onde a Estratégia de saúde da família está inserida. Segundo o inciso III, Art. 5º da referida lei, um dos objetivos do SUS é “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. Essas ações estão contempladas nas práticas corporais, pois têm como principal característica a promoção de saúde. Outro fator importante que incide diretamente no escopo das práticas corporais/atividades físicas são os princípios do SUS abordados por esta mesma lei, mais precisamente no que se refere à “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Art. 7º da Lei 8080 de 1990); o que está relacionado com o inciso II do art. 198 da CF: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.”

A partir de 2008, através da Portaria 154 de 2008 do Ministério da Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados em todo o território nacional, indicando o

educador físico e o psicólogo, entre outros, como possíveis integrantes da equipe NASF. Com a Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, passa a existir as modalidades de NASF 1, 2 e 3, dependendo da necessidade apontada pelos gestores, ficando definido pelo município de Canoas a necessidade de se ter o educador físico e o psicólogo, dentre outros profissionais, integrando o NASF de modalidade 1. (BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2014)

Como uma ferramenta apontada em BRASIL, Ministério de Saúde (2014), o trabalho em grupo é um importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Primária. Uma das suas principais funções situa-se na educação em saúde com os seguintes objetivos: empoderamento, desenvolvimento da autonomia, participação e corresponsabilização dos usuários. Há algumas metodologias de trabalho grupal e a utilizada por esse grupo é a terapêutica; pois tem como características: o compartilhamento de experiências, o aumento de conhecimento sobre a situação-problema e do autocuidado, o compromisso dos sujeitos com suas ações, a construção de objetivo comum entre os participantes e a criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema.

Nas UBS União e Santo Operário, o NASF trabalha com a lógica do matriciamento. Nestas reuniões, especificamente n UBS Santo Operário, foram discutidas, dentre outras pautas, a necessidade de se ter um grupo com as características detalhadas anteriormente.

## **Objetivos**

Promover saúde por meio de práticas corporais e meditativas, baseadas no tai-chi-chuan, lian-gong e Yoga, e da roda de conversa.

## **Relato de experiência**

O grupo foi baseado em práticas corporais e meditativas realizadas em conjunto com técnicas de respiração diafragmática. No dia 20/02/2015, quando já ocorria a segunda sessão do grupo; no início dele, todos os participantes (quatro usuários, duas ACS, dois facilitadores) estavam em círculo, quando foi perguntado a eles quem estava realizando as técnicas respiratórias no cotidiano (havia um incentivo para que os praticantes tentassem realizar as técnicas aprendidas diariamente); porém, ninguém respondeu. No decorrer do grupo, o estímulo para manter a respiração foi feito e, durante as práticas corporais (yoga, tai-chi-chuan e lian-gong), foi comentado por dois participantes que era difícil realizar as posturas e os movimentos juntos com a respiração.

Quando chegou na técnica meditativa, a respiração diafragmática foi mais intensificada. Houve comando verbal para que visualizassem um ponto verde no umbigo que, imaginariamente, ia se ampliando (chegando gradativamente ao tamanho do abdômen; depois, do tamanho da pessoa; por último, do tamanho do salão), depois ia voltando gradativamente até o tamanho do umbigo outra vez. No momento final da meditação, o educador físico pediu para que os participantes focassem a atenção e sentissem partes do corpo (mãos, pés) para, depois, abrirem devagar os olhos. A última etapa da

sessão foi quando a psicóloga iniciou o momento reflexivo após as experiências vivenciadas, perguntando quem gostaria de compartilhar as sensações que tiveram. Uma das participantes relatou que estava se beneficiando das técnicas respiratórias, pois, antes do trabalho, realizava a respiração e sentia-se melhor e mais disposta. Foi, então, perguntado aos demais participantes se era importante ou não a realização da respiração diariamente, os participantes disseram que sim e que iam tentar fazer. Dois participantes disseram que estavam com mal-estar antes das atividades, mas, após a meditação, o malestar havia passado como que por mágica.

Ainda nesta etapa da reflexão após a meditação, o educador físico iniciou a explicação sobre o que a medicina tradicional chinesa nomeia como *tao* (O *tao* é representados por um círculo que está presente nas pessoas, nos seres vivos e em toda a realidade que nos circunda; representando a relação dos opostos através das cores preta, com um ponto branco, e da branca, com ponto preto) e perguntou o significado das cores preta e branca e dos pontos branco e preto contido nelas respectivamente. Os participantes responderam que eram os opostos, mas não se lembraram de nenhum exemplo concreto. O educador físico estimulou que os usuários falassem sobre os opostos presentes no cotidiano deles e disseram: sentir-se mal X sentir-se bem, bem-estar X mal-estar. Após essas falas, uma usuária deu um exemplo concreto na vida dela, quando disse que os opostos mais presentes nela eram: confiança X desconfiança; falou sobre a desconfiança em relação ao filho, ex-usuário de drogas, que superou o uso de drogas após internação em uma clínica de recuperação. Disse que sempre tem receio de que o filho volte a usá-las. A psicóloga comentou com a usuária sobre a possibilidade de ter havido recuperação total do filho dela, pois casou-

-se e teve um filho e, segundo a própria usuária, era um excelente pai para ele.

Por fim, o educador físico sugeriu que ficassem em pé, dispostos em roda, e que todos se abraçassem com os braços passando por trás das costas de cada um. Foi pedido, a seguir, que fizessem um balanceio lateral e foi perguntado por que não caíam e a explicação foi de sobre o apoio que cada um dava ao grupo (citou-se o nome de cada um dos presentes). Finalizou salientando a importância de cada um no grupo e que, se faltassem, o grupo não receberia o apoio que só ele saberia dar. Todos se separaram uns dos outros e foi pedido para que batessem palmas para salientar a importância de estarem reunidos. Houve abraços e beijos, como despedida, com o convite para voltarem na próxima sexta-feira. O encontro finalizou e todos se despediram firmando o compromisso em realizarem as técnicas respiratórias no cotidiano e em voltarem no próximo encontro.

O Grupo Psicofísica seguiu até completar quatro meses. No décimo e no décimo primeiro encontros foi dado espaço para que os usuários se pronunciassem a respeito das mudanças percebidas a partir da participação deles nesse grupo. Esse tipo de avaliação substitui a aplicação da escala numérica de dor utilizada no início do “Psicofísica”. Foi então que dois usuários disseram que se sentiam diferentes: um, após elogio ao grupo, disse que as fortes dores em seu joelho haviam amenizado e só apareciam quando se esforçava ao transportar cargas ou ao movimentar-se bruscamente; segundo ele, não estava usando medicamentos e nenhum tratamento específico para joelho. Outra usuária relatou que as dores de cabeça frequentes haviam diminuído, sem usar medicamentos ou tratamento específico. Uma usuária não tão assídua relatou que os sintomas de seu transtorno de humor haviam diminuído, porém, com uso de medicamentos.

## **Discussão da experiência**

A discussão será referente à experiência relatada na sessão anterior ocorrida no dia 20/02/2015, segundo encontro do grupo. Como relatamos eram seis participantes, sendo quatro usuários (três mulheres e um homem) e dois ACS (Agentes Comunitários de Saúde). A experiência de observadora deste grupo foi relevante como exercício para reflexão de grupos de promoção de saúde. O grupo se desenvolveu de acordo com o proposto pelo Protocolo PluriVox, abrangendo atividades de acolhimento e desenvolvimento de proposta terapêutica através das técnicas citadas anteriormente. Além disso, o protocolo de observação focaliza, no seminário pós-grupo, a discussão e a reflexão dos conteúdos emergidos no encontro. Ao observar o desenvolvimento do trabalho grupal, foi perceptível que, à medida que os exercícios de respiração e movimentação baseados no tai-chi-chuan eram propostos, o grupo lentamente se entregava ao momento vivido e promovia um encontro com sua essência, com suas necessidades, e sutilmente respirava e movimentava-se em prol da sua saúde e da qualidade de vida que as técnicas possibilitam. A entrega deste grupo se demonstra na forma como participaram das atividades propostas e nos relatos de participantes que praticaram fora do espaço grupal os exercícios de respiração e perceberam melhora com os mesmos.

O educador físico, rotineiramente, iniciava o grupo retomando a técnica de respiração diafragmática mostrando que, no início, se deve colocar as mãos no abdômen e sentir que, ao inspirar, o abdômen empurra as mãos para frente; quando expiramos, volta-se à posição inicial. A observadora percebeu que uma das ACS teve dificuldades, quando ela disse que ao inspirar a barriga ia para dentro. O educador físico mostrou a técnica, pedindo que cada participante

pusse uma das mãos no abdômen dele. Com isso os participantes passaram a entender melhor. A psicóloga falou sobre a importância da técnica de respiração diariamente e o educador físico explicou que, ao praticar a técnica, há melhoria na concentração, no fluxo sanguíneo e acontece o relaxamento, diminuindo a sensação de dor.

A observadora apontou, durante os seminários de capacitação, que sentiu o grupo absorto pela prática e até fecharam os olhos sem que isso fosse pedido. Os participantes disseram que manteriam a prática ao longo da semana em casa ou no trabalho.

Em seguida, juntamente com a técnica respiratória, o educador físico pediu que fizessem movimentos do lian-gong. Depois, introduziu técnicas do tai-chi-chuan com movimentos do corpo como um balanceio da esquerda para a direita (inspirando na direita e expirando na esquerda), juntamente com movimentos das mãos como que segurando o *tao* (caminho, em chinês).

Após essas práticas, antes da meditação, dois participantes disseram que tinham dificuldades em realizar os movimentos juntamente com a técnica respiratória. O educador físico e a psicóloga explicaram que durante os quatro meses de grupo essas práticas conjuntas seriam exercitadas e que haveria tempo de todos se familiarizarem com elas. A observadora percebeu que, mesmo sentindo as dificuldades relatadas, os participantes realizavam as práticas junto com o educador físico, foi quando ela sentiu uma “energia boa” pairando no ambiente (segundo o que ela disse em seminário após o grupo).

As técnicas meditativas foram desenvolvidas em seguida, com os participantes sentados em bancos de madeira. O educador físico pediu para que fechassem os olhos e prestassem atenção à respiração e a técnica se inicia, como descrita na sessão anterior. Esse foi o momento

em que a observadora percebeu uma grande entrega por parte de todos os participantes, pois fecharam os olhos e respiravam como o educador físico pediu; mesmo quando algum ruído ocorria, os participantes, após a meditação, disseram não o terem percebido, quando os facilitadores perguntaram.

Depois dos participantes abrirem os olhos e se acostumarem com a luz ambiental, iniciou-se a roda de conversa terapêutica. A psicóloga Ítala perguntou como estavam se sentindo após as práticas. Uma ACS disse que estava com dor de cabeça antes do grupo, mas que depois das práticas, a dor de cabeça acabou. Outra ACS afirmou que começou a utilizar as técnicas respiratórias antes de sair ao trabalho e sentiu-se melhor com isso. O educador físico e a psicóloga elogiaram a participação delas e incentivaram os demais a falarem. Uma das usuárias disse que se sentia bem melhor após as práticas. Quando o educador físico mostrou o desenho do *tao* e perguntou o que significavam as cores preta e branca e os pontos com as cores opostas dentro delas, os participantes comentaram os opostos exemplificando com mal x bem, saúde x doença, confiança x desconfiança.

