UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PRÁTICAS SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ATENDIMENTOS GRUPAIS

Luana Cantarela

Vitória

2018

LUANA CANTARELA

PRÁTICAS SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ATENDIMENTOS GRUPAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

UFES

Vitória, Março de 2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C229p

Cantarela, Luana, 1993-
Práticas sociais de profissionais da atenção primária à saúde em atendimentos grupais / Luana Cantarela. – 2018.
145 f.

Orientador: Luiz Gustavo Silva Souza.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Promoção da saúde. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Facilitação de grupo. 5. Práticas sociais. I. Souza, Luiz Gustavo Silva, 1979-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

Elaborado por Saulo de Jesus Peres – CRB-6 ES-676/O

PRÁTICAS SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ATENDIMENTOS GRUPAIS – UFES.

LUANA CANTARELA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 26 de Março de 2018, por:

_____

Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza (Orientador)

Universidade Federal Fluminense

_____

Prof. Dr. Guilherme de Carvalho (Membro externo)

Universidade Federal Fluminense

_____

Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro (Membro interno)

Universidade Federal do Espírito Santo

Agradecimentos

A Deus pela luz, força e proteção.

Ao meu orientador, Luiz, pela paciência, compreensão, incentivo e valiosas contribuições.

Aos meus pais, Ademir e Penha, por todo cuidado, apoio e amor.

Ao Lorran, por me apoiar em minhas decisões, e por estar disponível para me ajudar sempre que necessário.

Aos meus amigos e familiares, por deixarem meus dias mais alegres e leves.

Aos profissionais e usuários que participaram e possibilitaram o desenvolvimento desta pesquisa.

Obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL 12

1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 16

1. 2 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENDIMENTOS EM GRUPOS 21

1. 3 PERSPECTIVA TEÓRICA: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕESSOCIAIS 28

1. 4 OBJETIVOS.....33

1. 4. 1 Objetivo geral.....33

1. 4. 2 Objetivos específicos.....33

1. 5 PANORAMA DOS ESTUDOS PROPOSTOS.....33

ARTIGO 1. 36

Concepções de profissionais de Saúde da Família sobre atendimentos em grupo. 36

RESUMO 36

ABSTRACT.....37

RESUMEN.....38

2. 1 INTRODUÇÃO.....39

2. 2 MÉTODO 43

2. 2. 1 Participantes 44

2. 2. 2 Instrumentos e procedimentos 45

2. 2. 3 Análise dos dados.....46

2. 3 RESULTADOS.....46

2. 4 DISCUSSÃO 58

2. 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 69

REFERÊNCIAS 73

ARTIGO 2. 76

Práticas sociais de profissionais de Saúde da Família: observação participante em atendimentos de grupos. 76

RESUMO 76

ABSTRACT 78

RESUMEN 80

3. 1 INTRODUÇÃO 82

3. 2 MÉTODO 86

3. 2. 1 Participantes 87

3. 2. 2 Instrumentos e procedimentos 87

3. 2. 3 Análise dos dados 88

3. 3 RESULTADOS 89

3. 3. 1 Categoria 1. Atividades manuais como favoráveis à promoção da saúde 90

3. 3.1.1 Grupo de Mulheres 90

3. 3.1.2 Grupo de Idosos 93

3. 3. 2 Categoria 2. Grupo como espaço de orientações e organização de demanda 95

3. 3. 2. 1 Grupo de Planejamento Familiar 96

3. 3. 2. 2 Grupo depais 97

3. 3. 2. 3 Grupo de Apoio Terapêutico aoTabagista 100

3. 3. 3 Categoria 3. Grupo como espaço de escuta e expressão.....103

3. 3. 3. 1 Oficinas Terapêuticas 103

3. 4 DISCUSSÃO.....107

3. 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....115

REFERÊNCIAS 118

4 DISCUSSÃO GERAL 120

4. 1 RESULTADOS ENCONTRADOS.....120

4. 2 LIMITAÇÕES E INDICAÇÕES DE PESQUISAS FUTURAS 125

4. 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....126

REFERÊNCIAS 127

APÊNDICES 132

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....132

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA (ESTUDO 1) 136

APÊNDICE C – TEMAS DO ESTUDO 1 137

RESUMO

Luana, C. (2018). *Práticas sociais de profissionais da atenção primária à saúde em atendimentos grupais.* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo.

A pesquisa relatada buscou analisar práticas sociais de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em atividade de coordenação de atendimentos em grupo em Unidade de Saúde. Foram realizados dois estudos. O primeiro apresenta resultados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com sete profissionais, analisadas através da Análise de Conteúdo Temática. Foram identificados 139 temas e 19 categorias. Observa-se, no discurso produzido pelos profissionais, elementos sobre elaboração, execução e avaliação dos atendimentos em grupos que vão ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde e pontos que se afastam do que é preconizado por teorias em psicologia de grupo e pelas políticas de saúde. O segundo estudo mostra resultados obtidos através de dezoito sessões de observação participante de seis atendimentos em grupo, de três Unidades de Saúde. Foi empregada a Análise de Conteúdo Temática e os grupos foram inseridos em três categorias: 1) Atividades manuais como favoráveis à promoção da saúde; 2) Grupo como espaço de orientações e organização de demanda; 3) Grupo como espaço de escuta e expressão. Observou-se, a presença de práticas de orientação normativa em saúde, o

predomínio do modo aula na condução dos grupos pelos profissionais, tendo os grupos se aproximado do modelo restrito-biológico. Apenas um grupo indicou maior abertura para escuta e expressão dos usuários. Foi possível observar que enquanto o discurso dos profissionais se aproximava das orientações sobre condução de grupos das políticas de saúde, em suas práticas, os profissionais tendiam a adotar comportamentos que se afastavam de tais orientações.

Palavras-chave: prática social, atendimento grupal, Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Luana, C. (2018). *Práticas sociais de profissionais da atenção primária à saúde em atendimentos grupais.* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo.

The research sought to analyze the social practices of primary health care professionals working in the coordination of group visits at the Health Unit. Two studies were carried out. The first presents results obtained through semi-structured interviews with seven professionals analyzed through the Thematic Content Analysis. A total of 139 themes and 19 categories were identified. It is observed in the discourse produced by the professionals, elements on the elaboration, execution, and evaluation of care in groups that meet the guidelines of the Unified Health System and points that deviate from what is advocated by theories in group psychology and by policies of health. The second study shows results obtained through eighteen participant observation sessions and six group visits of three Health Units. The Thematic Content Analysis was used and the groups were inserted into three categories: 1) Manual activities as conducive to health promotion; 2) Group as an orientation space and demand organization; 3) Group as a space for listening and expression. It was observed the presence of normative practices in health, the predominance of the classroom mode in the conduction of the groups by

professionals, and the groups approached the restricted-biological model. Only one group indicated greater openness for listening and expression of users. It was possible to observe that while the professionals' discourse approached orientations on the conduction of health policy groups, in their practices professionals tended to adopt behaviors that deviated from such guidelines.

Keywords: social practice, group care, Health Promotion, Primary Health Care, Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

ESF: Estratégia de Saúde da Família

GATT: Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

RSB: Reforma Sanitária Brasileira

RS: Representações Sociais

SUS: Sistema Único de Saúde

TRS: Teoria das Representações Sociais

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO GERAL

O fazer em saúde está diretamente ligado com as concepções sobre saúde e é possível afirmar que o conceito de saúde, além de múltiplo, está em constante transformação. Não se pretende neste texto esgotar o debate sobre tais concepções, apenas apontar um panorama de como evoluiu ao longo dos séculos o entendimento sobre saúde e sobre doença.

Scliar (2007) discorre que, desde muito cedo, a humanidade tem criado formas de lidar com a saúde e a doença, fundamentadas em diferentes concepções que variam de acordo com o contexto econômico, social, cultural e político. O autor em questão relata que tais conceitos estiveram durante muito tempo ligados a uma concepção mágico-religiosa da doença, que entendia esta última como um castigo divino devido a alguma desobediência.

O desenvolvimento de disciplinas como anatomia (principalmente a partir do século XVII) e as descobertas de Pasteur sobre a existência de micro-organismos (século XIX) permitiram que as doenças pudessem ser localizadas nos órgãos e os fatores causadores de patologia começaram a ser identificados, dessa forma, ocorre uma mudança na concepção de saúde e doença, e esta última passa a ter uma causa física, natural. Nesse sentido, com tais evidências científicas, passou a haver, para as doenças, prevenção e cura, por meio do combate a esses agentes (SCLIAR, 2007).

Foucault (1984) afirma que, em fins do século XVIII, paralelamente à

expansão do capitalismo, desenvolveu-se a medicina moderna científica. O autor defende que o desenvolvimento do capitalismo possibilitou um novo modelo de medicina moderna com um aspecto social, que tem como seu primeiro objeto de socialização o corpo. O corpo do trabalhador adquiriu valor produtivo e estratégico para o sistema sócio-político nascente. O controle do Estado sobre a população não deveria ocorrer apenas pela ideologia ou conscientização, mas operar sobre e com o corpo (FOUCAULT, 1984).

Foucault (1984) fala de três etapas na construção da medicina social. A primeira iniciou- se na Alemanha, denominada medicina de Estado, voltada para os recenseamentos sistemáticos do estado de saúde da população. A segunda fase, a medicina urbana, apareceu mais fortemente na França e estava voltada para os problemas consequentes da desordenada e crescente urbanização. Esse tipo de medicina implicou o lançamento, sobre a população, do esquema de quarentena, em que os doentes eram excluídos do meio comum e inspecionados permanentemente, o espaço urbano passou a ser analisado minuciosamente, e ocorreu o controle da circulação da água e do ar.

Por fim, a terceira etapa corresponde à medicina da força de trabalho. Foi no século XIX, na Inglaterra, país em que ocorreu primeiramente a revolução industrial, que medidas sanitárias começaram a ser tomadas a fim de aumentar a saúde da população. Com a crescente urbanização e proliferação de doenças, características da industrialização, os níveis de saúde da população estavam sendo fortemente afetados (SCLIAR, 2007). Desta forma, as medidas tomadas foram basicamente de cunho higienista (que buscavam higienizar os locais onde

as pessoas viviam) e sanitaristas (ações provenientes do Estado que tinham como objetivo controlar os equipamentos de saúde) (FRANCO; MERHY, 2003), sendo que todas elas possuíam como objetivo conservar a força de trabalho dos indivíduos (FOUCAULT, 1984).

Essas medidas tinham como base uma concepção de saúde voltada para fatores biológicos e com intervenções pautadas somente no fator doença, sem considerar fatores mais abrangentes (FRANCO; MERHY, 2003). Deste modo, podemos perceber que a assistência à saúde dirigida às massas populacionais foi focada, tradicionalmente, em procedimentos técnicos, com uma visão biologicista, que prioriza ações higienizadoras e curativas, centrada no conhecimento especializado do profissional de medicina e que busca normalidade para o funcionamento pleno do organismo, onde não há lugar para questões subjetivas (FRANCO; MERHY, 2003). Devido a essas características, esse modelo de assistência à saúde pode ser nomeado como modelo médico-hegemônico.

Ocorrida na década de 1970, a Primeira Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, realizada na cidade de Alma Ata, foi um marco da tentativa de expandir o conceito de saúde, que deve abarcar, além de questões biológicas, questões subjetivas e sociais (FRANCO; MERHY, 2003). Nesta Conferência, também foi proposto que os Estados participem efetivamente na manutenção da saúde de sua população, por via de políticas de promoção de saúde com o objetivo de garantir, como direito dos cidadãos, o bem-estar físico, mental e social, com ênfase nos cuidados primários (SOUZA; COSTA, 2010). Contudo, embora o documento produzido a partir deste encontro entre líderes de

Estado (Declaração de Alma Ata) tenha tido destaque e influenciado políticas de vários países, ele não foi suficiente para alterar o modelo médico-hegemônico e nem as concepções sobre saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Outro documento que busca contribuir com as políticas de saúde é a Carta de Otawa, apresentada durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986. Nessa Carta, a promoção da saúde é definida como um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo" (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1).