Os facilitadores pediram para a usuária explicar melhor o que ela quis dizer com esses opostos (Confiança x Desconfiança). Como ela informou que era a desconfiança dela quanto à recuperação do filho em relação ao uso de drogas, os facilitadores perguntaram a ela como ocorreu a recuperação dele e a participante informou que foi através de uma clínica e que hoje ele tem filhos e está casado, mas sempre que combina algo com ele e não cumpre, ela fica preocupada e desconfiada, achando que está se drogando. Ítala falou que tantas pessoas usuárias de drogas são internadas nessas clínicas e saem recuperadas, levando uma vida normal, e perguntou por que o filho dela não poderia

ter se recuperado totalmente, já que havia se casado e se tornou pai. A usuária chorou e disse que já melhorou muito em relação a essas desconfianças, mas que tem que se esforçar para não pensar mais nisso. Os facilitadores falaram sobre ser mãe e disseram que é só sendo mãe para saber o que sentem e também no amor que sentem pelos filhos.

Interessante notar o que os facilitadores identificaram, a partir da observação da frequência dos participantes no grupo, que essa senhora se emocionou muito durante esse encontro; e seu esposo, que veio em dois encontros, mas não voltou mais, não frequentaram mais o grupo. Segundo os facilitadores, durante a discussão após o encontro, o esposo tentava se enganar dizendo que ele não considerava um grande problema o fato de ter passado pela experiência de ter um filho internado em uma clínica de recuperação; porém, nos demais encontros, após ligação telefônica feita pelos facilitadores, sua esposa relatava que ele estava trabalhando muito para dar conta de tantas encomendas feitas. Foi interpretado que, talvez, o trabalho excessivo poderia estar associado a um sentimento mal elaborado que ele tentava superar através do trabalho. A esposa, após esse encontro relatado, não voltou mais; provavelmente por ter liberado esse sentimento que ainda estava internalizado, pois, por telefone, nos informou que viajaria com o esposo por quinze dias; mas após esse período, não voltou ao grupo. Supomos que não precisou mais do apoio que o grupo promovia.

O Protocolo PluriVox de observação permitiu uma organização dos principais itens a serem lembrados na facilitação de grupos e, neste encontro do Grupo Psicofísica, estimulou reflexões entre a observadora e os facilitadores a respeito do fluxo de energia entre os *chakras* e o fato dos participantes terem se emocionado e falado bastante. O educador físico disse que na sessão

anterior havia estimulado o *chakra* fundamental (virilha e genitálias), a observadora explicou que essa região nos remete a fases iniciais do desenvolvimento físico e psíquico (fase em que inicia o controle dos esfíncteres e do relacionamento com os produtos eliminados pelo corpo), levando a uma aproximação com as sensações relacionadas aos “produtos” desenvolvidos pela psique. Em relação à sessão observada, segundo explicações da observadora e da facilitadora, o *chakra* estimulado na sessão (o umbilical) está bastante relacionado ao cordão umbilical e ao útero remetendo-os ao que há de mais significativo em relação à figura materna trazendo à tona sentimentos e sensações relacionados à maternidade. Debora e Ítala salientaram que essas duas regiões estimuladas podem facilitar o fluxo de emoções e sentimentos. Debora percebeu uma entrega de cada participante aos exercícios propostos neste encontro; durante a capacitação, Debora afirmou que essa entrega por ela observada levou-a a quase levantar-se para participar das atividades.

### **Considerações finais**

Nesse momento de reflexão do grupo, mas principalmente na meditação, quando todos fecharam os olhos, prestaram atenção na respiração e alguns conseguiram visualizar o umbigo e o ponto verde, dos seis participantes, quatro relataram que se sentiram melhor (três sentiram-se melhor no momento do grupo e uma está realizando as práticas respiratórias diariamente).

Pode-se concluir que o objetivo de se promover saúde através dessas práticas e da roda de conversa terapêutica está sendo conseguido até o momento pela maioria dos participantes; porém, é necessário observarmos se nos

demais encontros do grupo esse objetivo será alcançado e continuará havendo redução da sensação de dor e dos sintomas de ansiedade e de depressão.

Em relação ao Protocolo PluriVox, o educador físico aprendeu que não basta facilitar o grupo para garantir um bom apoio a cada participante. Há muitas informações em cada momento de uma sessão do grupo que precisam ser registradas por alguém que não se integra com os usuários e nem com os facilitadores, para garantir que essas informações colhidas pelo observador sejam organizadas pelo protocolo e serem discutidas e interpretadas pelos facilitadores durante seminário pós-grupo (entre facilitadores e observador) para, assim, poderem ser trabalhadas nas sessões posteriores. Um exemplo concreto é em relação ao que a observadora apresentou, durante a capacitação no NASF, detalhando que os usuários, de olhos fechados durante a meditação, estavam totalmente entregues à atividade a ponto de deixar a observadora com vontade de parar a tarefa de observação para se envolver com os usuários.

Conforme a metodologia do Programa PluriVox, os facilitadores desenvolvem as atividades e o observador não interfere ativamente nelas, permanecendo durante todo o encontro em sua tarefa de fazer o registro da observação. Com isso, é possível ao observador perceber se os facilitadores têm procedimentos que são os recomendados no exercício da facilitação de modo a promover, por exemplo, a conversação de todos com todos participantes do grupo. É uma inovação que foi apresentada nessa capacitação do NASF e propiciou um aprendizado importante que está sendo aproveitado em todas as sessões desse grupo, garantindo a oportunidade de organização e sistematização das informações colhidas durante cada sessão do grupo para serem discutidas, posteriormente, em seminário pós-grupo entre facilitadores e observadores.

---

---

## Referências

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica n. 39)

BROWN, C. **A bíblia do yoga**. São Paulo: Pensamento, 2009.

LEADBEATER, C.W. **Os chakras**: os centros magnéticos vitais do ser humano. São Paulo: Pensamento, 2006.

NOVAK, J. **O essencial sobre meditação**. São Paulo: Pensamento, 1989.

SEMINOTTI, N. PluriVox. A saúde tecida em múltiplas vozes da grupalidade. In: **Mostra Regional de Saúde Secretaria de Saúde do RS**, Metropolitana. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://www.facebook.com/groups/681039085309249/?fref=ts>>.

SUN TZU. **A arte da guerra**: os treze capítulos originais. Adaptação e tradução A.S. Bueno São Paulo: Jardim dos Livros, 2011.





## **CAPÍTULO VIII**

### **O GRUPO COMO UM PROGRAMA DE EMAGRECIMENTO: uma nova proposta de trabalho interdisciplinar na atenção básica**

*Darlise Rodrigues dos Passos  
Marcio Lopes Camargo Ferreira  
Virgínia Teixeira Leite  
Karina Antes de Souza  
Nedio Seminotti*

#### **O desafio da obesidade na Atenção Básica (AB)**

O sistema de saúde brasileiro, SUS, possui na Atenção Básica (AB) espaço de realização de atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças e ações curativas com capacidade de resolução de cerca de 85% das necessidades de saúde mais frequentes na população. (STARFIELD, 2002; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) O Ministério da Saúde passou a investir na Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para reorganização da AB, ampliando a cobertura de Equipes de Saúde da Família. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) Em 2008, surgiram os Núcleos de Apoio à

Saúde da Família como equipes multiprofissionais que desenvolvem apoio matricial às equipes de ESF com o objetivo de ampliar o escopo das ações ofertadas e aumentar a capacidade de cuidado integral aos usuários na AB. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE 2008; 2011)

No atual contexto, verifica-se que o excesso de peso é um importante problema de saúde pública no país, atingindo mais da metade dos brasileiros, sendo que 17,5% dos adultos são considerados obesos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) Atrelado a esses índices, percebe-se nas últimas décadas importante alteração nos hábitos alimentares com aumento significativo no consumo de alimentos ricos em açúcar, gordura e sódio, concomitante a uma redução na prática de atividade física, o que vem acarretando um incremento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população, com forte impacto sobre o sistema de saúde. (STARFIELD, 2002; SCHRAMM et al., 2004) Dessa forma, as equipes de Saúde da Família possuem um grande desafio no enfrentamento da obesidade e das doenças crônicas a ela associada, necessitando estratégias de cuidado e ferramentas efetivas que incidam sobre esse problema. (KUMPEL et al., 2011)

Sabe-se que o tratamento para obesidade engloba, entre outros, dieta hipocalórica associada a hábitos alimentares saudáveis, bem como a prática regular de atividade física. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ABESO, 2009) Inúmeras diretrizes apontam que o manejo de pacientes obesos deva ser realizado preferencialmente por equipe multiprofissional de saúde a fim de se atingir resultados mais efetivos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2014a) Publicações do Ministério da Saúde evidenciam que os grupos constituem-se espaço preferencial dentro da Atenção Básica para realização de atividades de promoção, prevenção e acompanhamento de agravos crônicos de

saúde da população, além de apontá-los como estratégia para organização do trabalho dos profissionais do NASF, junto à população atendida. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2014a; 2014b) Além disso, os resultados de alguns estudos sobre grupos de emagrecimento vêm apontando que atividades que trabalhem a motivação, a autonomia e a qualidade de vida do paciente podem atingir maior sucesso na adesão ao tratamento e manutenção prolongada da perda de peso. (MONTEIRO; RIETHER; BURINI, 2004; BUENO et al., 2011)

Assim como a experiência descrita em capítulo anterior, o presente relato objetiva apresentar um programa de emagrecimento interdisciplinar desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Canoas/RS, envolvendo trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Pretende-se aqui descrever a criação e a implantação do programa, discutindo as dificuldades vivenciadas nesse processo, bem como evidenciar as potencialidades desse trabalho no contexto da AB.

### **Contexto em que se realiza o grupo**

A UBS na qual é realizado o Programa de Emagrecimento é composta por sete equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma equipe de saúde bucal e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Situa-se em um bairro no município de Canoas que abrange uma população com importante vulnerabilidade social e econômica. Conforme já descrito no capítulo anterior, a partir de maio de 2014, começaram a ser desenvolvidas reuniões de matriciamento entre profissionais das equipes de ESF e da equipe NASF, através das quais foram evidenciados inúmeros usuários com excesso de peso e/ou

doenças crônicas associadas que necessitavam intervenção de diversos profissionais de saúde.

Tendo em vista a configuração de profissionais da equipe NASF, pensou-se na criação de um Programa de Emagrecimento Interdisciplinar que ofertasse conjuntamente dentro da UBS: acompanhamento nutricional, suporte psicológico e orientação para atividade física (com educador físico e/ou fisioterapeuta). Diferentemente da experiência apresentada no capítulo anterior, na qual o grupo logo de início já envolveu profissionais da ESF, este programa foi concebido inicialmente como um projeto-piloto do NASF no sentido de avaliar qual seria a melhor configuração para o grupo no que diz respeito ao número de participantes, frequência e duração dos encontros, método para avaliação dos resultados, formas de encaminhamento dos usuários identificados pelas equipes para o grupo, dentre outros.

Cabem aqui algumas considerações importantes no processo de implantação desse grupo. Antes da chegada do NASF a essa UBS, existiam poucas atividades coletivas (especialmente grupos) sendo realizadas e, até então, com uma concepção de grupos socioeducativos, geralmente focadas em palestras ou na renovação de receitas de medicamentos. Diferentemente dessas atividades coletivas, a ideia do Programa de Emagrecimento relatado aqui é trabalhar com grupos semiestruturados. Neste tipo de grupo, os profissionais planejam previamente atividades/dinâmicas para abordar alguns assuntos predefinidos, mas dão espaço para que os usuários conversem entre si, e com os profissionais, e possam compartilhar dúvidas/experiências e conhecimentos sobre o emagrecimento. Obviamente, esse modelo de grupo expõe os profissionais ao novo, que emerge a cada sessão e exige que o planejamento seja revisado constantemente. Mesmo assim, acreditamos que

essa estrutura, na qual todos dentro do grupo possuem voz para expressar seu pensamento e o reconhecimento que todos trazem consigo experiências prévias e conhecimentos válidos, é o que permite uma construção conjunta de novos hábitos de vida mais saudáveis pautados na construção de vínculo e no acompanhamento longitudinal.

Constatamos nessa experiência que, na medida em que todos têm voz para expressar seu pensamento, conhecimento e experiência, viabiliza a construção conjunta de novos hábitos de vida mais saudáveis. Além da estrutura de grupo (o grupo semiestruturado), que contempla o emergente e o protagonismo dos usuários, o investimento dos profissionais na construção de vínculos de cuidado e o acompanhamento por longo tempo viabilizam o sentimento de pertencimento e identidade de grupo. Além disso, grupos com frequência semanal também são uma novidade dentro da rotina dessa UBS, revelando, assim, responsabilidade e oferecer-se para construção do vínculo de cuidado.

A população adscrita atendida é bastante extensa, já que se trata de sete equipes de ESF reunidas em uma UBS, o que acarreta alguns transtornos em relação ao espaço físico e à logística de atendimento dentro da UBS para a realização de atividades coletivas. Por isso, víamos a necessidade de constituir um projeto-piloto, inicialmente, que nos auxiliasse a responder as dúvidas que citamos anteriormente para garantir o sucesso no atendimento, a satisfação do usuário e o sentimento, por parte das equipes de ESF, de que o grupo de fato é um método eficaz para o tratamento e o acompanhamento dos usuários. Em outras palavras, que os profissionais de saúde assim como os usuários identifiquem a UBS como um local que oferta espaços coletivos para a promoção, a prevenção e o tratamento de agravos à saúde. À medida que fomos desenvolvendo o grupo, pudemos ir fazendo ajustes e revendo o planejamento a fim de atingir nossos objetivos.

## **Objetivos**

O Programa de Emagrecimento tem como objetivo promover a redução de peso corporal em pacientes com excesso de peso, auxiliando na prevenção e/ou no controle clínico das comorbidades associadas à obesidade, a partir da promoção de hábitos alimentares saudáveis, da prática de atividade física e do fortalecimento da autonomia dos sujeitos no autocuidado com a saúde. Além disso, visa ampliar o acesso da população e promover o cuidado integral mediante trabalho interdisciplinar.

## **Caracterização do Programa de Emagrecimento**

O Programa de Emagrecimento compreende dois momentos: o primeiro denominado “Edição” e o segundo “Manutenção”. O público-alvo do Programa são usuários adultos da UBS que residem no território de abrangência e que possuem excesso de peso (aqui compreendido o sobrepeso e a obesidade), com ou sem comorbidades associadas. Os diferentes profissionais que compõem as sete equipes de saúde podem indicar a participação dos usuários no grupo, a qual sempre é acordada previamente com a equipe NASF através das reuniões de matriciamento/discussão de caso, que ocorrem quinzenalmente. A partir dos usuários identificados pela equipe, os profissionais do NASF realizam contato telefônico com as pessoas para realizar o convite e agendar avaliação inicial.

Antes de ingressarem no Programa, todos os participantes passam por atendimento individual, sendo realizada uma consulta conjunta com nutricionista ou psicólogo e educador físico ou fisioterapeuta para avaliação inicial. Esse momento visa revisar histórico clínico progressivo

e atual, resultados de exames, uso de medicamentos e outros aspectos de saúde do paciente relevantes, além da motivação inicial para o tratamento e esclarecimentos sobre os objetivos e funcionamento do Programa. Para cada participante, tem-se uma ficha individual na qual os profissionais registram o acompanhamento realizado no decorrer do grupo, tais como: dados antropométricos de peso, altura, IMC, circunferência abdominal e frequência cardíaca. Os participantes também recebem uma “carteirinha” para registro dos dados antropométricos e acompanhamento individual do peso.

No primeiro momento, então, as pessoas ingressam na chamada “Edição”, que se caracteriza por quatro semanas consecutivas de acompanhamento, com um encontro grupal semanal em que todos participam do “Grupo de atividade física” e do “Grupo de orientação nutricional e suporte psicológico”. O grupo de atividade física é coordenado pelo educador físico e pela fisioterapeuta do NASF. Os integrantes do grupo, que na avaliação inicial, não apresentam condições físicas para participarem do grupo de caminhada são acompanhados coletivamente pela fisioterapeuta, através de práticas terapêuticas adequadas aos sintomas e alterações funcionais encontrados, podendo, em longo prazo, integrarem o grupo de caminhada. Os demais participantes que tiverem condição de realizar atividades físicas de intensidade leve a moderada, integram o grupo de caminhada, coordenado pelo educador físico. O grupo de orientação nutricional e suporte psicológico é coordenado pela nutricionista e pela psicóloga do NASF. Na primeira semana é reservado espaço para apresentação e troca de experiências entre os participantes, através de dinâmica sobre “Pensamento sabotadores X Pensamentos Apoiadores”, conforme modelo sugerido no Livro *Pense magro por toda vida*, fundamentado na Terapia Cognitivo-Comportamental. (BECK, 2011) Na segunda semana, são

esclarecidas dúvidas e realizada orientação nutricional para uma alimentação saudável através da atividade “Mitos e Verdades sobre a Alimentação” com base nas recomendações do Ministério da Saúde sobre “Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c) No terceiro encontro é realizada a entrega do plano alimentar (dieta hipocalórica) individualizado para os participantes, destacando que em todos os encontros são abordados aspectos relacionados à motivação para o tratamento e as dificuldades no processo de mudança de estilo de vida, além da aferição do peso. No último encontro é realizada uma oficina culinária com apresentação de receitas saudáveis e entrega do certificado de participação e conclusão da primeira etapa do Programa.

O número máximo de participantes é de 15 por edição, a fim de proporcionar que haja trocas de experiências entre os participantes do grupo de forma mais efetiva, além de um acompanhamento individual. Ao final das quatro semanas iniciais, os participantes concluem a “Edição” e são convidados a dar seguimento através do grupo denominado “Manutenção”, onde serão acompanhados, tanto no sentido de promover a redução de peso quanto para a manutenção da perda de peso já atingida. Nessa segunda fase, os participantes seguem sendo estimulados a participar concomitantemente dos grupos de atividade física e de orientação nutricional e suporte psicológico. Os assuntos abordados nesses encontros são planejados de acordo com o interesse e com as dúvidas dos participantes, sempre visando à promoção de um estilo de vida saudável, através de exposição dialogada e atividades práticas que auxiliam o participante a estruturar um esquema de alimentação equilibrada dentro de seu contexto socioeconômico, cultural e familiar.

O grupo de “Manutenção” não tem número de encontros predefinidos, ocorrendo com frequência semanal,

---

---

e caracteriza-se por um espaço de acompanhamento para todos os participantes que já passaram pela Edição e tenham interesse em dar continuidade ao tratamento. Já as Edições iniciam com novos grupos de participantes a cada mês.

O espaço físico utilizado inicialmente foi uma sala na Horta Comunitária, a qual fica próxima a UBS e possui local amplo para a prática de atividade física, porém encontrou-se dificuldade em relação à logística tendo em vista que a balança fica dentro da UBS. Assim, os encontros passaram a ocorrer na Associação de Moradores localizada no mesmo espaço físico (pátio) da UBS, facilitando a dinâmica dos encontros.

### **Relato da experiência**

A experiência de um Programa de Emagrecimento multiprofissional no contexto da AB mostra-se como uma metodologia de trabalho promissora que visa proporcionar aos usuários uma atenção integral, mediante trabalho em equipe, pautada no fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários no sentido de efetivar o cuidado longitudinal para o enfrentamento da obesidade no contexto social em que a comunidade está inserida. A discussão e o planejamento realizados entre os profissionais, bem como a frequência semanal do grupo e a continuidade dos encontros grupais garantem a qualidade da relação mencionada anteriormente.

O trabalho interdisciplinar possui, sem dúvida, uma potência muito grande embora traga desafios no que diz respeito ao entendimento e à concepção que cada profissional traz consigo acerca de atividades coletivas e como trabalhar com grupos, além da dificuldade de se

conciliar a agenda de diversos profissionais, muitas vezes, com cargas horárias diferentes, como ocorre na equipe NASF. Foram necessárias inúmeras discussões entre os integrantes da equipe para a criação, desenvolvimento e execução do Programa. Tivemos que criar e recriar planejamentos diversas vezes até que o Programa tivesse a concepção que tem hoje e, ainda assim, estamos constantemente revisando e avaliando os resultados obtidos.

Nesse sentido, a capacitação que foi oportunizada aos trabalhadores do NASF através do Programa PluriVox, já descrito no capítulo anterior relativo ao grupo de emagrecimento, auxiliou nesse processo de discussão sobre as concepções e os diversos modos de se trabalhar com grupos. De acordo com o PluriVox, foram realizadas observações de algumas sessões do grupo, com auxílio do protocolo de observação, as quais foram posteriormente discutidas na capacitação coordenada pelo psicólogo que promove a atividade de educação permanente junto ao NASF. Ressalta-se a importância de dialogar com a gestão do município no sentido de promover capacitações para os profissionais sobre o desenvolvimento de trabalho com grupos na AB, evidenciar os grupos como tecnologia leve de produção de cuidado à população (MERHY; FEUERWERKER, 2014; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), garantir espaço na agenda dos profissionais para realização dessas atividades, o que depende de pactuação com a gestão, bem como de espaço permanente para discussão e reflexão sobre o trabalho que a equipe vem construindo.

Ainda nos deparamos, muitas vezes, com a falta de recursos humanos, materiais e espaço físico adequado para o desenvolvimento das atividades em grupo. Entretanto, nem por isso, o grupo deixa de ocorrer. Conforme foi relatado, houve necessidade de mudança do espaço físico onde o grupo era realizado inicialmente, devido à logística e outras atividades desenvolvidas na UBS.

Dois aspectos importantes a serem considerados dizem respeito à característica peculiar dessa UBS na qual estão concentradas sete equipes de ESF num mesmo espaço e ao fato do território onde se insere atender uma população com extrema vulnerabilidade econômica e social. Fez-se necessária a realização de um projeto-piloto de cerca de seis meses para poder planejar, experimentar e avaliar qual seria o formato necessário para que o Programa de Emagrecimento conseguisse atender a grande demanda identificada pelos profissionais das equipes de saúde e ofertar um cuidado de qualidade para os usuários.