Dentro da perspectiva acima, no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das apostas para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde, que possui como foco o usuário. A APS deve estar voltada para a comunidade, sendo assim, é importante que profissionais tenham conhecimento das características do território em que atuam e necessidades de saúde da população (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

Como apontam Giovanella e Mendonça (2008), dentre os atributos da Atenção Primária brasileira, encontram-se: a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação e o primeiro contato. O primeiro tópico se refere à continuação do cuidado assumida pelo profissional em relação ao usuário, mesmo em situações de ausência de doença; já a integralidade corresponde à atenção ao amplo conjunto de necessidades da população, com oferta de serviços curativos, de promoção da saúde e de prevenção. A coordenação diz respeito ao manejo de várias ações e serviços a fim de resolver questões mais complexas do usuário.

Para isso, é fundamental que ocorra adequada comunicação entre profissionais e registros de informações. E o último tópico destaca a relevância de a APS ser a "porta de entrada" do Sistema de Saúde, o primeiro contato do usuário com o Sistema e filtro para acesso à atenção especializada.

Podemos observar que os atributos da APS acima citados são condizentes com uma concepção de saúde mais abrangente. Além disso, como sugerem Giovanella e Mendonça (2008), a APS "é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviço de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país" (p. 622).

1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi um longo processo político ligado à democratização da saúde, que surgiu a partir de setores populares, de intelectuais e da sociedade civil, fazendo parte de um conjunto de mudanças sociais que não se resumia à implantação de um sistema de saúde, e que visava também defender os direitos sociais, a democracia política e implicava transformações "no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade" (PAIM, 2007, p.136).

Como projeto, a RSB foi sistematizada no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu de 1986. Segundo Paim (2007):

> Nesse evento reafirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização

> de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação). (p. 32)

Entretanto, a democratização da saúde não se condensava apenas na criação de um Sistema de Saúde, exigia uma revisão do conceito de saúde. Deste modo, o SUS trabalha com a ideia de “controle de danos”, e para isso busca garantir o acesso universal e igualitário a ações e serviços direcionados à promoção, proteção e recuperação da saúde. Podemos dizer que a promoção da saúde propõe medidas gerais para a saúde e para a qualidade de vida das pessoas; a proteção reduz ou elimina riscos, por meio de ações específicas; e a recuperação da saúde baseia- se em diagnósticos precoces, tratamento oportuno, evitando complicações e sequelas (PAIM, 2009).

O SUS vem se consolidando a partir de uma nova concepção de saúde, que não a reduz à ausência de patologia e que considera seus determinantes psicológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos, além dos determinantes físicos. Destarte, pode-se afirmar que essa ruptura semântica entre o antigo conceito de saúde e o novo, não garante que a concepção predominante seja completamente substituída, assim como, é importante considerar que os processos de mudança ocorrem de forma lenta e gradual (PEIXOTO-PINTO, 2008) e que convivem ao mesmo tempo diferentes concepções de saúde e práticas.

Uma das principais apostas para mudança do modelo médico-hegemônico consiste nas ações voltadas à promoção de saúde. Segundo Czeresnia (2003), promover saúde significa atuar em aspectos ligados a estilos de vida, fortalecendo

a capacidade dos indivíduos “para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde” (p. 5), e implica medidas que não são direcionadas a doenças específicas. Nesse sentido, as ações de promoção da saúde, por meio da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, devem reorientar todo o Sistema de Saúde (FIGUEIREDO, 2010). A promoção da saúde, apesar de ser incorporada como diretriz do SUS, não se restringe ao Sistema de Saúde, pois “demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 2).

A Política Nacional de Promoção da Saúde entende a promoção como um modo de pensar e produzir saúde, que enfoca aspectos como, por exemplo, urbanização, desemprego, violência, educação, que interferem no processo saúde–doença, entendendo que os modos de viver ultrapassam a vontade individual, sendo determinados também pela ordem coletiva (BRASIL, 2010a). Dessa forma, a PNPS visa a:

> promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010a, p. 17).

Para isso, estabelece como objetivos específicos o desenvolvimento de tais ações na atenção básica, a necessidade de ampliar a autonomia e a co-responsabilidade dos indivíduos e coletividade na produção de estados saudáveis, promover entre trabalhadores a concepção ampliada de saúde, aumentar a resolutividade do SUS, promover cooperação do setor saúde com outros setores

públicos e privados a fim de reduzir situações de desigualdade, precaver condições determinantes no processo saúde-doença, dentre outros (BRASIL, 2010a). Contudo, por mais que a PNPS e outros documentos relacionado à promoção da saúde abranjam diversos elementos “ainda permanece uma visão simplificada de promoção à saúde. Prioriza-se a mudança de estilos de vida, do modelo tradicional da educação e da compreensão de que prevenção da doença é sinônimo de promoção à saúde” (HEIDMANN; ALMEIDA; BOEHS; WOSNY; MONTICELLI, 2006, p. 353).

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS adotar a designação Atenção Básica à Saúde para enfatizar a reorientação do modelo assistencial. A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção do SUS e é responsável pela realização de ações no âmbito coletivo ou individual que visam “a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (PAIM, 2009, p. 60).

O segundo nível de atenção (média complexidade) constitui-se por ações e serviços que buscam atender os problemas de saúde da população, realizados em ambiente ambulatorial, que exigem profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio, diagnóstico e tratamento. Por fim, a alta complexidade (terceiro nível), envolve um conjunto de procedimentos que demandam alta tecnologia e alto custo (PAIM, 2009).

Na presente proposta de estudo, o serviço enfocado faz parte da Atenção Básica e é a porta de entrada preferencial do SUS: a Unidade Básica de Saúde

(UBS). Considerando que em tal espaço devem ocorrer ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) afirma que o trabalho neste nível de atenção deve ser pautado nos princípios da humanização, acessibilidade, universalidade, continuidade no cuidado, participação social e do vínculo (BRASIL, 2012). Além disso, ao analisar a PNAB, podemos perceber que a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) se faz fundamental para que ocorra a reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2012).

A ESF está pautada nos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica, que possuem como fundamentos a territorialização[1] e adscrição da clientela, integralidade, equipes multiprofissionais e possui um caráter substitutivo em relação às práticas tradicionais de assistência, que possuíam como foco a doença (FIGUEIREDO, 2010).

Esse modelo assistencial de Atenção Básica – a ESF – fundamenta-se no trabalho de equipes multiprofissionais em um território delimitado, e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade e das necessidades do território. Suas ações estão relacionadas à promoção, vigilância e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento (FIGUEIREDO, 2010).

---

[1]Territorialização: Estratégia utilizada para planejar a demarcação dos limites das áreas de atuação dos serviços. Para tal delimitação é feito um levantamento das características do ambiente e dos moradores.

1. 2 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENDIMENTOS EM GRUPOS

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, dentre as atribuições comuns a todos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF) encontra-se a prática do cuidado dirigido a coletividades, com o objetivo de propor intervenções nos processos de saúde e doença da comunidade (BRASIL, 2012). Nos atendimentos em grupos, é possível estimular os participantes a encontrarem formas coletivas de enfrentamento a problemas vividos, por meio do compartilhamento de conhecimentos advindos das experiências (SOUZA; COLOMÉ; COSTA; DE OLIVEIRA, 2005).

Apesar do destaque dado pelas diretrizes de saúde pública, no Brasil, aos atendimentos grupais com usuários, percebe-se que as práticas de atenção individuais se sobrepõem às ações coletivas (BRASIL, 2010a). Além disso, observa-se nos atendimentos grupais a prevalência do caráter educativo e o formato de palestras (BRASIL, 2010; FERREIRA; KIND, 2010).

Souza (2012), ao realizar sessões de observação participante em atendimentos de grupo em uma Unidade de Saúde da Família, descreve que em tais atendimentos predominava o modelo-palestra, caracterizado pela transmissão unilateral de informações, aconselhamento e sugestão. Além disso, verificou-se que questões psicológicas e psicossociais não eram alvo de análise dos profissionais, dessa forma não houve espaços para reflexão e expressão dos usuários.

Ferreira e Kind (2010) avaliaram durante os anos de 2006 e 2007 os

atendimentos em grupos em UBS de um município brasileiro e relataram que esses ainda são muito marcados pelo saber biomédico. Ou seja, grande parte das atividades grupais focava a prevenção de doenças. Ainda sobre as atividades em grupo, Ferreira e Kind (2010) afirmam que

> No modo de condução dos grupos encontramos um leque de variações. Muitos grupos se apresentam centrados e dependentes do saber especializado. Os grupos que buscam outros focos têm uma condução menos dependente dos médicos e enfermeiros, sendo muitos deles conduzidos pelos agentes comunitários de saúde (p.1126).

Neste mesmo trabalho, foram realizadas entrevistas com os gestores e profissionais das Unidades Básicas para investigar quais as razões e justificativas para realização de atendimentos grupais. Dentre as justificativas, os profissionais apontam questões ligadas à organização dos serviços, em que os grupos são entendidos como uma forma de diminuição da demanda. Percebeu-se também uma tentativa de transformação das práticas tradicionais de saúde, pois há uma compreensão de que atendimentos coletivos, por não possuírem como alvo principal as patologias, possibilitam medidas mais gerais em relação à saúde (FERREIRA; KIND, 2010).

Sobre as possibilidades oferecidas pelo trabalho grupal, o Caderno Humaniza SUS, da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b) enumera alguns pontos, que serão descritos a seguir:

- Os grupos podem ser facilitadores da comunicação entre profissionais e usuários. Questões para além do adoecimento podem receber mais visibilidade e, por possuir um caráter mais informal, em comparação com as

consultas individuais, os grupos podem estreitar mais os laços entre usuário e profissional;

- A possibilidade de encontros regulares, contínuos, favorece a terapêutica, o aprendizado e o acompanhamento horizontal;
- É possível atender a uma alta demanda populacional;
- O espaço grupal pode contribuir com o sentimento de maior abertura para exposição de dúvidas, compartilhamento de experiências, fazendo com que o que é difícil de ser mencionado em atendimentos individuais seja enunciado mais facilmente;
- O grupo aproxima pessoas do mesmo território, que possuem hábitos, histórias de vida e pensamentos próximos, o que pode favorecer a construção ou fortalecimento de redes de apoio.

Em consonância com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b), o enfoque dos atendimentos grupais:

> pode ser variado, depende da condução, do tema, da patologia abordada e do risco à saúde que apresentam aos participantes. Podem ser: esclarecedores, de aprendizado, informativos, terapêuticos, de ajuda mútua, geradores de renda, motivacionais, de aprendizado dos conhecimentos culturais locais, analíticos, de autoajuda, de treinamento, desde que propiciem o aumento do grau e autonomia de suas ações e do autocuidado para melhora da qualidade de vida (p. 112).

O trabalho com grupos da APS deve possibilitar aos usuários novas maneiras para lidar com os problemas, favorecer a criação de redes de cuidado, autonomia. Ele deve ter relação com as experiências vividas pelos participantes. O “grupo é instrumento para olhar as relações e modos de viver. Olhar o indivíduo e

o coletivo, como também o indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e acompanhamento do sujeito” (BRASIL, 2010b, p.115).