Observamos que esse formato proposto para o Programa de Emagrecimento tem atingido resultados interessantes relacionados às mudanças no estilo de vida dos participantes, tais como prática de atividade física, redução de peso e melhora nos hábitos alimentares. Durante os encontros, temos relatos frequentes de vários usuários sobre mudanças que eles observam no seu dia a dia, tais como: diminuição de dor para realizar as atividades, melhora da autoestima, aumento no consumo de verduras e frutas ao longo do dia, pequenas mudanças de comportamento alimentar que fazem com que se sintam mais dispostos. Percebemos que os usuários que permanecem frequentando o grupo na Manutenção também participam do grupo de atividade física, ou seja, conseguem buscar na UBS diferentes espaços e profissionais que os apoiam para dar continuidade no seu processo de emagrecimento. Além disso, acreditamos que ofertar atividade física, orientação nutricional e suporte psicológico, concomitantemente, motiva os usuários a participarem do Programa e a aderir ao tratamento além, é claro, de auxiliar no processo de emagrecimento. Isso também oportuniza diferentes olhares dos profissionais sobre os participantes e potencializa o cuidado ofertado e o planejamento de planos terapêuticos compartilhados.

A “Edição” oportuniza aos usuários um primeiro contato com as atividades em grupo, através das quais se estimula a formação de vínculo com profissionais e outros usuários, compartilhamento de experiências, aquisição de novos conhecimentos e fortalecimento da autonomia e autocuidado em saúde. A “Manutenção” possibilita o acompanhamento para aqueles participantes que desejam continuar com o tratamento multiprofissional na UBS. Dessa forma, ao mesmo tempo em que se proporciona uma Edição mensal, para que novos participantes sejam incluídos, mantém-se o vínculo com aqueles que desejam continuar acompanhamento através da Manutenção.

Percebemos que trabalhar com grupos semiestruturados, nos quais o usuário tenha voz e espaço para construir seu próprio percurso de busca por melhora da saúde é fundamental e constitui uma mudança de paradigma dentro do cenário que se discute sobre educação em saúde. Exige que o profissional de saúde saia do centro das atenções e deixe de ser visto pelos usuários como aquela pessoa que tudo sabe e levará respostas prontas para os problemas. Isso abre espaço para escutarmos as reais necessidades das pessoas, suas angústias e dificuldades e soluções que oferecem aos problemas e nos faz ver que não temos como construir um grupo a priori, sem a contribuição dos usuários. Damo-nos conta que um grupo vai se construindo a cada encontro, pelos diferentes saberes, pelas trocas de experiências entre usuários, pelo vínculo que se constrói e, assim, percebemos que as pessoas conseguem encontrar respostas para suas inquietações individuais dentro desse espaço coletivo, tornando o grupo um método de produção de saúde.

Vislumbram-se algumas ações que serão implantadas ao longo do ano com o intuito de fortalecer e qualificar o Programa de Emagrecimento, bem como o trabalho que

vem sendo desenvolvido até então pela equipe NASF. Diferentemente da experiência relatada no capítulo anterior, na qual o grupo de emagrecimento é coordenado pela enfermeira e pelas agentes comunitárias da Unidade, esse Programa de Emagrecimento vem sendo desenvolvido até o momento pelos profissionais da equipe NASF, pelos motivos já apresentados. No entanto, entende-se que a participação dos profissionais da equipe mínima de saúde da família é imprescindível. As atividades já desenvolvidas no Programa de Emagrecimento até o momento necessitam ser apresentadas, constantemente, em espaços como a reunião de equipe para que se desenvolva o sentido que o grupo pertence à UBS e que precisa contar com a participação dos demais profissionais. Além disso, é importante que as pessoas consigam ter acesso ao grupo não só através dos encaminhamentos feitos pelos profissionais das equipes, mas pela busca espontânea até a UBS, pois assim oportunizamos espaço para quem está motivado e procura melhora de saúde com qualidade de vida.

### **Discussão das observações**

No dia 8 de janeiro de 2015 foi realizada a observação, orientada conforme Protocolo PluriVox, pela fonoaudióloga da equipe NASF do grupo Manutenção, pertencente ao Programa de Emagrecimento facilitado neste dia pela nutricionista do NASF.

O encontro teve início com a redefinição de algumas regras de convivência, entre elas, o horário estabelecido para o grupo, já que alguns participantes não estavam conseguindo se adequar ao que fora previamente estabelecido. Neste dia, duas participantes (das três que estiveram presentes) chegaram com mais de quinze minutos

de atraso, fazendo com que a facilitadora retomasse em três diferentes momentos o que estava sendo tema de conversa do encontro.

Em diversos momentos do encontro, foi estimulada a conversação entre todos os usuários participantes, mas apesar das tentativas a comunicação acontecia quase que unicamente do participante com a facilitadora do grupo, constituindo um diálogo facilitador x participante pautado em perguntas e respostas curtas, o que trouxe a impressão de um grupo pouco comunicativo e talvez de participantes com perfil introspectivo e com dificuldades na interação. O silêncio esteve presente em boa parte do encontro.

Nesse dia, não foram propostas dinâmicas de grupo ou usados outros recursos como músicas ou jogos, a conversação e o espaço para o compartilhamento de suas vivências foi claramente o objetivo principal, onde por diversas vezes a facilitadora trazia o tema “alimentação nas festas de final de ano” e aguardava o relato dos participantes, que não ocorria ou acontecia de forma direcionada a ela. Observando a dificuldade na interação entre os participantes, a facilitadora retomou os objetivos do grupo e pontuou sobre a importância da contribuição de cada um para a construção e bom andamento do mesmo, ressaltando quão valiosos eram os relatos das experiências vividas.

O silêncio prevaleceu novamente, até que em um dado momento uma das participantes solicitou que a facilitadora, que neste momento aguardava pacientemente a iniciativa do diálogo por parte dos integrantes do grupo, falasse algo. A facilitadora, no intuito de promover diálogo, integração e principalmente reflexão dos participantes, devolveu a palavra ao grupo e propôs a ponderação sobre o significado deste silêncio. Alguns integrantes, novamente diretos e pouco interativos, responderam que não havia

nada a ser dito; habilidosamente a facilitadora retomou com os integrantes o papel de cada um, ponderando o objetivo dos mesmos no grupo. Ao colocar novamente para o grupo o objetivo destes encontros e a importância do sentido que estes trazem para cada integrante, a facilitadora encerrou o encontro.

O uso do Protocolo PluriVox Seminotti (2014) foi importante para que se pudesse observar a estrutura do grupo, proporcionando ao observador uma “vista panorâmica” do trabalho vivo. Do ato e seus atores em cena. Foi possível apropriar o observador das dificuldades que podem e irão surgir durante os encontros e principalmente de que o silêncio, que esteve presente durante bom tempo no encontro, pode ser mais significativo do que longos diálogos.

No dia doze de março de 2015 foi feita uma nova observação por dois profissionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Canoas: Marcio (educador físico do NASF União) e Virgínia (assistente social do NASF Fátima), na forma proposta pelo Programa PluriVox. O grupo com seis (6) participantes foi facilitado pela psicóloga e pela nutricionista do NASF União. Foi identificado um maior desenvolvimento na participação dos membros do grupo, quando comparado com a outra observação feita pela fonoaudióloga do NASF que havia relatado como ponto central da observação o silêncio do grupo, por mais que a facilitadora fizesse perguntas que estimulassem o diálogo entre os participantes. A maior interação nesta sessão se fez notar pelos diálogos entre usuários. Essa constatação justificou-se pelos diálogos entre os usuários, percebidos ao longo do grupo, promovendo um enriquecimento dos relatos de experiências vivenciadas pelos membros, indicando tanto os sucessos quanto as dificuldades em emagrecer e mudar hábitos de vida.

Alguns participantes relataram mudanças nos hábitos de vida, tais como prática de atividade física ao longo da semana e uso de temperos naturais para redução do sódio na alimentação. Também foram trazidas dificuldades que os participantes enfrentam no processo de emagrecimento, tais como em momentos de festas, reuniões com familiares e amigos e outras situações do dia a dia. Uma usuária inclusive referiu “Por que alguns comem tanto e são um ‘caniço’ enquanto outros nem comem tanto e ‘engordam’?”. As facilitadoras trouxeram uma reflexão com um olhar mais subjetivo para o processo de emagrecimento, desconstruindo a relação do emagrecer com a beleza e reforçando os ganhos para a saúde e qualidade de vida.

Alguns participantes trouxeram relatos da satisfação por conseguirem alcançar os objetivos. Nesse momento, a facilitadora legitima as conquistas trazidas pelas usuárias numa perspectiva de motivação para os demais membros do grupo. A facilitadora também questionou quais outras estratégias o grupo estava buscando para emagrecer, estimulando, assim, a corresponsabilização dos usuários no seu autocuidado em saúde.

Observou-se quanto os participantes estavam envolvidos com a proposta, pois não se comunicavam somente com as facilitadoras, mas entre eles, inclusive quando os membros relataram histórias de vida com rotinas intrafamiliares influenciando na decisão de mudanças de hábitos, o que demonstra uma forte coesão entre os participantes. Houve muita interação entre os participantes percebida evidenciada através da busca de soluções para as dificuldades relatadas. Em um determinado momento no grupo, uma participante relatou dor nas costas, nas pernas e na coluna ao praticar atividade física. Frente a isso, outra participante dirige-se a ela dando sugestões de espaços na comunidade onde são oferecidos outros tipos de atividade

física nos quais podem aproveitar outros equipamentos (praças, associação de bairro, horta comunitária).

Os participantes do grupo demonstraram forte inclinação à prática de exercícios físicos como uma mudança de hábito de vida. Por exemplo, algumas pessoas verbalizaram participar também de outros grupos na UBS, tal como o “Pratique Saúde”, grupo coordenado pelo educador físico do NASF, com o objetivo de promover e orientar a prática regular de exercício físico; além de outros espaços na comunidade como aulas de dança, desenvolvidas na Horta Comunitária. Durante a capacitação junto ao NASF, através do Programa PluriVox, levantou-se a discussão de que a presença de um observador que permanecesse calado fazendo anotações no protocolo de observação poderia ocasionar algum tipo de constrangimento para os participantes, porém um dos observadores não teve esse sentimento. Muito pelo contrário, sentiu-se numa posição privilegiada por poder observar o que estava acontecendo durante o encontro e, assim, levar consigo esse aprendizado para futuros grupos que venha a participar. A observação ajudou a olhar fenômenos grupais que, como coordenador, talvez não tivesse percebido, além de trazer aprendizados significativos, tais como estimular a comunicação entre os participantes, promover reflexão e valorizar o silêncio quando esse surge no grupo, entre outros. De maneira oposta, um dos observadores sentiu dificuldade na posição de observador, por já manter vínculo com alguns usuários, então quando vinham as falas de que praticando atividade física, logo os olhares buscavam o educador físico como referência para falar sobre o assunto, porém ele se manteve calado.

Utilizar o protocolo de observação durante o encontro serviu como uma ferramenta norteadora para observarmos pontos importantes durante a facilitação do grupo, na

organização e na sistematização da observação. Auxiliou na definição dos papéis do facilitador e observador dentro do grupo, além de propor uma mudança no papel do facilitador, objetivando a interação entre participantes do grupo. Além do momento em que o grupo foi realizado, no seminário de capacitação, após o grupo, houve um espaço de discussão entre observadores e a facilitadora, durante o qual os itens observados foram discutidos e constituíram os fundamentos para a elaboração do presente capítulo.