A Política Nacional da Atenção Básica indica que cabe aos profissionais promover atividades coletivas voltadas para promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012). Em relação a essas duas modalidades, Ferreira e Kind (2010) afirmam que, enquanto os atendimentos grupais de prevenção de doenças possuem como foco grupos considerados de risco e patologias específicas, os atendimentos em grupo de promoção à saúde visam ao desenvolvimento do nível de saúde, à melhoria de condições de vida, buscam promover autonomia, e possuem um desenho mais participativo.

Além disso, pode-se acrescentar que as ações de promoção à saúde envolvem determinantes como alimentação, moradia, transporte, renda, trabalho, e devem habilitar/mobilizar sujeitos para transformações comunitárias e sociais, o que vai ao encontro do projeto e processo da Reforma Sanitária, que possui caráter civilizatório e articula profundas transformações na sociedade (PAIM, 2007). Desse ponto de vista, pode-se dizer que os atendimentos em grupo têm como efeitos potenciais: um aumento da politização dos usuários, um aumento do poder do cidadão e dos coletivos populares frente ao Estado e o fortalecimento da democracia real.

Diversos trabalhos abordam a temática da promoção da saúde na Atenção Básica (PEIXOTO-PINTO, 2008; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; RAMOS; MALTA; OLIVEIRA; BRACCO; FLORINDO; MIELKE; PARRA; LOBELO; SIMÕES; HALLAL, 2014) e muitos deles apontam imprecisões conceituais em relação à prevenção e

promoção à saúde, que influenciam diretamente nas práticas cotidianas das Unidades Básicas (IGLESIAS; GUERRA; SOARES; DALBELLO-ARAÚJO, 2009; IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011; SILVA; DE SENA; BELGA; SILVA; RODRIGUES, 2014).

Como exemplo, pode-se citar o trabalho de Iglesias, Andrade, Peixoto-Pinto e Dalbello-Araujo (2012) que, ao realizar um levantamento em 2008 nos municípios de Vitória e Serra (ES) sobre quais ações de promoção da saúde eram desenvolvidas, identificaram que, apesar de existirem atividades intituladas como de promoção de saúde, elas acabavam por se igualar, em sua maioria, a atividades de prevenção de doenças, à educação em saúde e ao cumprimento de programas ministeriais.

Da mesma maneira, Santos, Da Ros, Crepaldi e Ramos (2006) referem que os atendimentos em grupo, assim como podem ser voltados à promoção da saúde, também podem estar ligados a ações de prevenção de doenças. Todavia, independentemente do objetivo, tais ações devem estar circunscritas na “compreensão e diferenciação dos conceitos de promoção e prevenção” (SANTOS et al., 2006, p. 340). Destaca-se que a prevenção corresponde a medidas de orientação direcionadas à população com intuito de evitar o surgimento de doenças específicas, enquanto a promoção da saúde visa à capacitação das pessoas para melhorar e aumentar o controle de sua saúde, e envolve fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, não tendo como foco apenas a doença.

Em uma USF, além dos profissionais da equipe mínima (médico, enfermeiro, cirurgião- dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal, auxiliar ou

técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) também se inserem os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento (médico acupunturista, psicólogo, assistente social, técnico esportivo, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, médico homeopata, médico psiquiatra, médico pediatra, médico geriatra, médico do trabalho, médico veterinário, médico ginecologista, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitarista), que atuam de modo integrado às equipes de Saúde da Família, apoiando tais profissionais (BRASIL, 2012).

Entretanto, por mais que o NASF faça parte da Atenção Básica, este não se constitui como serviço com unidade física específica, e o acesso a tais profissionais não se dá diretamente por meio da agenda. É preciso que os profissionais da equipe mínima discutam primeiramente a situação do(s) usuário(s) para posteriormente identificar os possíveis encaminhamentos. Aos profissionais do NASF cabe o matriciamento[2] de casos junto às equipes das Unidades de Saúde, “auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários” (BRASIL, 2012, p.70). Outros exemplos de atividades desenvolvidas por tais profissionais consistem em atendimentos conjuntos ou individuais, intervenções no território, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, dentre

[2]Matriciamento: apoio técnico, realizado por profissionais especializados, a equipe multidisciplinar, que objetiva aumentar as possibilidades de atuação da equipe.

outras (BRASIL, 2012).

Como dito anteriormente, a condução de atendimentos em grupo é atribuição dos profissionais da equipe dos NASF e da equipe mínima. Sobre a coordenação de tais atendimentos, em grupos onde os coordenadores mostram posturas impositivas, há o impedimento da formação da grupalidade e a adesão dos participantes é baixa (BRASIL, 2010b). Isso porque tais posicionamentos "atropelam os desejos, as histórias, os sentidos de vida das diversas pessoas" (BRASIL, 2010b, p. 116). O saber em saúde nos atendimentos em grupos voltados para promoção da saúde deve ser produzido por meio da participação cooperativa dos usuários e do protagonismo dos mesmos na construção de seus respectivos projetos de vida. A atuação do coordenador deve propiciar condições para que o funcionamento do grupo ocorra neste sentido (SANTOS et al. 2006).

Nesse contexto, a pesquisa proposta aqui objetiva analisar a prática de profissionais da atenção primária à saúde em atividade de coordenação de grupos realizados em Unidades de Saúde. Pretende compreender quais sequências de ações ou comportamentos[3] estão presentes dentro dessa categoria maior que são as práticas de coordenação de atendimentos grupais. A escolha dessa modalidade de atendimento se deu pelo fato de que atendimentos com tal foco exigem dos coordenadores uma postura fundamentada em um conceito de saúde abrangente,

[3]Nesta dissertação, os termos "ação" e "comportamento" são utilizados de forma indistinta. Ação é compreendida como elemento de práticas sociais, como comportamento de um sujeito ou grupo que ganha significado específico em relação ao contexto imediato no qual acontece e em relação às representações sociais que constroem, simbolicamente, a realidade desse contexto.

que envolve questões biológicas, sociais e subjetivas, e pelas implicações sanitárias e sociais expostas acima.

Considerando a importância do papel do coordenador no estabelecimento de um espaço cooperativo que possibilite aos usuários formas para re-significar seus sentimentos, suas dificuldades, e de criar novas formas de lidar com o adoecimento, torna-se relevante analisar as práticas sociais de profissionais de saúde presentes em atividade de coordenação de grupos. Ademais, ao entender os atendimentos de grupo como práticas sociais, a presente proposta de pesquisa pretende explorar representações sociais que estão envolvidas nesses atendimentos (com base na ideia mencionada por ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2000, de que múltiplas representações sociais, articuladas em rede, orientam práticas sociais). Infere-se que os atendimentos grupais são orientados por representações sociais que os profissionais constroem em relação à saúde, à promoção da saúde, ao Sistema de Saúde e aos usuários, por exemplo. Para atingir esse objetivo, este estudo será baseado no enfoque psicossociológico oferecido pela Teoria das Representações Sociais.

1. 3 PERSPECTIVA TEÓRICA: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕESSOCIAIS

Para Moscovici (2015), as representações sociais (RS) se assemelham a teorias que se organizam ao redor de um tema e correspondem “a certo modelo recorrente e compreensivo de imagens, crenças e comportamentos simbólicos” (p.

209).

A todo tempo, estamos cercados de imagens, palavras e ideias, que nos afetam independentemente de nossa vontade. Sendo assim, conforme revela Moscovici (2015), a função das representações é tornar conhecido aquilo que é desconhecido. Para isso, criamos teorias sobre as coisas, ou seja, buscamos convencionalizar, dar forma e localizar em uma determinada categoria os objetos, pessoas ou acontecimentos.

As representações não são “impostas a nós”, mas sim construídas e reconstruídas ativamente por sujeitos e coletivos, que se apropriam das elaborações e mudanças sócio-históricas (MOSCOVICI, 2015). Sawaia (1995) corrobora essa ideia ao afirmar que a realidade não é dada a *priori*, portanto o homem é um ser que age sobre o mundo, o interpreta e transforma.

No que se refere ao lugar que as representações ocupam na sociedade, Moscovici (2015) aponta que estas se encontram nos universos consensuais. Este último diz respeito às atividades intelectivas da interação social cotidiana, onde são construídas as teorias de senso comum (SÁ, 1995). Os universos consensuais são ambientes materiais e simbólicos, que corroboram as crenças já construídas e pouco contradizem a tradição (MOSCOVICI, 2015). Quaisquer acontecimentos incomuns tendem a ser agrupados em categorias familiares, por meio do sistema de representações sociais.

Para criar uma representação social, ocorrem simultaneamente dois processos, a ancoragem e a objetivação. Ancorar significa agrupar ideias não familiares, classificá-las e colocar cada nova ideia em um sistema particular de

categorias; nomear aquilo que é anônimo, com objetivo de tornar fácil e simples a interpretação e compreensão de ideias (MOSCOVICI, 2015). A objetivação visa materializar uma abstração, ou seja, dar forma ao conhecimento sobre o objeto, fazendo com que se torne “concreto” (SÁ, 1995).

A pesquisa proposta aqui tem práticas sociais como objeto. Segundo Trindade (1998), um dos fundamentos da Teoria das Representações Sociais (TRS) consiste na relação entre práticas e representações. Porém, apesar da importância dessa relação, são pouco numerosos estudos que trabalham nesse sentido. Campos (2003) aponta que um dos desafios para o estudo das práticas sociais em relação aos pensamentos coletivos diz respeito à necessidade de articulação de dados de natureza comportamental com dados de natureza cognitiva.

As práticas sociais correspondem a “sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação com papéis” (JODELET; MOSCOVICI, 1990, citados em ABRIC, 2001, p. 195). Estas não se resumem a ações ou a não ações, é necessário que elas possuam sentido dentro de uma rede de significações (TRINDADE, 1998). Por esse ângulo, como discute Campos (2003) “a noção de prática teria como referência básica a ação, o agir dos grupos; e a ação comportamental, então, necessariamente dois componentes, o vivido e o cognitivo” (p. 53).

Outro ponto importante da teoria é a noção de que as representações não são totalmente estáveis. Elas mudam constantemente por intermédio dos próprios mecanismos de objetivação e ancoragem, que a todo tempo classificam pessoas,

acontecimentos (MOSCOVICI, 2015). É possível e relevante investigar, por meio das práticas sociais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde que coordenam atividades ligadas à promoção da saúde, em quais concepções de saúde, sistema de saúde, usuários, entre outras, estão embasadas tais atividades, dado que como foi discutido no tópico anterior, as últimas décadas do século XX propuseram uma série de mudanças no modo de se produzir saúde.

Como sugere Lane (1995), as representações devem ser estudadas articulando aspectos mentais, sociais e afetivos, tanto na produção quanto na comunicação das RS. Nesse sentido, a observação participante, como método, pode propiciar que sejam identificadas reações afetivo-emocionais nas conversas espontâneas. Além disso, trabalhos que apoiam o estudo das representações por meio apenas do discurso dos participantes correm o risco de trazer resultados parciais. É importante que o acesso as representações tenham referência na prática (SÁ, 1998). A representação que liga o sujeito ao objeto “é um saber efetivamente praticado, que não deve ser apenas suposto, mas sim detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente” (SÁ, 1998, p. 50).

Observa-se que as representações sociais são múltiplas e podem habitar inúmeros espaços, assim como, em um único contexto, é possível que existam simultaneamente diversas representações sobre os objetos (VESCOVI, 2014). Partindo dessa afirmação, podemos afirmar que as práticas e discursos de profissionais de uma mesma Unidade de Saúde podem estar pautadas em diferentes formas de se pensar saúde e ações de promoção de saúde, sistema de

saúde e usuários.

As RS são fenômenos complexos que sustentam as práticas sociais (SPINK, 1995), propiciando condições para que elas surjam e o “ambiente simbólico” em que acontecem. Rouquette (1998) aponta que as representações orientam as práticas e essas últimas, por sua vez, podem colaborar para a manutenção de representações ou para sua modificação.

Adotando o entendimento de que as práticas são orientadas pelas representações sociais, esta proposta de pesquisa busca compreender práticas sociais de profissionais de saúde da família em coordenação de atendimentos grupais, assim como apreender elementos de representações sociais presentes no discurso e nos comportamentos dos profissionais sobre objetos relevantes tais como saúde, promoção de saúde, Sistema de Saúde e usuários.

A realização deste trabalho se justifica pela relevância que os atendimentos em grupos assumem na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), sobretudo os atendimentos nomeados como de promoção de saúde. Aliado a isso, faz-se necessário o desenvolvimento de trabalhos que tenham como foco as práticas sociais, visto que, mesmo havendo consenso sobre a relevância do estudo da relação entre representações sociais e práticas, por meio de levantamento bibliográfico realizado em junho de 2016 em bases de dados eletrônicas sem restrição de data, utilizando em todos os campos os descritores “práticas AND representações”, verificou-se que são poucos os trabalhos que atuam nesse sentido.

1. 4 OBJETIVOS

1. 4. 1 Objetivo geral

Este estudo buscou analisar práticas sociais de profissionais de Saúde da Família em atividade de coordenação de atendimentos em grupo.

1. 4. 2 Objetivos específicos

1. Compreender crenças[4] construídas por profissionais de Saúde da Família que trabalham como coordenadores de grupos sobre os atendimentos em grupo;
2. Analisar sistematicamente falas e comportamentos não-verbais de profissionais coordenadores de grupos produzidos no momento da atividade de coordenação;
3. Analisar ações e padrões afetivos verificados em atendimentos grupais e identificar elementos de representações sociais presentes no discurso e no comportamento dos profissionais sobre objetos como saúde, promoção de saúde, Sistema de Saúde e usuários.

1. 5 PANORAMA DOS ESTUDOS PROPOSTOS

---

[4]Crenças são entendidas como elementos de representações sociais, elaboradas por sujeitos ou grupos a partir da informação de que dispõem acerca do objeto e do caráter de “adesão” (afetiva, não necessariamente lógica) à informação.

Para atingir os objetivos da pesquisa, foram realizadas dezoito sessões de observação participante em seis grupos coordenados por profissionais de nível superior. A coleta de dados ocorreu em três Unidades de Saúde, sendo que foram analisados dois atendimentos em grupo de cada UBS. Todos os profissionais concordaram em participar desta pesquisa, assim como os usuários presentes no atendimento. Além da observação participante, foram realizadas entrevistas individuais com os profissionais responsáveis pela coordenação dos atendimentos observados.

A dissertação é composta por dois artigos. O primeiro artigo buscará apresentar os resultados do primeiro objetivo específico, que foi investigado a partir de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de nível superior coordenadores de grupos. O segundo artigo apresentará resultados que respondem ao segundo e ao terceiro objetivos específicos, e teve como metodologia a observação participante. Na coleta de dados, primeiro realizaram-se sessões de observação participante, e após a finalização das observações, os profissionais foram entrevistados. Essa ordem de coleta foi adotada a fim de evitar que o comportamento dos profissionais fosse enviesado, como consequência dos assuntos abordados nas entrevistas. Entretanto, para apresentação dos resultados da pesquisa, decidiu-se apresentar os artigos na ordem inversa da coleta de dados, por entender que as entrevistas trazem temas gerais da coordenação de grupos, sobre como os profissionais percebem essa modalidade de atendimento, enquanto o segundo artigo traz as práticas efetivadas nos atendimentos.

Para responder aos objetivos da pesquisa, foram usados diferentes

procedimentos de coleta de dados. A articulação de diversos métodos pode ser nomeada de triangulação metodológica e possibilita que sejam observados diferentes aspectos de um mesmo objeto de pesquisa, permite aumentar a validade dos resultados obtidos e diminui os riscos de super ou sub interpretações (SOUZA, 2012; TUZZO; BRAGA, 2016).

Em conclusão, apresenta-se uma discussão geral, onde são retomados alguns resultados e são realizadas considerações a respeito das implicações práticas da pesquisa. Por fim, são apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o Roteiro Semiestruturado de Entrevista utilizado (Apêndice B) e Temas do Estudo que emergiram no processo de análise de dados do primeiro estudo (Apêndice C).

ARTIGO 1.

Concepções de profissionais de Saúde da Família sobre atendimentos em grupo.

RESUMO

Este estudo visou a compreender crenças construídas por profissionais de Saúde da Família que trabalham como coordenadores de grupos sobre os atendimentos em grupo. Para isso, foram entrevistados sete profissionais de nível superior coordenadores de grupo, utilizando um roteiro semiestruturado. Por meio da análise de conteúdo temática foram identificados 139 temas, divididos em 19 categorias. Observa-se, no discurso produzido pelos profissionais, elementos sobre elaboração, execução e avaliação dos atendimentos em grupos que vão ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde tais como as ideias de que os grupos favorecem a criação e fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais, são espaços potenciais para compartilhamento de informações e experiências, e facilitam adesão a tratamentos. Também foram verificados pontos que se afastam do que é preconizado por teorias em psicologia de grupo e pelas políticas de saúde tais como concepções marcadas pela transmissão unilateral de informações na educação em saúde e reprodução de estereótipos, crenças e papeis sociais no lugar do questionamento de crenças e atitudes naturalizadas.

Palavras-chave: atendimento grupal, Sistema Único de Saúde, Saúde da Família, Promoção da Saúde.

Conceptions of Family Health professionals about group visits.

ABSTRACT

This study aimed to understand beliefs built by Family Health professionals who work as group coordinators on group care. For this, seven professionals of the superior level were interviewed group coordinators, using a semi-structured script. Through the thematic content analysis, 139 themes were identified, divided into 19 categories. It is observed in the discourse produced by the professionals, elements on the elaboration, execution, and evaluation of the consultations in groups that meet the guidelines of the Unified Health System such as the ideas that groups favor the creation and strengthening of links between users and professionals, are potential spaces for sharing information and experiences, and facilitate adherence to treatments. We also verified points that deviate from what is advocated by theories in group psychology and by health policies such as conceptions marked by the unilateral transmission of information in health education and reproduction of stereotypes, beliefs and social roles rather than questioning beliefs and naturalized attitudes.

Keywords: group care, Single Health System, Family Health, Health Promotion.

Concepciones de profesionales de Salud de La Familia sobre atención en grupo.

RESUMEN

Este estúdio tuvo como objetivo comprender las creencias construidas por profesionales de la Salud de la Familia que trabajan como coordinadores de grupos sobre lãs atenciones en grupo. Para ello, fueron entrevistados siete profesionales de nivel superior coordinadores de grupo, utilizando um guión semiestructurado. Por medio del análisis de contenido temático se identificaron 139 temas, divididos en 19 categorías. Se observa, en el discurso producido por los profesionales, elementos sobre elaboración, ejecución y evaluación de las atenciones en grupos que van al encuentro de las directrices del Sistema Único de Salud tales como las ideas de que los grupos favorecen la creación y fortalecimiento de vínculos entre usuarios y profesionales, son espacios potenciales para compartir información y experiencias, y facilitan la adhesión a los tratamientos. También se verificaron puntos que se alejan de lo que es preconizado por teorias em psicología de grupo y por las políticas de salud tales como concepciones marcadas por latransmisión unilateral de informaciones em La educación em salud y reproducción de estereotipos, creencias y papeles sociales en lugar Del cuestionamiento de creencias y actitudes naturalizadas.

Palabras clave: atención grupal, Sistema Único de Salud, Salud de la Familia, Promoción de la Salud.

2. 1 INTRODUÇÃO

Os grupos são alvos de práticas comuns a todas as categorias profissionais que atuam na Atenção Básica. Permitem o contato e trocas com pessoas que vivenciam os mesmos problemas, questões; o compartilhamento de experiências, sentimentos, dúvidas, emoções; podem gerar um sentimento de identificação e integração entre os participantes, o que tende a promover o bem-estar. As intervenções em grupo podem ser uma estratégia de mudança da realidade social e contribuir com o desenvolvimento de um raciocínio analítico da realidade; assim como podem promover as relações de dominação presentes no meio social (OLIVEIRA, 2001). Dessa forma, o papel do coordenador de grupo é fundamental, pois este pode atuar como um facilitador na promoção da autonomia ou pode incentivar relações heterônomas.

No Sistema Único de Saúde (SUS), dependendo dos objetivos, os grupos podem estar voltados tanto para promoção da saúde, quanto para prevenção de doenças. Nos grupos de prevenção de doenças, observa-se que o foco é prevenir ou retardar doenças. Deste modo, os profissionais de saúde, a partir de conhecimentos específicos, prescrevem comportamentos com intuito de controlar agravos, muitas vezes pautados no modelo de intervenção restrito-biomédico (SANTOS; DA ROS; CREPALDI; RAMOS, 2006; SOUZA, 2012).

Enquanto isso, os grupos de promoção da saúde, fundamentados no conceito ampliado de saúde, que contempla as dimensões biológicas, sociais e

psicológicas, visam a capacitar a população para exercer e aumentar o controle sobre sua vida e saúde (WHO, 1986). Sobre as possibilidades do trabalho em grupos de promoção da saúde, Souza, Colomé, Costa e Oliveira (2005) apontam que estes permitem

> a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo esta uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que têm algum impacto na saúde (p. 469).

Dessa forma, entende-se que a função do coordenador de um grupo de promoção da saúde é de escutar as demandas dos participantes e ser um facilitador do processo de desenvolvimento da autonomia para que os membros do grupo possam decidir sobre suas condições de vida e transformá-las (SANTOS; DA ROS; CREPALDI; RAMOS, 2006). Enquanto isso, nos grupos que se restringem à prevenção de doenças, a atuação dos coordenadores baseia-se na prescrição de comportamentos, de acordo com normas e saberes científicos.

Os profissionais tendem a priorizar as ações com as quais se sentem seguros e para as quais foram instruídos durante a formação técnico-científica. Muitos profissionais que não atuam em atividades grupais relatam que isso ocorre por não se sentirem preparados, ou por não terem tido formação básica para tal atividade. Também é frequente que, quando profissionais resolvem atuar com essa estratégia, adotem o “modo-palestra”, de caráter educativo-unilateral (BRASIL, 2010a).

Em uma pesquisa sobre práticas de grupo conduzidas por profissionais de equipes de Saúde da Família no município de Belo Horizonte (Minas Gerais),

observaram-se variações no modo de condução dos grupos. Muitos desses se mostraram dependentes do saber dos especialistas, enquanto os que possuíam outros focos tinham uma direção menos dependente dos profissionais de ensino superior, e muitos deles eram coordenados por agentes comunitários de saúde (NETO; KIND, 2010). Observações semelhantes foram notadas no estudo de Souza (2012) que, ao realizar observações em grupo conduzido por agente comunitária de saúde, aponta que a coordenação do grupo:

> realizada pela agente era diferente daquelas de outros grupos. Uma vez que ela não possuía o mesmo *status* que os profissionais de nível superior, não poderia se apresentar tão facilmente como legítima portadora do saber científico, sistemático e supostamente superior. Sua tarefa se definia então pela proposição de certas atividades, facilitação do acesso à Unidade e a seus recursos e *animação do bate papo*. (p.257)

Neto e Kind (2010) destacam uma mudança nas práticas grupais que investigaram, desenvolvidas na Atenção Básica, e referem que tal mudança se relaciona com o esgotamento do modelo de grupo baseado em palestras-perguntas e centrados em patologias, que são exaustivos tanto para os usuários quanto para os profissionais. Contudo, os autores observaram que em um grupo de artesanato, que possuía um modelo alternativo, sem estar diretamente ligado a um saber técnico, nem sempre as intervenções eram entendidas pelos coordenadores como práticas de saúde (NETO; KIND, 2010).