### **Considerações finais**

Considerando que a AB traz como desafio a mudança de paradigma nos modelos de atenção aos usuários no nosso sistema de saúde, percebe-se a necessidade de capacitações que trabalhem com os grupos enquanto dispositivos efetivos para o cuidado da população. Constata-se que os trabalhadores da AB, muitas vezes, não se encontram preparados e empoderados para esse tipo de trabalho, pois vêm de uma formação com centralidade biomédica e, por vezes, não compreendem a potência dos grupos para enfocar determinantes sociais que contribuem significativamente no processo saúde-doença.

A capacitação desenvolvida configurou-se como um espaço de discussão entre os profissionais dos NASF para relatarem suas experiências como facilitadores e/ou observadores de grupos na UBS. Tendo em vista que se trata de uma equipe multiprofissional com experiências diversas sobre o trabalho com grupos na AB, faz-se necessário o diálogo entre os diferentes núcleos de saber, a fim de potencializar atividades coletivas, garantir a integralidade das ações ofertadas, bem como fortalecer a criação de vínculo entre profissionais de saúde e usuários.

Compilar as experiências com diferentes grupos no formato de capítulos de livro proporcionou uma troca de experiência entre profissionais da AB sobre a criação, as dificuldades e as estratégias para implantar grupos nas Unidades de Saúde. Além de dar visibilidade para o trabalho com grupos, como espaços resolutivos e que possibilitam o cuidado integral de usuários e famílias dentro do contexto social no qual estão inseridos.

## Referências

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3ed. Itapevi, SP:AC Farmacêutica, 2009.

BECK, J.S. **Pense magro por toda a vida**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade**. 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.12).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n.38).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n.39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ed., 2014c.

BUENO, J.M. et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Rev. Nutr.** [online], v.24, n.4, 2011, p.575-584.

KUMPEL, D.A. et al. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** [online], v.20, n.3, 2011, p.471-477.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) E MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS). **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-09)** - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_devida/pof/2008\\_2009/POFpublicacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf)>. Acesso em: 31 jan 2015.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: FEUERWERKER, L. C. M. (org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

MONTEIRO, R.C.A.; RIETHER, P.T.A.; BURINI, R.C. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. **Rev. Nutr.** [online]. v.17, n.4, 2004, p.479-489.

SEMINOTTI, N. PluriVox. A Saúde Tecida em Múltiplas Vozes da Grupalidade. In: **Mostra Regional de Saúde Secretária de Saúde do RS, Metropolitana**, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://www.facebook.com/groups/681039085309249/?fref=ts>>.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCHRAMM, J.M.A. et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, 2004, p.897-908.





## CAPÍTULO IX

# CIRANDA COMUNITÁRIA: um espaço de cuidado para acolher, escutar e partilhar sentimentos<sup>1</sup>

*Ítala Raymundo Chinazzo  
Rossana Almeida  
Darlise Rodrigues dos Passos  
Raquel Souza  
Nedio Seminotti*

### **Características do grupo**

A Ciranda Comunitária é um grupo baseado na teoria e na técnica da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), desenvolvida pelo Psiquiatra e Antropólogo Prof. Dr. Adalberto Barreto. O grupo é facilitado pela assistente social e pela psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais da saúde que realizam o curso de formação em TCI, apoiadas pela gestão Municipal e

---

<sup>1</sup> Agradecemos a dedicação e a parceria das Agentes Comunitárias de Saúde Carmelize Barbieri e Elen Mattos que, embora não tenham sido coautoras no capítulo, trabalharam na Ciranda Comunitária.

Estadual. Sendo assim, os encontros do grupo contam com uma estrutura previamente definida, porém de acordo com as demandas de saúde mental na Atenção Básica do território de atuação da equipe NASF.

Uma roda de Terapia Comunitária Integrativa se constitui como um espaço aberto, pois cada encontro é composto pelo número de pessoas interessadas que comparecem naquele dia, não havendo um grupo fechado, nem mesmo um número mínimo ou máximo de participantes determinado. Uma roda de TCI existe por si, no sentido de que ela inicia e finaliza de acordo com os participantes daquele encontro. A cada roda é levantado um tema pelo grupo, o qual é acolhido e discutido na própria dinâmica da roda, de acordo com os passos sugeridos pela TCI.

Nas rodas de TCI, as pessoas trazem dificuldades, preocupações, sofrimentos do cotidiano, que são acolhidos pelo grupo, o qual escuta a dor do outro e compartilha suas vivências e sentimentos semelhantes. A estrutura de uma roda de TCI prevê um passo a passo, em que contempla, entre outros, um momento em que os participantes podem compartilhar suas angústias, seguidas de um espaço em que o grupo divide experiências semelhantes como fonte de apoio. Essa dinâmica é entendida como terapêutica, na medida em que a comunidade se fortalece com a TCI, enquanto rede de apoio, assim como o grupo constrói o seu saber e os seus enfrentamentos, não sendo algo imposto ou ensinado por profissionais da saúde, supostamente detentores do conhecimento e da verdade.

O grupo está se constituindo com muitos desafios, entre eles, a necessidade de desconstruir alguns conceitos históricos e culturais em relação a grupos, pois a comunidade possui a lógica centrada no saber profissional e no atendimento individualizado. Nos grupos, especificando a TCI, o que se busca é que cada pessoa faça a sua reflexão,

descubra caminhos e respostas para as suas preocupações. Um dos objetivos da Terapia Comunitária Integrativa é: “Reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomos e menos dependente.” (BARRETO, 2010, p.39) Os participantes do grupo acolhem e escutam aos que falam e partilham experiências semelhantes às relatadas. Ninguém julga, pois uma das regras da TCI é não dar conselhos, discursos ou sermões sobre o que é trazido. Outras regras pactuadas no grupo são: fazer silêncio quando o outro fala; falar sempre na primeira pessoa do singular (“eu”); não trazer segredos para as rodas e cantar músicas e/ou contar provérbios quando tiver relação com o tema discutido.

Além disso, a TCI entende que a partir da escuta do outro, também é possível se escutar internamente. O importante em uma roda de TCI é realizar um processo reflexivo que alcance as emoções (medo, raiva, alegria, culpa) relacionadas às angústias e aos problemas cotidianos. Nas rodas, o que interessa são os sentimentos das pessoas associados à história de vida de cada um, isto é, contextualizados. Assim, valoriza o processo que cada um construiu para chegar onde está, e não o resultado ou o fato isolado (sintoma físico ou emocional). A TCI é um convite para visitar a história de cada um, buscando conhecer e relacionar com as inquietações e sofrimentos que está sentindo.

### **Contexto em que se realiza o grupo**

A Ciranda Comunitária pertence a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) composta por duas Equipes de Saúde da Família (ESF) e conta com o suporte do Núcleo de

Apoio à Saúde da Família (NASF) para desenvolver algumas atividades, entre elas, os grupos. O NASF realiza um trabalho compartilhado com as ESFs, sendo as atividades desenvolvidas pactuadas de acordo com as necessidades do território de abrangência.

A TCI nessa UBS foi criada por duas razões. O primeiro foi o investimento das gestões do Município e do Estado em proporcionar a formação de Terapia Comunitária Integrativa para profissionais de saúde, uma vez que para fazer as rodas é necessária a formação de terapeuta comunitário. O segundo fator foi a necessidade da comunidade de ter um espaço de acolhimento em Saúde Mental devido à demanda expressiva.

Ciranda Comunitária foi o nome criado para esse grupo, dando a ideia de círculos, rodas na comunidade e também de um espaço que busque um o contato com aspectos infantis de cada um. A Ciranda Comunitária era realizada na Unidade de Saúde Santo Operário, no município de Canoas/RS, no salão de festas de uma igreja, uma vez que essa unidade não possui uma sala para grupo. A Ciranda Comunitária tinha como facilitadoras uma assistente social e uma psicóloga e contava com a participação de duas agentes comunitárias de saúde dessa unidade. Esse grupo iniciou em janeiro de 2015, acontecendo semanalmente, às terças-feiras pela manhã, depois passou a ser quinzenal, e foi encerrado em julho por falta de adesão. As rodas de Terapia Comunitária continuaram acontecendo na UBS União, podendo os usuários do território do Santo Operário participarem das rodas na UBS União. Os usuários interessados em participar das rodas podem fazê-lo quando desejarem e virem ao grupo encaminhados por profissionais da UBS ou por demanda espontânea.

Ao mesmo tempo em que fazemos capacitação em TCI, participamos de um programa de capacitação para

facilitação de grupos, denominado Programa PluriVox, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Canoas. Esta capacitação supõe a observação do grupo através do Protocolo PluriVox de observação concebido por Seminotti (2014), já mencionado em outros capítulos. Assim, o grupo de TCI foi observado por uma nutricionista e uma farmacêutica em diferentes momentos e ambas utilizaram desse protocolo para realizar a observação. A seguir, os relatos de experiência dessas profissionais.

### **Relato da experiência/observação feita por Darlise Passos**

Através da capacitação para o trabalho com grupos na Atenção Básica, que participei quando integrava a equipe NASF, tive a oportunidade de conhecer, refletir e dialogar sobre os diferentes grupos que já estavam em andamento nas UBSs sendo facilitados pelos colegas de equipe. Quando no seminário ouvi as colegas, assistente social e psicóloga, falarem sobre suas experiências na facilitação da Ciranda Comunitária e as potencialidades existentes nessa proposta de trabalho, logo despertou em mim a curiosidade de vivenciar esse grupo como observadora. Alguns aspectos muito peculiares do formato desse grupo chamaram a minha atenção: oportunidade de todos poderem expressar a sua angústia e trocarem experiências no sentido de buscarem as soluções para os seus problemas; cantar músicas, celebrar os aniversários, recitar provérbios entre outras formas de expressão dentro de um grupo que ocorre em uma UBS; ser um grupo aberto a toda comunidade, no qual não existe um número mínimo ou máximo de participantes e as rodas são independentes entre si para acontecerem.

No dia 10/02/2015 participei da Ciranda Comunitária para realizar a observação de acordo com o Protocolo

PluriVox. (SEMINOTTI, 2014) Aos poucos, os participantes foram chegando e tivemos a presença de quatro pessoas nesse dia, além das facilitadoras (assistente social e psicóloga). Neste dia, participam também duas ACS com usuárias. Inicialmente foi realizada a apresentação e a acolhida dos participantes, questionou-se o que poderia ser celebrado naquele dia (aniversários, conquistas, etc.) e cantou-se “Parabéns a você”. Nesse primeiro momento, me senti um pouco desconfortável na posição de observadora, pois, embora tenha sido apresentada como observadora naquele encontro, não sabia se deveria me levantar para cantar parabéns e compartilhar algo junto ao grupo. Logo em seguida, as facilitadoras pactuaram com os participantes as regras para o bom andamento da roda.

Num segundo momento, foi aberto espaço para que cada participante pudesse trazer sucintamente qual era sua angústia, seu problema ou aquilo que estava lhe “tirando o sono”. Reforçaram a ideia de que “quando a boca cala, os órgãos falam; e quando a boca fala, os órgãos saram”, conforme diz Adalberto Barreto (2010). Os participantes conseguiram trazer seu tema e suas angústias aos poucos. A seguir, fez-se a votação para eleger qual seria o tema a ser focado e aprofundado. Escolheu-se o trazido por uma usuária e esta então conseguiu expor que estava passando por uma situação familiar difícil com a qual não sabia como lidar naquele momento. Em seguida, as facilitadoras fizeram o convite para que os demais participantes compartilhassem suas experiências semelhantes à compartilhada para ajudar na situação. Nesse instante, houve um momento longo de silêncio no grupo que durou alguns minutos. As facilitadoras fizeram o convite novamente, de outra forma, e... o silêncio permaneceu! Essa situação também gerou certo desconforto para mim que estava observando, pois até então, as pessoas estavam interagindo e, parecia

que a minha presença não estava sendo notada no grupo; entretanto, com o silêncio houve uma troca de olhares entre todos e o desconforto aumentou. Fiquei me perguntando como as facilitadoras iriam reagir frente ao silêncio e o que fariam para contornar essa situação? Lembro que, durante os seminários teóricos de capacitação para facilitação de grupo, essa questão - que parecia inquietar todos os trabalhadores - havia sido discutida e justamente as colegas que estão fazendo a formação em TCI trouxeram o questionamento se o facilitador do grupo pode ou não contar experiências pessoais ou deve manter um distanciamento?

Após discutirmos em grupo no seminário, chegamos a uma ideia comum de que se o trabalhador se sentir à vontade para fazer colocações pessoais que possam auxiliar o grupo, isso pode ser feito e, ainda, pode gerar uma maior aproximação/identificação dos participantes com o facilitador do grupo. Assim, acho que essa discussão prévia ajudou nesse momento tenso do grupo para que as facilitadoras contornassem a situação. A assistente social relatou ao grupo naquele dia um momento de vida difícil que sua família havia enfrentado. Na sequência, a psicóloga também conseguiu compartilhar um sofrimento que experimentou há alguns anos atrás. E, assim, os demais participantes foram trazendo, de uma forma mais natural, angústias e, aos poucos, conseguiram compartilhar vivências que enriqueceram o grupo. Consegui perceber naquele momento a importância que teve para os participantes o fato das facilitadoras terem compartilhando seus sentimentos. Acredito que isso só ficou evidente para mim, pois estava nesse lugar de observadora, no qual podemos prestar mais atenção no semblante das pessoas, no seu comportamento em grupo, no tom de voz que usavam e na dificuldade ou facilidade que alguns têm para se expressarem.

Embora a Ciranda Comunitária tenha um passo a passo bem-estruturado para a facilitação do grupo, sinto que os participantes conseguiram se sentir acolhidos e tiveram liberdade para interferir no andamento das rodas, de modo que não existirá uma roda igual a outra, ainda que conte com a presença das mesmas pessoas. Foi possível aplicar o Protocolo PluriVox durante o grupo, com o qual viemos trabalhando durante a capacitação, pois as questões são bem amplas e comportam os diversos formatos de grupos existentes no contexto das UBSs.

Posso dizer que participar desse grupo como observadora foi uma oportunidade que trouxe, para mim, uma experiência enriquecedora do ponto de vista pessoal e profissional. Percebi que a compreensão que temos de um grupo é diferente dependendo da posição que nele assumimos: facilitador ou observador. Para alguns detalhes só conseguimos prestar atenção enquanto observadores, ou seja, numa participação sem interferência mais direta sobre o que está se processando no grupo. Embora não possa desconsiderar que o simples fato de se ter uma pessoa observando e fazendo anotações durante um encontro interfira no modo como o grupo ocorrerá. Observar é intervir. Por outro lado, alguns aprendizados só os conseguimos concretamente quando estamos facilitando/ coordenando um grupo. São visões diferentes, mas que se complementam. Por isso, acredito ser fundamental os trabalhadores experienciarem os dois papéis quando se pensa na capacitação de profissionais para o trabalho com grupos.

## **Relato da experiência/observação feita por Raquel Souza**

Ao participar de uma capacitação para trabalhos em grupos, já estava realizando grupo na unidade básica de saúde como residente multiprofissional comunitária com a psicóloga, também residente. Discutíamos regularmente como a academia, fora a Psicologia e o Serviço Social, ainda não preparava os profissionais para trabalhos em grupo, principalmente em saúde pública, nas estratégias de saúde da família, como preconizados nos Cadernos de Atenção Básica que qualquer profissional graduado pode facilitar grupos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) Meu primeiro contato com “grupo” foi na atenção básica com o grupo “hiperdia” onde era realizada uma “palestra” para os usuários (ouvintes apenas). Após, era ofertado um lanche saudável com frutas e ao final era realizado um jogo “bingo”.

Quando a psicóloga residente me convidou para participar do grupo, acreditei ser no mesmo formato, no entanto me deparei com outra realidade. Aos poucos fui entendendo o funcionamento do grupo e logo foi ofertada pela Secretaria Municipal de Saúde a capacitação para trabalho em grupos, com o Protocolo PluriVox, aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, onde foi permitido se estender aos residentes.

Ao começar a capacitação, partilhávamos de experiências com trabalho em grupo, o que foi muito enriquecedor para todos profissionais que se sentiram à vontade para partilhar suas experiências. Ao conhecer o protocolo, reconhecemos que já realizávamos boa parte das competências básicas do facilitador, durante a facilitação do grupo, mas faltavam algumas que na facilitação passavam despercebidas. Então, foi proposto que cada profissional vivesse o papel de “observador” de algum grupo em

andamento, na Estratégia de Saúde da Família, na qual esse grupo fazia parte.

Como participava de um grupo de saúde mental com a residente psicóloga, interessei-me em observar o grupo de TCI, por ser semelhante à linha de cuidado, proporcionando ao usuário do SUS um cenário/espço de escuta. O grupo que observei não foi realizado nas dependências da ESF e sim em um “salão de festas” da igreja do território, com consentimento da comunidade.

Preparamos o ambiente, organizando os bancos (eu, psicóloga e a assistente social) e ficamos na expectativa da chegada dos(as) participantes. Chegou a primeira com dez minutos de atraso, posteriormente com quinze minutos de atraso chegou a segunda, quando foi dado início no grupo. Após a explicação do funcionamento do grupo e das apresentações de todos chegou a terceira participante com quase trinta minutos de atraso, o grupo acolheu e repetiu a parte inicial novamente. Com a explicação da assistente social do funcionamento do grupo, ficou aberto o espaço para cada uma verbalizar o que naquele dia as estava angustiando. Uma das participantes começou a relatar sua situação de angústia e não conteve o choro. Frente a isso, as facilitadoras fizeram uma roda com as participantes e cantaram o refrão de uma música que diz “encosta tua cabecinha no meu peito e chora”, após a participante se acalmar deram continuidade e, assim, cada uma passou a falar sobre sua angústia daquele dia. A assistente social explicou que era preciso votar em qual dos três assuntos trazidos iríamos aprofundar naquele dia. Tornou-se um momento delicado, pois eram três e só uma seria escolhida. Uma abdicou e sugeriu que fosse abordado o assunto da outra colega.

Com o assunto e participantes escolhidos, a participante ampliou seu tema e as demais se colocaram com diferentes olhares, mostrando que, indiferente do assunto abordado, toca a todos de alguma forma. Durante essa explanação, as facilitadoras convidaram para cantarem juntas, mas os olhares das participantes inicialmente foram de “estranhamento” ao convite, embora logo isso tenha passado e todas curtiram cantar juntas. Foi finalizado o grupo com sentimento de “alívio” e gratidão das participantes para com as facilitadoras, que sorriam agradecidas pela participação delas no grupo.

Como observadora, pratiquei o “silêncio” com um pouco de angústia ao querer participar ativamente, mas não podendo. No entanto, entendi que aquele papel de observadora poderia contribuir com as facilitadoras com outro “olhar”. O fato de não haver empecilhos ou mesmo burocracias pelas quais os usuários deveriam passar para participar do grupo, sendo de livre demanda, favorece a adesão do usuário ao grupo, contribuindo para uma demanda reprimida de saúde mental na atenção básica.

Os registros no protocolo foram discutidos nos seminários de capacitação e contribuíram para outros entendimentos do que seja um grupo. Antes o grupo era entendido como uma maneira de dar conta de mais usuários ao mesmo tempo, hoje se pensa que ele tem potencial de troca de saberes entre os sujeitos, entendendo que o grupo, com um olhar mais crítico, “afeta” e proporciona aprendizados para o sujeito que participa voluntariamente.

## **Discussão da experiência**

Como já foi dito anteriormente, a Terapia Comunitária Integrativa está baseada em uma teoria que prevê uma técnica estruturada em diferentes momentos, seguindo uma ordem com objetivos e procedimentos específicos. Sob esse ponto de vista, todas as rodas são iguais, independentemente de variáveis como o número de participantes, o tema discutido, etc. Entretanto, apesar desse modelo estruturado, cada roda é uma roda singular, em que os participantes influenciam como o encontro vai acontecer, e, principalmente, define quais os benefícios que cada um levará das trocas de experiências, saberes.

A observação das profissionais com o Protocolo PluriVox auxiliou na reflexão e avaliação do grupo. Na estrutura da TCI, já se tem uma etapa chamada apreciação, em que as facilitadoras precisam fazer a avaliação no final de cada roda, levando em conta como foi conduzido o grupo. Percebemos que com a participação das observadoras, realizamos uma discussão no final dos grupos muito mais rica, pois tivemos diferentes olhares ajudando na avaliação daquelas rodas observadas. Além disso, quando as facilitadoras da TCI e as observadoras levaram o relato das rodas observadas para discussão nos seminários de capacitação para facilitação de grupos, conseguimos avançar ainda mais na reflexão sobre o grupo de Terapia Comunitária. O protocolo estudado e utilizado para observação, auxiliou muito a sistematizar e organizar a dinâmica do grupo. As observadoras tiveram a oportunidade de conhecer a dinâmica do grupo que só quem está de fora consegue enxergar, possibilitando a visão do todo.

Através dos relatos de observações citados anteriormente, é possível perceber como uma roda foi diferente da outra. Como facilitadoras de ambos os

encontros, podemos fazer as comparações entre ambos os momentos, bem como com outras rodas que não foram observadas. Inicialmente, é importante salientar que os participantes das rodas observadas não foram os mesmos. Além disso, em ambos os encontros, era a primeira vez que as pessoas participavam de uma roda de TCI apesar de serem da mesma comunidade há anos. As usuárias não se conheciam, nem conheciam as profissionais: assistente social e psicóloga. Acreditamos que tais fatores influenciaram para o andar da singularidade dos encontros.

As características individuais de cada participante dão um colorido único às bordas estipuladas pela TCI. De forma que um encontro jamais será igual ao outro devido ao conteúdo que preenche o formato da roda. Assim, uma roda pode ser mais descontraída enquanto em outra o tema pode exigir mais seriedade; uma pode ter mais participações do que as outras variando conforme as experiências; bem como uma pode contar com pessoas mais extrovertidas e outras mais introvertidas. De qualquer forma, trata-se de um espaço aberto e democrático, em que todos podem expor suas angústias e experiências, assim como votar naquele tema que mais faz sentido para si. Essas características da Terapia Comunitária Integrativa visam facilitar e favorecer a participação de todos.