É importante que os profissionais, ao elaborarem proposta de atendimento em grupo, levem em consideração as características do território e da população cadastrada na Unidade de Saúde e saibam identificar os problemas que demandam atenção. Entendendo que tais necessidades envolvem a subjetividade,

o contexto histórico-social em que os participantes estão inseridos, os aspectos biomédicos da saúde e que os objetivos do grupo devem ser elaborados pelos usuários e profissionais (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) dão ênfase à participação direta dos usuários na construção dos projetos de saúde, no intuito de promover autonomia. Contudo, na prática, as atuações dos profissionais podem ter diferentes desdobramentos. Andrade (2007) aponta que, mesmo que a nova concepção de saúde adotada pelo SUS recaia na mudança dos estilos de vida, sob a ótica da construção coletiva, profissões como a psicologia, por exemplo, continuam a ser convocadas “como campo de conhecimento balizado histórico/cientificamente para arbitrar sobre um modelo de ser saudável” (p. 7). Dessa forma, o grupo nem sempre é sinônimo de promoção de autonomia, pois, assim como existem grupos produtores de conhecimentos que emergem do encontro entre usuários e profissionais, cada um com seu saber, existem também grupos que rebaixam o outro, que causam mal-estar e provocam passividade.

Outro tema relevante sobre o atendimento em grupo se refere ao trabalho em equipe. Considerando a inserção de profissionais de diferentes categorias nas Unidades, é importante que as intervenções em grupo também sejam propostas como atividade de equipe e/ou tenham o apoio de outros profissionais na execução, planejamento, divulgação, encaminhamentos e discussão dos casos, pois, de acordo com o conceito ampliado de saúde, entende-se que os usuários possuem necessidades que extrapolam os saberes específicos de cada especialista. O usuário ele próprio, ao ser convocado a se corresponsabilizar pelo

processo saúde-doença, age de forma a extrapolar a atuação dos profissionais.

Torna-se relevante investigar as crenças elaboradas por profissionais de Saúde da Família sobre as intervenções em grupo, uma vez que se trata, como foi dito, de estratégia muitas vezes negligenciada ou aplicada de forma equivocada (SANTOS; CASTRO, 2011; NETO; KIND, 2010) e, ao mesmo tempo, muito promissora para aumentar a corresponsabilização dos usuários, sua adesão aos tratamentos, a integralidade da atenção e a promoção de autonomia (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011; BRASIL, 2010a). O objetivo da pesquisa aqui relatada foi compreender crenças construídas por profissionais de Saúde da Família que trabalham como coordenadores de grupos sobre os atendimentos em grupo. Crenças são definidas como elementos de representações sociais, elaboradas por sujeitos ou grupos a partir da informação de que dispõem acerca do objeto e do caráter de “adesão” (afetiva, não necessariamente lógica) à informação. Como objetivos específicos, buscou-se averiguar como esses profissionais entendiam a promoção da saúde e a prevenção de doenças, como eles percebiam a participação dos usuários e os pontos positivos e negativos das intervenções em grupo.

2. 2 MÉTODO

Para atingir os objetivos da pesquisa, foi adotada a abordagem qualitativa, que possui como objeto “o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana”

(MINAYO; SANCHES, 1993, p.245). Neste tipo de pesquisa, as técnicas utilizadas são mais flexíveis. Entretanto, apesar da abertura permitida, os métodos são submetidos a um controle contínuo (GÜNTHER, 2006). Outra característica da pesquisa qualitativa é que esta não tem como foco a representatividade numérica e generalização de resultados, mas visa descrever, explorar, explicar fenômenos. Nesta pesquisa, o pequeno número de participantes se justifica pelo interesse em produzir informações aprofundadas junto a cada um deles.

2. 2. 1 Participantes

Participaram deste estudo sete profissionais de nível superior, coordenadores de atividades em grupo de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de médio porte do sudeste brasileiro, que aqui serão chamados por nomes fictícios, com iniciais idênticas àquelas de sua categoria profissional. Do total, cinco faziam parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): fonoaudióloga Fernanda (onze anos de experiência de trabalho na Atenção Básica), psicóloga Paula (um ano de experiência), psicóloga Paloma (dois anos de experiência), psicóloga Priscila (dez anos de experiência), e assistente social Amanda (seis anos de experiência). Dois dos entrevistados faziam parte da equipe mínima de Saúde da Família: enfermeira Elaine e médico Mateus, com dez e sete meses de experiência em UBS respectivamente. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, exceto aquela da psicóloga Paloma, na qual esteve presente o educador físico da Unidade. Esse fato se deu porque o profissional

precisou trabalhar no mesmo espaço físico onde ocorreu a entrevista momentos após o início da interlocução. Embora isso seja um limite metodológico para essa entrevista, tendo como parâmetros outras entrevistas, constatou-se que os dados produzidos não foram discrepantes; considerando que o tema não possui grande pressão normativa; e devido a riqueza dos dados obtidos, optou-se por sua inclusão no estudo. Todos os profissionais já haviam coordenado outros grupos diferentes dos grupos que coordenavam no momento em que foi realizada a entrevista.

2. 2. 2 Instrumentos e procedimentos

Foi utilizado um roteiro semiestruturado de entrevista, organizado em duas partes: um conjunto geral de perguntas sobre atendimentos em grupo, e outro conjunto de questões relativas a particularidades do grupo que o profissional coordenava. Os dados foram registrados com auxílio de um gravador de áudio e posteriormente transcritos de forma integral.

Em cada UBS, foram entrevistados, no mínimo, dois profissionais responsáveis por coordenar grupos diferentes. Nota-se que cada grupo, no geral, possuía mais de um coordenador, dessa forma o critério de seleção para a entrevista foi a disponibilidade dos profissionais para responder.

Foi solicitada aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do município, assim como do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (que aprovou a pesquisa com o parecer número 1.822.166). Todos os

participantes foram informados do caráter voluntário da pesquisa, dos objetivos, confidencialidade de seus dados pessoais, e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2. 2. 3 Análise dos dados

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática, que objetiva descrever e analisar o conteúdo de mensagens, por meio de procedimentos sistemáticos (CAMPOS, 2004). Tal análise começa com uma leitura panorâmica do material, até que comecem a surgir os primeiros elementos de sentido do texto (palavras, conjunto de palavras ou temas) relacionados ao problema de pesquisa. Após tal levantamento, são formuladas categorias gerais em que são agrupados os principais núcleos de sentido do material pesquisado (OLIVEIRA; ENS; FREIRE; MUSSIS, 2003).

2. 3 RESULTADOS

Os profissionais entrevistados eram responsáveis pela coordenação dos seguintes grupos: Grupo de Mulheres (Paula), Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (Fernanda), Oficinas Terapêuticas (Priscila), Planejamento Familiar (Mateus e Elaine), Grupo de Idosos (Amanda) e Grupo de Pais (Paloma). Conforme descrição dos coordenadores, o primeiro grupo mencionado, possuía como objetivo oferecer espaço de trocas de experiências e novos aprendizados,

visando à promoção da saúde, o protagonismo e o fortalecimento dos vínculos sociais e comunitários. O segundo grupo buscava cessação do fumo e consequente melhoria da qualidade de vida dos participantes. As Oficinas Terapêuticas pretendiam promover socialização, oferecer espaço para fala, expressão, convivência e novas vivências. O grupo de Planejamento Familiar visava a orientar os usuários sobre o uso de métodos contraceptivos e auxiliá-los na obtenção de tais métodos. O Grupo de Idosos se propunha a oferecer estímulos cognitivos, motores e educativos, além de promover socialização por meio da construção de vínculos e rede de apoio entre os participantes. Por fim, o Grupo de Pais tinha como objetivo ouvir demandas de pais que buscavam atendimentos para seus filhos, ofertar suporte profissional para as questões apresentadas e propiciar a troca de experiências entre pais e/ou responsáveis.

Com a análise de conteúdo temática foram identificados 139 temas, divididos em 19 categorias: 1) Concepções sobre grupo de promoção da saúde, 2) Concepções sobre prevenção de doenças, 3) Concepções sobre a participação dos usuários, 4) Impactos do grupo, 5) Percepções sobre a resolutividade do atendimento em grupo, 6) Pontos positivos do atendimento em grupo, 7) Pontos negativos do atendimento em grupo, 8) Desafios, 9) Percepções sobre a coordenação, 10) Motivações para o trabalho com grupos, 11) Formação dos profissionais, 12) Trabalho em equipe, 13) Planejamento dos encontros, 14) Frequência dos participantes, 15) Objetivos do grupo, 16) Expectativas dos usuários, 17) Recursos materiais, 18) Avaliação do grupo e a categoria 19) Percepções sobre a participação do diretor da Unidade. Os temas serão relatados

em destaque (itálico) de acordo com a descrição a seguir. As categorias são grafadas em negrito e com inicial maiúscula. Ao longo do texto foram utilizados os termos percepção e concepção, neste trabalho, utilizados como sinônimos, no sentido que os dois se referem a um modo de compreender, entender, atribuir significados e ler a realidade.

Em relação à categoria **Concepções sobre grupos de promoção da saúde**, os profissionais expressaram que o grupo que coordenavam era "de promoção de saúde", pois *previne o aparecimento de doenças*; *não é focado na doença*; *não existe critério de adoecimento para ingressar no grupo*; *no grupo é trabalhada a convivência social*; o grupo *disponibiliza informações para que os usuários façam suas escolhas*; *evita que ocorram agravos na saúde*; *as ações desenvolvidas são demandas da população* e *orientar sobre doenças é uma forma de promover saúde.* Além disso, os profissionais afirmaram que *promover saúde é papel da Estratégia Saúde da Família* e uma das profissionais relatou que o grupo é de promoção de saúde, pois *os participantes podem possuir patologias*, entretanto "apesar de ter uma doença, uma doença grave que é o transtorno mental, no momento que eles vêm para cá [grupo], eles vêm para buscar saúde" (Priscila), dessa forma, a *patologia dos usuários não é o foco de discussão.*

No que se refere à categoria **Concepções de prevenção de doenças**, para os profissionais: *na prevenção, a doença já está instalada*; esta *atua sobre queixas específicas;* e *ocorre quando são feitas orientações para evitar o agravamento de doenças*.

Na categoria **Concepções sobre a participação dos usuários**, um dos

profissionais avaliou que *a participação é ativa, porque os usuários se inserem espontaneamente no grupo,* pois, no caso do Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagismo (GATT), o usuário é quem procura o grupo “interessado em parar de fumar” (Fernanda); assim como *alcançar o objetivo do grupo* [parar de fumar] *depende do momento em que a pessoa está*. No caso do GATT e do grupo de Planejamento Familiar, *os usuários frequentam o grupo até alcançar seus objetivos*, que são parar de fumar e adotar métodos contraceptivos, respectivamente. Para os profissionais*, os participantes auxiliam-se mutuamente*; *são atuantes na proposição dos temas* a serem desenvolvidos nos encontros; *interessam-se pelos temas do grupo*; *cada participante, devido características individuais, possui diferentes participações;* e *a participação é influenciada pela forma como os usuários se sentem no dia*. Os profissionais entendem que *apesar das orientações, os participantes podem não seguir o que é falado pelo profissional*, fato evidenciado na fala de Priscila: “não quer dizer que a pessoa vai adotar aquilo que a gente tá falando”. Para Paloma: “tem até algumas intervenções que são feitas, eles trazem o retorno do que eles estão experimentando em casa, algumas mudanças de comportamento, utilizando algumas estratégias que são discutidas aqui e tão retornando, então acredito que tá tendo uma participação efetiva sim”, dessa forma, *os usuários possuem participação efetiva no grupo, pois experimentam seguir as orientações realizadas* e esta profissional, antes de começar a trabalhar com grupo, *esperava maior resistência dos membros em relação ao atendimento em grupo*.