A TCI valoriza muito o acolhimento dos participantes, de forma que as pessoas possam sentirem-se confortáveis e à vontade para compartilhar suas experiências de vida. Para isso, a técnica lança mão de músicas, dinâmicas para mexer o corpo, contato físico, como dar as mãos e abraços. Tais estratégias inicialmente podem causar um estranhamento nas pessoas que não estão acostumadas com atendimentos de saúde dessa forma, nem mesmo conhecem os demais participantes. Entretanto, após se acostumar com esse formato de grupo, percebem o clima aconchegante e

pessoal que se forma. Isso foi salientado algumas vezes por uma usuária que frequentava semanalmente a Ciranda Comunitária, a qual se organizava para não perder o encontro, bem como disponibilizava sua casa para a roda quando acontecia alguma intercorrência com o salão usado normalmente. Ela parecia se beneficiar e comentava que não tinha tanto espaço em casa para falar. Em determinada roda relatou: “cheguei com dor nas costas, hoje, e agora não tô sentindo mais. Obrigada.”

Além do clima confortável e aconchegante, a Terapia Comunitária Integrativa acredita que as pessoas podem se beneficiar de um espaço em que elas se sintam pertencentes e fundamentais para o andamento da prática. Propicia, então, um momento em que seus conhecimentos e suas reflexões são ouvidas e valorizadas. Assim, os participantes são convidados a se expressar em todas as etapas da roda, independente do momento-celebrações dos aspectos bons da vida (como aniversários de amigos e de familiares, conquistas na vida pessoal e/ou profissional, etc.), votação do tema, questionamentos reflexivos para o outro que precisa de um apoio, partilha de suas experiências e o que aprendeu com a vida, etc. Essa característica da roda também parece ser uma mudança no paradigma de atendimento à saúde dessa comunidade, em que percebemos que as pessoas em alguns momentos ficavam em uma posição mais passiva e esperando receber as recomendações e o saber científico dos profissionais facilitadores da roda. Os silêncios, ao longo da roda, parecem que representam um exemplo desse pensamento enraizado na comunidade.

Essa mudança da percepção do que é um atendimento à saúde em grupo nos pareceu ser um dos maiores desafios às facilitadoras, as quais ficavam muitas vezes em dúvida de como lidar com essa expectativa da população. Por vezes, percebíamos até mesmo insatisfação por parte dos

participantes, os quais vinham buscando receitas para melhorar suas vidas. Uma pessoa ao buscar a roda, em um dia diferente dos que foram observados, representa um pouco esse estigma da comunidade: “é aqui a palestra com a psicóloga?” Outra usuária, frente a sua dificuldade de votar em um tema comentou: “temos mesmo que escolher um tema? Nós viemos aqui querendo ouvir vocês, ver o que vocês podem falar para nós.” Através dessas manifestações, percebemos a dificuldade de superar essa lógica de atendimento por parte da população, sentindo que poucas pessoas participaram de mais de uma roda, tendo em vista que esperavam um atendimento mais individualizado, rápido, dirigido e que exigissem menos dela mesma.

Por outro lado, era evidente a mudança do estado emocional dos participantes no dia da roda. Percebíamos que as pessoas chegavam à roda de forma mais introspectiva e entristecida, e terminavam a roda sorrindo e agradecendo pela experiência positiva. Após algumas rodas, percebemos que o clima do encerramento da Ciranda Comunitária é mais leve que a do início, em que as pessoas estão mais abertas ao contato com o outro, seja pelo diálogo, pelo abraço, pelo olhar. Nesse momento, as pessoas se expõem mais, fazendo uma reflexão daquilo que estão levando consigo, bem como agradecendo pelas coisas boas que vivenciaram com o grupo. A mudança do estado emocional também é percebida pelas atitudes que as pessoas apresentam na chegada e na saída da roda. Quando se despediam, buscavam abraçar todos e comentavam que tentariam voltar ao encontro da semana seguinte; destoando da entrada, que chegavam retraídas e envergonhadas, evitando o contato visual e sentando-se de forma mais isolada.

Essas manifestações estimulavam as facilitadoras a seguirem pensando e investindo na Ciranda Comunitária. Ambas acreditam no potencial de saúde que a estratégia

propicia à comunidade, bem como acreditam que essa lógica de atendimento favorece o desenvolvimento das pessoas enquanto sujeitos e cidadãos. Acreditamos que o trabalho à saúde deve visar à autonomia e ao crescimento pessoal, em que as pessoas se tornam sujeitas de si mesmas, no sentido que podem coparticipar de seus próprios cuidados de saúde. Os ideais defendidos pela Terapia Comunitária Integrativa foram adotados pelas profissionais em seu trabalho em geral, não só no grupo; não só por acreditarem nos benefícios e nos resultados dessa metodologia, mas também para aos poucos mudar a lógica de atendimento tanto na população quanto nos demais profissionais da Unidade Básica de Saúde.

## **Considerações finais**

Cada roda de terapia comunitária é um grande desafio e aprendizado para o facilitador. Desafio porque é um espaço aberto, onde a comunidade traz os temas e escolhe qual será abordado na roda; ou seja, não há um planejamento por parte dos facilitadores, que pode atuar como zona de conforto e de controle do andamento do encontro. O terapeuta precisa conduzir a facilitação do grupo de acordo com os passos e regras da TCI e precisa estar atento para que a roda aconteça de acordo com essa estrutura, ao mesmo tempo em que não se torne uma roda “endurecida” por essas etapas. Cada passo da roda tem um significado importante e o que se busca é auxiliar a pessoa a falar dos sentimentos, a resgatar a vida, a ressignificar a dor em uma dimensão coletiva e social e a buscar formas de enfrentamento ao problema trazido. O terapeuta precisa ser criativo para sugerir músicas, provérbios, poemas que tenha a ver com o tema trazido e também precisa estimular

a comunidade a trazê-los. Além disso, precisa fomentar perguntas que busquem a reflexão e o autoconhecimento dos sujeitos.

A TCI também é um grande aprendizado para o facilitador porque na roda se trocam muitas experiências, aprende-se com valores culturais e o facilitador também se beneficia com os temas trazidos, uma vez que ele também visita a sua história por meio do outro. Além disso, o facilitador pode trazer para a roda uma experiência semelhante com o tema que está sendo discutido, podendo compartilhar com o grupo a sua vivência, relatando como fez para enfrentar e superar a situação. Com tal atitude, acreditamos que o facilitador não sai do seu papel de profissional que coordena o grupo, mas sim amplia sua participação no grupo, favorecendo o vínculo com a comunidade e consequentemente atuando na prevenção e na promoção de saúde.

Facilitar uma roda de Terapia Comunitária Integrativa é criar um espaço para acolher e cuidar, visando o contexto que a pessoa está inserida e buscando lutar contra a possível evolução desse sofrimento em um adoecimento. Nesse grupo, o relevante é trazer o sentimento e o sofrimento e não a doença, de forma que a saúde de cada um possa ser pensada e reforçada. É um espaço para valorizar a escuta e a história de vida de cada sujeito, de forma que os aspectos ruins da vida possam ser mitigados e superados.

## Referências

BARRETO, A.P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n.39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SEMINOTTI, N. PluriVox. A saúde tecida em múltiplas vozes da grupalidade. In: **Mostra Regional de Saúde Secretaria de Saúde do RS**, Metropolitana, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://www.facebook.com/groups/681039085309249/?fref=ts>>.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*Nedio Seminotti*

Ao refletir sobre a experiência em relação ao processo de capacitação e de escrita do livro, penso que nessas palavras finais é preciso voltar às questões pertinentes a cada um dos atores do sistema de saúde que, do meu ponto de vista, dificultam significativamente para a ampliação e a qualificação da rede de grupos na atenção à saúde, como uma tecnologia leve ou método para educação em saúde e para a prevenção e tratamento da saúde dos usuários. Sublinho essas questões visando identificar em que pontos (nodos) do sistema de saúde convém intervir para produzir modificações na cultura da saúde, no que se refere às grupalidades no SUS, segundo a experiência na Secretaria Municipal de Saúde de Canoas, RS.

São questões individuais, inerentes aos distintos atores da saúde, que anunciam em suas narrativas a cultura do sistema de saúde vigente. Sistema que é constituído por todos e que, recursivamente, influencia fortemente as práticas desses atores. Nessa cultura, observa-se que as atividades de grupo de usuários não estão permanentemente presentes na mente dos trabalhadores, como uma tecnologia ou método de produção de saúde. Não se fazem presentes também na mente dos gestores e dos usuários, e nem nas rotinas das discussões das equipes das

UBS: os grupos são notadamente olvidados e seguramente menosprezados por todos, quando comparados a outras práticas. São essas, seguramente, as maiores dificuldades a serem vencidas para que o grupo seja reconhecido com uma estratégia rotineira e robusta de atenção à saúde, segundo minha avaliação desenvolvida durante o projeto de capacitação.

Do ponto de vista individual, em geral, como assinalamos no texto do livro, os trabalhadores não estão capacitados para facilitar grupos interativos e, por essa razão, manifestam medo de “ir para um grupo” sem que tenham planejado as atividades a serem desenvolvidas. Nesse caso, seu papel é o de dar aulas aos usuários sobre um determinado tema. Conforme disse uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), referido em um capítulo, para aliviar o medo, os trabalhadores que vão fazer um grupo “precisam levar o grupo pronto”. Facilitar um grupo em que as pessoas tenham interatividade (espontânea ou estimulada), sejam protagonistas e corresponsáveis para solução dos problemas de saúde apresentados ao grupo exige uma competência poucas vezes encontrada nos trabalhadores. Sem essa capacitação para facilitar grupos interativos, manifestam medo de que surja nele um tema inesperado, de interesse dos usuários, não previsto pelo trabalhador, ou que façam perguntas sobre questões que não sabem responder. Em razão disso, tendem a fazer grupos socioeducativos que se assemelham em muito às aulas praticadas tradicionalmente.

Do meu ponto de vista, como assinalado em diversos pontos do livro, essa questão revela uma ideologia que pressupõe, na forma extrema, caricaturesca, que o trabalhador deva ter respostas a tudo: ter um saber e poder absolutos, e os usuários, desempoderados, não saber nada.

De outro lado, do ponto de vista dos usuários que nunca tiveram uma participação em grupo, no qual se sentissem protagonistas, o grupo é um lugar em que a individualidade e a necessidade particular momentânea que os levam a buscar a UBS não têm espaço. Por isso, não querem fazer parte de um grupo: querem, sim, ser atendidos individualmente, e de preferência pelo médico e, em casos específicos de problemas dentários, pelos dentistas. Os demais trabalhadores são obstáculos a esse objetivo e o grupo um empecilho a mais. Os usuários não acreditam que possam, juntamente com os demais participantes do grupo, compartilhar problemas e intentar engendrar soluções aos mesmos. Em meio a isso, de outro lado, nota-se que os usuários que têm experiência de grupo, e que constituíram pertencimento a ele e o transformaram em um caminho/método, sabem que podem efetivamente ser protagonistas e corresponsáveis na solução de problemas de saúde: no mesmo lugar em que compartilham problemas, eles têm na relação solidária entre si um modo de engendrar soluções.

Encontramos, na SMS de Canoas, gestores que contemplam políticas de valorização dos grupos como estratégia de atenção à saúde, com a intenção de ampliar e capacitar a rede de grupos, e acatam programas de capacitação como o relatado. Mas no dia a dia, por uma ou outra razão, o grupo acaba sendo suspenso, o programa para capacitação não recebe verba, o trabalhador encarregado é chamado para outra atividade julgada prioritária e deixa de facilitar o grupo. Assim, o grupo fica esvaziado e tende a morrer. Muitas vezes, o que interessa ao gestor é o dado objetivo que pode ser publicado na mídia e que responde às críticas que ela faz ao sistema de saúde: apenas o número de consultas realizadas e a diminuição do tempo mínimo de espera para ser atendido na UBS, por exemplo. Os grupos não têm valor midiático.