Para os profissionais, ainda sobre sua percepção a respeito da participação

dos usuários, a *realização de atividades propostas indica adesão dos usuários ao grupo*; *para os usuários entenderem os objetivos do grupo e se apropriarem dele, é preciso tempo*; *usuários sentem vergonha de se expressar em grupo dependendo do tema a ser discutido; participantes ensinam, nos grupos, atividades manuais que conhecem*; *alguns usuários não se adaptam a atendimentos em grupo.* Sobre as diferenças de gênero, no GATT, um *usuário se sentia desconfortável por ser o único homem presente no grupo* e no grupo de Planejamento Familiar os profissionais avaliaram que *as mulheres buscam o grupo de Planejamento Familiar por iniciativa própria, enquanto os homens são forçados por suas companheiras*, dado que para que os homens possam ter acesso a método de esterilização, via Sistema Único de Saúde, é obrigatória a participação no grupo. Apenas uma coordenadora avaliou que *mesmo sem a presença do coordenador, os participantes possuem autonomia para gerenciar o grupo* (Priscila).

Como **Impactos do grupo**, profissionais apontam que estes *abrangem pessoas que convivem com o usuário* e que *outros usuários se inserem no grupo a partir dos efeitos do grupo na vida dos participantes.* Como exemplo, cita-se a fala de Fernanda: “a gente percebe que os últimos GATT, é, vêm sempre pessoas de indicação, que o vizinho parou de fumar, que o irmão parou de fumar”. Em relação ao planejamento familiar, *participantes ao adotarem instruções dos profissionais se sentem mais seguros.* Além disso, na visão dos profissionais, *os participantes inserem no cotidiano tópicos trabalhados no grupo*. Outros impactos percebidos foram: *a pertença a um grupo influencia a inserção em outras atividades e/ou grupos*; os *participantes seguem as orientações dos profissionais*; o grupo *permite*

que moradores do mesmo território criem vínculos; *os participantes adotam os coordenadores como profissionais de referência na Unidade de Saúde*; *os participantes alcançam seus objetivos* (parar de fumar e encontrar método contraceptivo: GATT e Planejamento Familiar) e *as mudanças comportamentais dos participantes são sutis, mas importantes*, como fica evidenciado no relato de Priscila: "ter essa autonomia, isso é muito bom, é resultado. Porque as pessoas querem um resultado: ah, ele tem que mudar de vida... Mas, às vezes, não tem condição cognitiva. Não teve toda aquela oportunidade. Aí, dentro dessas limitações que *vai* haver as mudanças, que é isso que acontece".

Na categoria **Percepções sobre a resolutividade do atendimento em grupo,** emergiram os seguintes temas: *o grupo possui potência maior do que o atendimento individual;* o grupo pode ser um *espaço informativo*; ele *é resolutivo* e *desmitifica a ideia de muitos usuários de que apenas o atendimento individual é resolutivo.* O grupo pode ser uma *estratégia para atender mais pessoas com a mesma demanda simultaneamente*; *permite trocas; valorização do saber popular e é espaço de expressão dos usuários*. No caso do Grupo de Pais, para Paloma, no atendimento em grupo, *algumas demandas sobre crianças podem ser resolvidas com o atendimento coletivo de pais e/ou responsáveis*, sendo que muitas vezes *queixas de pais e/ou responsáveis sobre as crianças podem não ser problemas das crianças de fato.* Nos grupos de Planejamento Familiar, nos quais após a realização de encontro coletivo, os usuários vão para consultas individuais com médico e enfermeiro, os profissionais apontam que os *usuários seguem melhor as orientações de consulta individual após orientações coletivas.*

Dentre os **Pontos positivos do atendimento em grupo**, os profissionais destacaram a *melhoria de indicadores de saúde por meio da informação*; o *fortalecimento de vínculos com profissionais da Unidade de Saúde;* a possibilidade do *compartilhamento de experiências; espaço de expressão;* de *convívio com outras pessoas; espaço informativo e de conscientização.* Profissionais relataram que *aprendem mais em grupo do que no atendimento individual*; e que *gostam de coordenar atendimento em grupo.* Ademais, avaliam como positivo os *sentimentos de pertença a um grupo* e a *participação de profissionais de diferentes categorias na coordenação.*

Como **Pontos negativos do atendimento em grupo**, encontram-se *o limite de vagas;* o fato de que *nem todos os participantes alcançam os objetivos do grupo* e a *dificuldade dos profissionais em lidar com a frustração dos usuários que não alcançam os objetivos do grupo*; o *pequeno envolvimento da Unidade de Saúde nas atividades e divulgação do grupo*; *ausência dos profissionais devido a imprevistos pessoais ou profissionais;* a *falta de formação específica para atender em grupo* e *o tempo não é suficiente para atender todas as demandas.* No grupo de Planejamento Familiar, Mateus afirma que *não vê ponto negativo no grupo.* Para Priscila, um dos pontos negativos do grupo é a *tutela, devido a características individuais dos membros, estes não agem de forma autônoma, apesar das intervenções do coordenador,* e que este fator pode está relacionado à história do usuário, porque “a autonomia para eles, eles vão até certo ponto, naquilo que é possível” (Priscila).

Os **Desafios** encontrados pelos profissionais, em sua percepção, são *fazer*

com que todos participantes se expressem; *o espaço físico* que *não é adequado; a organização do tempo de fala de cada participante* no Grupo de Pais e *usuários que querem falar de temas que não envolvem o do encontro e não há tempo suficiente para atender demandas médicas*, no caso no grupo de Planejamento Familiar, no qual os participantes aproveitam o espaço do grupo para resolver demandas da ordem médica.

No que concerne às **Percepções sobre a coordenação**, os profissionais afirmaram que *coordenar grupos é difícil; exige planejamento flexível;* o *profissional precisa ser capaz de coordenar atendimentos em grupo;* para alguns profissionais, *coordenar grupos é uma experiência nova; profissionais esperam que o psicólogo tenha maior preparo para lidar com grupo; profissional gosta da parte informativa do grupo; é difícil para alguns profissionais adotar postura horizontal*, mas em contrapartida *a postura vertical é um ponto que os técnicos têm conseguido diminuir.*

Em relação a este último tema, a psicóloga Paula relata: “aqui no grupo a gente tenta, a gente tem uma dificuldade assim, mas a ideia (...) é que a gente tenha uma atuação horizontal aqui com os pacientes, né, os usuários. Que não seja: Ah, eu sou a psicóloga, vou falar; eu sou a enfermeira, vou falar, né. A gente ainda tem muito isso, porque os profissionais ainda têm isso agarrado [transmitir informações de modo unilateral]”.

Sobre a atuação, *cada profissional possui diferentes dificuldades e habilidades para conduzir grupo; a gestão do grupo é realizada pelos técnicos e usuários* e o discurso dos profissionais revelou a existência de *preocupação com o*

interesse dos participantes nas atividades desenvolvidas, a exemplo disso, cita-se a fala de Amanda: “Teve um momento, um momento do grupo mais para trás, que a gente [os profissionais] ficou meio: Ah, será que eles estão gostando, será que é isso mesmo? Porque a ideia era eles falarem também. Assim, a gente tava muito preocupado se estava agradando, se era isso mesmo”. Apenas um profissional relatou que *atua mais como um facilitador do processo grupal* e a presença de *sentimento de orgulho pela evolução dos participantes por meio do grupo:* “eu me sinto muito orgulhosa, desses dez anos [de grupo] e de ver as pessoas terem evoluído” (Priscila).

Em relação às **Motivações dos profissionais para trabalharem com grupo**, a *pós- graduação influenciou o trabalho com grupos e a escolha de público-alvo*; *o grupo é uma estratégia de reorganização da agenda dos profissionais para atender mais usuários; a realização de atendimentos em grupo, coordenados por equipe multiprofissional faz parte das atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família; o grupo faz parte de protocolo do Ministério da Saúde.* Na opinião de Paloma, *a demanda por atendimento psicológico e outros serviços do Sistema de Saúde cresceu expressivamente nos últimos anos* e segundo Paula, *já existia um grupo em funcionamento na Unidade de Saúde* coordenado por outro profissional que saiu da Unidade e ela, que assumiu o lugar deste último, decidiu dar continuidade às atividades coletivas que já eram desenvolvidas.

Na categoria **Formação dos Profissionais** para atendimentos em grupo, um *profissional buscou formação extracurricular;* profissionais apontaram que a *formação deve ser contínua* e que *prefeitura ofertou capacitação*, entretanto

nenhum dos participantes que responderam à entrevista participou. Para a maioria dos profissionais, *o foco da graduação foi atendimento individual e a graduação não preparou o profissional para atender em grupo.* Apenas uma participante afirmou que a *graduação preparou para atendimento em grupo* (Paula).

Os profissionais percebem que o trabalho é em equipe (categoria **Trabalho em Equipe**), na medida em que *atuam com objetivos comuns* e *auxiliam-se mutuamente.* Eles apontam que *os profissionais possuem diferentes funções na coordenação do grupo e que a equipe precisa ter o mesmo objetivo para trabalhar adequadamente*: “cada um com seu perfil, sua possibilidade, cada um com sua limitação, né, e aí por isso que eu acho legal a gente estar em várias pessoas, né, porque eu acho que uma complementa a outra” (Paula). Ainda sobre o trabalho em equipe, os profissionais *se reúnem para planejar e discutir questões referentes ao atendimento em grupo,* sendo que *nas reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família, discute-se com os profissionais de referência sobre os usuários atendidos em grupo.*

A respeito do **Planejamento dos Encontros**, alguns *encontros seguem planejamentos pré-estabelecidos*, enquanto em outros grupos *o planejamento é aberto e flexível*. Nessa lógica, ora *o planejamento insere proposições dos usuários*, ora *os tópicos trabalhados são decididos pelos profissionais.* Amanda avalia que *elaborar atividades a serem realizadas é difícil* e para Fernanda, *os encontros sem planejamento ficam soltos:* “[nos encontros sem planejamento prévio] o que a gente tava percebendo? Que tava ficando muito solto, então a gente tem programado algumas coisas sim, uma manutenção [nome dos encontros

quinzenais e semanais do grupo] a gente deixa livre e outra a gente chama um convidado para falar de um tema. (...) Então a gente não tem deixado tão livre a manutenção, pra chamar mais o usuário, porque vir aqui contar [sobre como está sendo a experiência sem o cigarro] ele já vem né, as cinco [primeiras] sessões. Então a gente tá planejando mais a manutenção", dessa forma os profissionais intercalam encontros em que os profissionais propõem atividades para o grupo com encontros em que os temas a serem discutidos são sugestões dos membros no dia. Como fator que interfere no planejamento, os entrevistados afirmaram que *a agenda cheia dos profissionais atrapalha o planejamento coletivo*, destaca-se que coletivo neste caso se refere apenas aos profissionais, não inserindo os participantes do grupo.

Outros temas referiram-se à **Frequência dos Participantes**, como: *sentimentos de angústia e frustração dos profissionais devido ao pequeno número de participantes; a baixa frequência era preocupação de um dos participantes; frequência como indicador de adesão dos usuários; baixa frequência é um problema encontrado em outras Unidades de Saúde.* Outro tema está ligado à *quantidade de pessoas no grupo,* que se dividiu em alta, variável (alguns encontros com muitos participantes e outros com poucos) e regular (cujo número de participantes se mantém estável).

Sobre os **Objetivos do Grupo em geral,** além daqueles objetivos específicos relatados no começo deste tópico, os profissionais assinalaram que são: *propiciar o compartilhamento de experiências; promover reflexão;* ser um *espaço de expressão* que *promove socialização*; *promover autonomia* e indicaram

que *o compartilhamento de experiências entre usuários e profissionais é mais importante do que à tarefa manual* (Paula, Grupo de Mulheres). Para Paloma, no Grupo de Pais, o objetivo é *fornecer estratégias para efetivar mudanças na educação de crianças e adolescentes.*

Apenas dois temas foram identificados na categoria **Expectativas dos Usuários**. Um deles é o *interesse dos participantes por atividades lúdicas e de artesanato* (Grupo de Mulheres e Grupo de Idosos). Segundo a coordenadora do Grupo de Pais, *alguns participantes chegam ao grupo na expectativa de obterem atendimento individual* e isso ocorre, sobretudo, devido à necessidade de os participantes serem avaliados em grupo para se definir quais usuários precisam de atendimento individualizado.

Alguns dos **Recursos materiais** são *disponibilizados pela prefeitura*, e os que faltam *usuários e profissionais provêm.* Um tema que emergiu no discurso de Amanda foi que *a limitação de recursos materiais desanima os profissionais a se manterem coordenando grupo.*

Quanto à **Avaliação do grupo**, foram identificadas diferentes formas. Uma delas é *realizada a partir da observação de mudanças no comportamento dos usuários*; assim como, é *realizada a partir do feedback de outros profissionais sobre o comportamento dos usuários. Conversas informais com participantes como forma de avaliar os atendimentos*, para verificar como os participantes percebem os efeitos do grupo e para saber se estão gostando das atividades desenvolvidas. No Grupo de Mulheres, foi *aplicado questionário para verificar o impacto do grupo,* em que participantes responderam a um instrumento no início do ano, que seria

comparado com as respostas dadas ao mesmo instrumento meses depois. Entretanto, segundo Paula, esta estratégia, inicialmente, não tinha como objetivo principal a avaliação do grupo. Para Amanda, *a solicitação dos participantes de atividades que já foram realizadas indica que os mesmos avaliam positivamente o grupo.* E para alguns coordenadores, *não foi elaborada nenhuma forma de avaliação dos efeitos do grupo*. Foram relatados *sentimentos de ansiedade dos profissionais para avaliar os efeitos do grupo.*

Por fim, na categoria **Percepções sobre a participação do diretor da Unidade**, identificou-se que para os profissionais, *o diretor precisa entender a lógica do atendimento em grupo, que é diferente da lógica produtiva que valoriza o quantitativo de usuários atendidos* e que o *apoio do diretor facilita o desenvolvimento de atividades coletivas.*

2. 4 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados indicam que as concepções dos profissionais sobre promoção da saúde e prevenção de doenças estavam em consonância com definições apresentadas em políticas de saúde brasileiras, que entendem promoção da saúde como um conjunto de ações que consideram o sujeito em seus aspectos biológicos, sociais, culturais, psicológicos para transformar estilos de vida, e prevenção de doenças como ações voltadas para o controle de agentes e doenças específicos.

Os profissionais avaliaram que os usuários possuem diferentes tipos de

participação nos grupos, de acordo com as possibilidades de cada um. Tal entendimento é importante, pois, como aponta Osório (2003), o grupo, apesar de compartilhar objetivos comuns por meio de tarefas específicas, é constituído por diferentes pessoas que precisam ser reconhecidas em suas singularidades. No caso do GATT, Patrícia apontou que alcançar o objetivo do grupo, que neste caso é parar de fumar, depende do “momento da pessoa”. Pena e Rocha (2013) corroboram esta ideia ao afirmarem que “A adesão e a permanência nas atividades presentes nos grupos terapêuticos dependem crucialmente do grau de motivação que o fumante apresenta” (p. 10).

Para os coordenadores de grupo investigados, o interesse dos usuários pelos temas discutidos nos encontros e a proposição de temas por parte deles indica que a participação dos usuários é ativa. Constata-se que os atendimentos em grupo são elaborados após identificação, realizada por profissionais, de demandas encontradas no território de atuação da UBS. A Política Nacional de Promoção da Saúde destaca a relevância da participação social na construção das práticas de saúde. Dessa forma, no atendimento em grupo, o papel do coordenador é de propor os temas e atividades juntos dos usuários e não de os impor (AFONSO, 2006).

Alguns entrevistados avaliaram que os usuários aderem ao atendimento em grupo e participam de forma ativa, pois realizam as atividades propostas. No que concerne às atividades desenvolvidas, Afonso (2006) destaca que elas devem estar conectadas ao processo de reflexão central do grupo, não devendo ser utilizadas de modo aleatório. Nesse sentido, a simples realização de atividades

manuais pelos participantes não garante que, no grupo, sejam trabalhados a expressão, sensibilização, reflexão, interação, desenvolvimento de autonomia e outros objetivos. Os recursos expressivos devem facilitar os objetivos do grupo, e não se sobrepor a eles.

Profissionais avaliaram que a frequência dos participantes é um indicador de adesão ao atendimento em grupo. Entretanto, é importante destacar que tal afirmativa pode não ser verdadeira para grupos que funcionem como requisito para o acesso a outras atividades dentro da UBS, como acontecia nos Grupos de Planejamento Familiar e Grupo de Pais. Participar desses atendimentos em grupo era requisito para acesso a métodos contraceptivos e atendimentos psicológicos individuais de crianças e adolescentes, respectivamente.

Nas concepções dos profissionais, os usuários podem ou não seguir as orientações que são feitas nos atendimentos. Tal perspectiva é relevante ao se considerar que a construção do saber em saúde ocorre por meio do desenvolvimento da autonomia, por meio da qual os usuários “ampliam suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida dos seus próprios desígnios, com a condição de não causar dano ou malefício a outrem ou à sociedade” (SANTOS; ROS; CREPALDI; RAMOS, 2006, p. 347).

Para Neto e Kind (2010), na condução de muitos atendimentos em grupos, verifica-se uma dependência do saber técnico especializado. E dentre os participantes deste estudo, apenas uma coordenadora, Priscila, apontou que os usuários possuíam autonomia para desenvolver as atividades mesmo sem a presença do coordenador. Entende-se que os grupos são espaços em que as

pessoas podem falar sobre suas questões e pensar em soluções junto dos profissionais, de modo que haja troca de experiências e informações tanto entre usuários quanto entre eles e profissionais (AFONSO, 2006). Profissionais assinalaram que incentivam usuários a ensinar atividades manuais aos demais integrantes dos grupos e a auxiliá-los na execução de tais atividades, o que indica a tentativa de compartilhamento de práticas e saberes.

Um dos profissionais apontou que considerava a participação dos usuários efetiva, pois eles experimentam seguir as orientações de mudança de comportamento sugeridas pelos profissionais nos atendimentos em grupo. Algumas considerações são importantes sobre essa afirmação. Destaca-se que, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, o saber em saúde depende da ampliação da capacidade de escolha dos usuários e da participação destes na construção de tal saber. Silveira e Ribeiro (2005) afirmam que no grupo

> a aprendizagem e o ensino são bilaterais, integrantes de um processo mútuo e solidário, no qual todos ensinam e todos aprendem, assemelhando-se a um processo pedagógico baseado na exemplaridade, na simetria, na interação e na reciprocidade (p. 96)
> .

Portanto, apenas seguir as orientações realizadas pelos profissionais não garante que o cuidado esteja sendo construído segundo o princípio da integralidade, que enfatiza a relação entre sujeitos, superando a relação sujeito- objeto enraizada na abordagem biomédica estrita (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Um dos entrevistados, responsável por coordenar um grupo que é requisito para acesso a outros serviços da Unidade, afirmou que esperava maior resistência dos usuários em relação ao atendimento em grupo, que alguns usuários não se

adaptavam a grupos e que, dependendo do tema a ser trabalhado (no caso, questões que envolvem sexualidade, no Grupo de Planejamento Familiar), usuários sentiam vergonha de se expressar no grupo. Considera-se que cada usuário se adapta ou pode ter maior interesse por diferentes modalidades de atendimento. Contudo, é necessário que os profissionais também reflitam sobre que tipo de trabalho tem sido produzido nas Unidades de Saúde, questionando-se se são os usuários que não se adaptam aos grupos, ou se são os grupos que não se adaptam às demandas da população.

No Grupo de Planejamento Familiar, os coordenadores avaliaram que, enquanto as mulheres procuravam o grupo espontaneamente, os homens participavam sob influência de suas parceiras, para poderem ter acesso a método de esterilização, dado que a participação no grupo era obrigatória. Em outro grupo, no GATT, um dos homens sentia-se desconfortável por ser o único homem presente, tendo sido necessária a intervenção de uma usuária que, ao saber do incômodo do participante, incentivou-o a permanecer no grupo. Estudos sobre saúde masculina apontam que, historicamente, homens procuram menos os serviços oferecidos na Atenção Primária à Saúde, adentrando os serviços de saúde geralmente por meio da atenção especializada e apontam barreiras sócio-culturais e institucionais para a adoção de práticas de promoção de saúde e autocuidado (BRASIL, 2008; JULIÃO; WEIGELT, 2011; XAVIER, 2015). Dessa forma, de acordo com as políticas de saúde, cabe aos profissionais de Saúde da Família elaborar estratégias para inserção deste público nas atividades da UBS.

Em relação aos impactos produzidos pelos grupos, alguns consideraram que a

participação do grupo produz mudanças sutis no comportamento dos usuários, enquanto outros profissionais avaliaram que o impacto ocorre quando os usuários alcançam os objetivos propostos pelos grupos, ou inserem, no cotidiano, conhecimentos adquiridos nos atendimentos. Profissionais avaliaram que as mudanças geradas nos comportamentos dos usuários afetam as pessoas com as quais eles convivem e que a pertença a um grupo influencia a inserção dos usuários em outras atividades ou grupos. Além disso, permite a criação de vínculos entre usuários do mesmo território, e com os profissionais da Unidade. Sobre este último apontamento, as políticas de saúde afirmam que, dentre as vantagens do atendimento coletivo, encontra-se o favorecimento da criação de vínculos entre profissionais e usuários e que a aproximação de pessoas do mesmo território pode fortalecer ou construir redes de apoio (BRASIL, 2010a). O vínculo é um importante fator para o desenvolvimento de ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Santos e Miranda (2016) expõem que

> o vínculo representa uma conexão entre os conceitos de humanização, responsabilização, acolhimento e integralidade. O estabelecimento das bases dessa relação vincular pressupõe da confiança, do respeito, da atenção, da escuta e de um olhar diferenciado dos profissionais (p. 354).

Dentre as percepções dos profissionais sobre a resolutividade do atendimento em grupo, as falas dos coordenadores demonstraram estar em consonância com a Política Nacional de Humanização (2010a), que prevê que os atendimentos em grupo são espaços potenciais para produção de informação, aprendizado, que os grupos funcionam como estratégia para atender maior número de pessoas com a mesma capacidade resolutiva dos atendimentos

individuais. Na visão dos coordenadores do grupo de Planejamento Familiar, o atendimento em grupo favorece a adoção de comportamentos saudáveis, que são sugeridos nas consultas individuais.