No entanto, é oportuno mencionar que os documentos do SUS que expressam as políticas, os regramentos e as avaliações dos trabalhos na saúde preveem atividades de grupo, embora isso nem sempre seja lembrado e contemplado nas rotinas de trabalho nas UBS. Às vezes, quem quer organizar grupos não encontra espaço disponível. Noutras, o trabalhador é absorvido inteiramente em atividades de atendimento individual, valorizadas pelo gestor (da UBS e/ou da SMS) que diz:

- sim, grupo é ótimo, mas primeiro dá conta de sua agenda de atendimento individual, pois isso é que vai para sua planilha.

Onde começa o problema? Seguramente não há uma relação causal linear: o gestor esquece que o trabalhador está envolvido no grupo e o chama para dar conta de outra necessidade emergente; o usuário não mantém adesão, pois nele não recebe receita de medicamento, por exemplo, e o grupo acaba; o trabalhador fica estressado pelo “peso” dos grupos, nos quais são muitos os problemas, e acaba desinvestindo do vínculo para se proteger da sobrecarga e dos sofrimentos que decorrem disso. Trata-se de uma cultura na qual há um circuito recursivo de não alimentação, valorização e estímulo ao grupo, e ausência de uma rotina em que os grupos façam parte das discussões que poderiam produzir conhecimento para torná-los uma tecnologia leve, barata e com o protagonismo e corresponsabilização de todos os atores da saúde: gestores, usuários e trabalhadores. E nessa relação, ninguém é diretamente responsável, mas todos. Há um anonimato sistêmico no qual todos e nenhum são responsáveis.

No entanto, fazem parte da gestão da saúde de Canoas programas de capacitação para atividades de grupo: alguns pontuais e outros sistemáticos, como é o caso da Terapia

Comunitária Integrativa (TCI), que faz parte das Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

O Programa PluriVox de capacitação para facilitação de grupos, que foi objeto deste livro, terá nova edição em 2016, com apoio da gestão da SMS, e com a perspectiva de passar a ser rotina nos programas de capacitação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (MUMESC). Na edição de 2016, ele será realizado em algumas UBSs, nas quais cada equipe indicará dois trabalhadores, um deles obrigatoriamente ACS, para desenvolverem competências para facilitar grupos interativos.

A sistematização e a publicação da experiência relatada visa gerar conhecimento sobre grupos na AB e oferecer exemplos de trabalhos com grupos para trabalhadores que desejam “fazer grupos”, mas não tiveram disciplinas em seus cursos de graduação (entre os trabalhadores da saúde, apenas os cursos de Psicologia e de Serviço Social têm regularmente disciplinas de grupo em seus currículos) e nem capacitação em seu trabalho na saúde, para essa finalidade.

Por fim, agradeço aos gestores da SMS de Canoas e da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de desenvolver o Projeto PluriVox, que contempla o programa de capacitação relatado; aos capacitandos que fizeram parte do curso e que relataram suas experiências; aos trabalhadores das UBS CERNE e Santo Operário de Canoas, RS, que contribuíram significativamente para a produção de conhecimento pertinente aos grupos na AB, e ao Protocolo PluriVox; e ao médico de família e comunidade, professor universitário e doutorando em sociologia, André Sassi, que, ao iniciar a capacitação, sugeriu escrever e publicar a experiência.





## **ANEXO**

# **PLURIVOX - A Saúde Tecida em Múltiplas Vozes da Grupalidade**

## **Grupos como Estratégia de Cuidado na AB - Protocolo de Observação**

*Nedio Seminotti*

### **A - Princípios orientadores para coordenação/facilitação de grupos nas UBS**

I Conceber a atividade de grupo como um dispositivo/método ou tecnologia leve de educação em saúde.

II Disponibilizar o conhecimento, a experiência e a motivação dos trabalhadores da UBS para realizar atividades de grupo como um dispositivo/método ou tecnologia leve de acesso à saúde e bem-estar dos usuários e trabalhadores.

III Reconhecer e legitimar o conhecimento e os recursos técnicos e os comuns ou populares dos trabalhadores para coordenar/facilitar grupos.

IV Estabelecer diálogos (dialógica) entre o conhecimento acadêmico e o popular na busca de um modo particular e contextual para sistematizar um conhecimento que respalde a atividade de grupo, na UBS específica.

**B – Competências básicas de responsabilidade da pessoa que coordena, facilita, conduz ou ‘toca um grupo’ na UBS, com qualquer objetivo.**

**I Tarefas indispensáveis para o início de um grupo:**

1 Apresentar-se e esclarecer aos usuários os objetivos do grupo e os benefícios que terão vindo a ele, pedir que se apresentem e digam o que esperam do grupo, definir as regras de convivência no grupo e redefini-las quando necessário;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....<sup>1</sup>

**II Tarefas indispensáveis no desenvolvimento de todas as sessões de grupo:**

2 Estimular a conversação entre todos usuários (mas respeitar o que querem ficar em silêncio) e desestimular a comunicação deles somente com quem facilita o grupo;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez ( ); como fez ( ).....

---

<sup>1</sup>Todas respostas devem ser dadas por quem faz o papel de observador do grupo em andamento.

3 Estimular e favorecer a conversação e oferecer outras formas de expressão do pensamento e sentimento (usar dinâmicas de grupo, corta e cola, movimentos corporais, jogos, música, dança, por exemplo);

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....

4 Propor e falar ao grupo sobre temas específicos, mas deixar espaço para que conversem e compartilhem suas vivências sobre o tema proposto;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....

5 Estimular os participantes do grupo para que compartilhem problemas/soluções semelhantes aos comunicados por outros e, se possível, sugiram soluções;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....

6 Esclarecer e assegurar-se do sentido e compreensão do que foi comunicado pelo/s usuário/s e o sentido e compreensão atribuídos pelos ouvintes, de forma a garantir o processo de aprendizagem;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....

7 Manter o grupo vivo: integrar os usuários; construir vínculos de confiança entre usuários e com os trabalhadores; dar atenção individual; manter um número de pelo menos 8 pessoas e no máximo 15;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....

### **III Tarefas indispensáveis no encerramento/avaliação das sessões de grupo:**

8 Comunicar a compreensão genérica que a coordenação/facilitação teve sobre o que foi posto em discussão pelos participantes no grupo, de modo que sirva de ajuda a todos, e corrigir distorções e mal-entendidos, quando houver;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....

9 Observar se a aprendizagem desenvolvida pelos participantes do grupo produz hábitos de vida mais saudáveis e, se for o caso, estimular o compartilhamento da mudança de hábitos;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....

10 Indicar as atividades para a sessão seguintes e qual são as tarefas de responsabilidade dos usuários (se houver) para ela;

A facilitação, durante o andamento do grupo, fez ( ); não fez ( ); quando fez.....; como fez .....

Além do que registrei gostaria de dizer que.....  
.....  
.....  
.....

**Nome da/o observador/a .....**

**Data .....**

**Nome dos participantes, neste dia:**



## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**Nedio Seminotti:** Psicólogo, Especialista em Psicodrama pela FEBRAP, Doutor em Psicologia pela UAM, Espanha, Ex-Professor e Coordenador de Grupo de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS. Consultor na Saúde Pública para as grupalidades na Atenção Básica e no CriaLab, do Tecnopuc, PUCRS, para criatividade coletiva em grupos/equipes. **E-mail:** [nedio.seminotti@gmail.com](mailto:nedio.seminotti@gmail.com)





## **SOBRE OS AUTORES**

**Agnes Ivana Koetz Aloisio:** Mestre em Saúde Coletiva pela ULBRA/RS, Fisioterapeuta da equipe NASF Canoas/RS. Docente e supervisora de estágio em Fisioterapia Comunitária pela ULBRA/RS. Conselheira Municipal de Saúde em Canoas/RS representando o CREFITO 5 desde 2013. **E-mail:** aikoetz@vitaika.com.br

**Darlise Rodrigues dos Passos:** Nutricionista graduada pela UFRGS, Mestre em Nutrição e Alimentos, Especialista em Educação Permanente em Saúde, Residente em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Canoas. **E-mail:** darlise.passos@gmail.com

**Débora F. F. Serafim:** Psicóloga, Especialista em Arteterapia Criatividade e Desenvolvimento Humano, Especialista em Saúde Comunitária. **E-mail:** deboraserafim@terra.com.br

**Flávio Braga de Freitas:** Médico Psiquiatra, Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professor Titular “A” da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil. **E-mail:** flaviobragasc@yahoo.com.br

**Gabriela Gianichini:** Assistente Social, Especialista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil, Pós-graduada em MBA de Gestão Estratégica de Pessoas com Ênfase em Coaching do Instituto Educacional do Rio Grande do Sul. **E-mail:** gabigiani@hotmail.com

**Ítala Raymundo Chinazzo:** Psicóloga pela ULBRA-Canoas, Psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Canoas, membro provisório do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA). **E-mail:** italach@gmail.com

**José Carlos de Carvalho Leite:** Ph.D. em Psicologia pelo Kings' College London, London University. Áreas de interesse: adesão a tratamentos de portadores de doenças crônicas e construção e validação de medidas de efetividade de tratamentos. **E-mail:** jcdc.leite@gmail.com

**Karina Antes de Souza:** Bacharel em Fonoaudiologia, Especialista em Saúde Coletiva, Pós-graduada em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde, Fonoaudióloga do NASF União da cidade de Canoas - RS, Preceptora de estágio em saúde coletiva (UFRGS e ULBRA/RS) e da Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária (ULBRA/RS). **E-mail:** karinaantes@hotmail.com

**Marcio Lopes Camargo Ferreira:** Profissional de Educação Física – pela UNESP UNESP-Rio Claro/SP, Especialista em Fisiologia e Metodologia da Atividade Física Personalizada pela UNIFESP UNIFESP/São Paulo, Educador Físico do NASF 1 - Canoas/RS. **E-mail:** mlcf07@gmail.com

**Raquel F. F. Souza:** Farmacêutica, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família. Kursou residência multiprofissional em Saúde Comunitária, Mestranda profissional em Ensino na Saúde/UFRGS, curso de prescrição Prescrição Farmacêutica/CFF e Farmacêuticos na APS, trabalhando em rede/ MS-UFRGS. **E-mail:** rachelcrf14422@hotmail.com

**Rossana Almeida:** Graduação em Serviço Social pela PUCRS, Terapeuta Comunitária Integrativa pela CAIFCOM, Assistente Social Residente do Grupo Hospitalar Conceição, Assistente Social do Núcleo de Apoio a Saúde Família (NASF) União, até dezembro de 2015. **E-mail:** roalmeidal@yahoo.com.br

**Sandra Fagundes:** Psicanalista, Mestre em Educação pela UFRGS, Diretora Superintendente do Grupo Hospitalar Conceição MS/RS. **E-mail:** sandrafagundes@cpovo.net

**Virgínia Teixeira Leite:** Graduação e Serviço Social, especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS pela UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFF - Universidade Federal Fluminense, em parceria com o Ministério da Saúde (MS); especialista em Projetos Sociais e Culturais pelo IFCH - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS. **E-mail:** thaiisse@hotmail.com



9 788566 659641

## Publicações da Editora Rede UNIDA

### Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

### Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