Os coordenadores entendem como pontos positivos do atendimento em grupo, o fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais, o compartilhamento de experiências, informações, melhoria de índices de saúde, participação de profissionais de diferentes categorias na elaboração e condução dos encontros, o convívio de usuários com pessoas do mesmo território. E avaliam, como pontos negativos, o limite de vagas; o tempo disponível para desenvolver os encontros, que segundo os profissionais não é suficiente; a dificuldade dos participantes de alcançarem o objetivo do grupo e a dificuldade dos profissionais de lidarem com a frustração dos usuários decorrente disto, como no caso do GATT, em que todos os usuários se inserem no grupo com o objetivo de parar de fumar. A ausência de profissionais nos encontros devido a imprevistos pessoais ou profissionais e o pouco envolvimento dos demais profissionais da UBS nas atividades e divulgação do grupo foi avaliado como negativo. Sobre isso, Souza (2012) ao investigar as atividades desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde, verificou que os atendimentos médicos eram priorizados nas reuniões que objetivavam discutir o gerenciamento de atividades na UBS, não tendo os atendimentos em grupo e as demais atividades igual ênfase nas discussões.

Outro ponto negativo relatado refere-se à formação que, na visão dos entrevistados, não foi específica para o atendimento de grupos. Quatro profissionais relataram não ter recebido formação técnica necessária para o

trabalho com grupos e os que receberam (dois profissionais) foi porque procuraram espontaneamente tal formação. No geral, afirmaram que o foco da graduação foi voltado para atendimentos individuais. Apenas uma das participantes afirmou que a graduação a preparou para atendimentos coletivos (Paula). Nesse sentido, como ressaltam Neto e Kind (2010), observa-se que a formação dos profissionais de saúde permanece “ainda muito marcada pela maior valorização dos aspectos técnicos, particularmente do âmbito biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais” (p.1133).

Dentre os desafios, profissionais destacaram o espaço físico insuficiente, a dificuldade em fazer com que todos participantes se expressem, e o desafio de organizar o tempo de fala dos participantes. Cabe ao coordenador de grupo promover a interação e comunicação dos participantes, fazendo com que a palavra circule (AFONSO, 2006). Ademais, um profissional afirmou que, nos encontros, os usuários falavam sobre temas que não envolviam os assuntos do grupo, que formulavam mais demandas médicas e que, por restrições de tempo, não era possível atender essas demandas. Resultados similares puderam ser observados em outro estudo que identificou que usuários aproveitavam o atendimento em grupo para solicitar orientações ao profissional de medicina (SOUZA, 2012).

Os profissionais afirmaram que coordenar grupos é difícil e o profissional precisa ter habilidades específicas. Para alguns profissionais a experiência de coordenação é nova e, segundo um dos entrevistados, os profissionais esperam que a (o) psicóloga (o) possua maior preparo para lidar com grupos. Em relação a essa percepção, entendendo que os profissionais, em sua prática, têm preferência

por atuar em atividades para as quais tiveram treinamento durante a graduação (BRASIL, 2010a), infere-se que os profissionais, especialmente da equipe mínima, por terem formação voltada principalmente para aspectos biomédicos, acreditam que profissionais como o psicólogo, por lidarem com aspectos mais amplos (culturais, sociais e psíquicos), estariam mais aptos para conduzir grupos.

Profissionais apontaram que, para coordenar grupos, é necessário ter um planejamento flexível. Tal afirmativa vai ao encontro das orientações dos autores de teorias de grupo, que destacam que

> No planejamento flexível, o coordenador se prepara para ação, antecipa temas e estratégias (...). Entretanto, precisa estar preparado para acompanhar o grupo em seu processo, o que pode, e provavelmente vai significar mudanças no planejamento inicial (AFONSO, 2006).

Um dos entrevistados disse interessar-se mais pela parte informativa do grupo. É importante considerar que cabe aos profissionais, nos atendimentos em grupos, o compartilhamento de informações. Todavia, de acordo com as políticas de saúde, o atendimento em grupo não deve se restringir a isso (BRASIL, 2010a). Uma das psicólogas destacou que para alguns profissionais é difícil adotar uma postura horizontal em relação aos usuários, mas que, ao mesmo tempo, profissionais que ela conhece têm conseguido diminuir a orientação unilateral. Os entrevistados relataram preocupação com o interesse dos usuários nas atividades desenvolvidas. Sobre isso, Santos, Ros, Crepaldi e Ramos (2006) revelam que, nos atendimentos em grupo, é fundamental que a atuação esteja pautada na cooperação horizontal entre todos os membros do grupo, e que as atividades desenvolvidas sejam construídas junto com os usuários, buscando aliar os

interesses de cada participante. Apenas uma profissional relatou atuar apenas como facilitadora do processo grupal e alguns entrevistados afirmaram que a gestão do grupo é realizada pelos técnicos e usuários.

Verificou-se que cada profissional possui diferentes dificuldades e habilidades para conduzir grupo. Muitos dos grupos coordenados pelos entrevistados eram coordenados por profissionais de categorias distintas. Observa-se que, no trabalho em equipe, encontram-se diferentes subjetividades, em que a experiência de cada profissional, conhecimentos específicos, gostos, saberes devem ser estimulados e considerados em sua singularidade (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Destaca-se a importância das Políticas de Saúde no incentivo ao trabalho com grupos nas UBS, dado que dentre as motivações dos profissionais para trabalharem com grupos, muitos deles afirmaram que se deve ao fato de o atendimento coletivo fazer parte das diretrizes do SUS. Outro ponto colocado pelos profissionais refere-se à possibilidade de atender mais pessoas simultaneamente, considerando que, em sua percepção, houve aumento na procura dos serviços. A formação de alguns entrevistados foi fator que incentivou o trabalho com grupos. A existência prévia dos grupos incentivou alguns profissionais a darem seguimento às atividades.

Para os profissionais, o trabalho é em equipe na medida em que todos atuam com objetivos comuns, auxiliam-se mutuamente na coordenação e consideram que cada profissional possui diferentes funções na coordenação do grupo. Os encontros são planejados por todos os profissionais coordenadores que,

além de programar as atividades, discutem questões referentes ao atendimento em grupo, tanto entre os coordenadores, quanto com os profissionais de referência dos usuários que são atendidos em grupo. Entendendo que a UBS é a porta de entrada no sistema de saúde e é responsável pelo cuidado longitudinal e integral dos usuários, o compartilhamento de informações sobre usuários com seus profissionais de referência faz-se necessário para que não haja fragmentação do cuidado.

Apesar de os profissionais apontarem que o planejamento flexível faz parte dos atendimentos em grupo, relatou-se que em alguns grupos o planejamento é pré-estabelecido, inserindo por vezes proposições dos participantes e, em alguns encontros, sendo decididos exclusivamente pelos profissionais. Um dos profissionais, ainda que tenha enfatizado a relevância de um planejamento aberto, percebia que os encontros que ocorriam sem planejamento ficavam "*soltos".* Tal afirmativa sugere dificuldade dos coordenadores ao lidarem com atendimentos menos estruturados e flexíveis e possível dificuldade em escapar do arranjo "pedagógico" na coordenação dos grupos. Ainda sobre o planejamento, para Neto e Kind (2010) os profissionais percebem que o trabalho fica comprometido quando, tomados pelo cotidiano da UBS, não conseguem programar as atividades.

Verificou-se a preocupação dos profissionais com o quantitativo de usuários atendidos. Profissionais apontaram que o pequeno número de participantes nas atividades em grupo é um problema que várias UBS enfrentam. Uma das coordenadoras destacou a importância do apoio do diretor nos atendimentos em grupos que, segundo ela, funciona diferentemente da lógica "produtivista" que

valoriza o quantitativo de usuários atendidos em determinado tempo.

Os objetivos dos grupos relatados pelos profissionais estão em conformidade com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010b), que propõe para estes atendimentos o compartilhamento de experiências, expressão, promoção de reflexão, socialização e autonomia. Em relação à expectativa dos usuários, tal como percebida pelas profissionais investigadas, encontra-se o interesse por atividades lúdicas e de artesanato, assim como interesse por atendimento individual, no caso do Grupo de Pais. Além disso, uma das coordenadoras avalia que as principais atividades desenvolvidas no grupo são de artesanato.

Os recursos materiais para os grupos são disponibilizados pela prefeitura, usuários e profissionais. Um dos entrevistados disse que a limitação de recursos é um fator que desanima os profissionais a se manterem coordenando grupos. Por fim, no que se refere às formas de avaliação do grupo, foram apontadas a observação das mudanças de comportamento, o *feedback* de outros profissionais sobre o comportamento dos usuários, conversas informais com participantes e, em um dos grupos, foi aplicado um questionário. Para uma das coordenadoras, o pedido feito por usuários de repetir atividades no grupo significa que estes estão avaliando positivamente o grupo. Alguns profissionais demonstraram em seus discursos sentimentos de ansiedade para avaliar os efeitos do grupo.

2. 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foram analisadas crenças de profissionais de nível superior sobre a modalidade de atendimento em grupo, por meio de entrevistas semi-estruturadas. Foi possível perceber, no discurso dos participantes, elementos sobre elaboração, execução e avaliação dos atendimentos em grupos que vão ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Alguns pontos ainda se afastam do que é preconizado pelas teorias em psicologia de grupo e pelas políticas de saúde. Apesar dos avanços no trabalho com grupos, é possível que muitas práticas reproduzam a centralização no saber biomédico por parte dos profissionais.

Os autores do campo da psicologia grupal enfatizam que o objetivo do trabalho com grupos é refletir, sensibilizar e discutir com os participantes os temas centrais dos atendimentos. Nessa perspectiva, os grupos são instrumentos de transformação sociocultural, onde os coordenadores ocupam o lugar de facilitadores auxiliando os participantes na construção de sentidos sobre aquilo que é circulado no grupo, e se distinguem de um projeto apenas pedagógico, nos qual existe alguém que assume o lugar de portador de verdades (LUIZ; DAL PRÁ; AZEVEDO, 2014). Afonso (2006) destaca que “No grupo, busca-se promover a interação, a comunicação, a palavra livre, a elaboração do sistema de valores, atitudes e relações que nele vigoram” (p.18).

Dessa forma, o objetivo dos grupos pode ser visto como transformar processos psicossociais, tais como representações sociais, práticas, identidades sociais, gênero, estigma, preconceitos, estereótipos, atitudes, entre outros. Entretanto, no discurso dos coordenadores, não apareceu como objetivo dos

grupos a construção e reconstrução de significados e vivências dos participantes, o questionamento de estereótipos, crenças, instituições e papeis sociais. Assim, não foi identificado, por exemplo, no Grupo de Pais, o objetivo de colocar em questão as crenças e atitudes naturalizadas sobre o “ser mãe” sobre o “papel da mulher”, o “papel do homem”, “ser pai”, dentre outros temas possíveis de discussão no grupo.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), constituinte de um projeto de transformação social e teorizada para alcançar mudanças no modo de vida, pressupondo a recuperação do direito de expressão, exercício da cidadania e autonomia, pode ser vista como parte de um “projeto civilizatório”, que não se resumia a uma reforma parcial setorial, pois “ainda que parte da RSB possa ser traduzida por políticas de saúde, a exemplo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a sua concepção e formulação transcendem as políticas estatais” (PAIM, 2007, p. 25). A proposta da RSB defendia a democratização do Estado e da sociedade. Observa-se que, quando o movimento da RSB se reduz à construção do SUS, as relações entre saúde, condições de vida e determinação social das doenças perdem seu espaço (PAIM, 2007).

Apesar de as políticas de Atenção Primária do SUS reconhecerem o direito da população em participar na gestão dos serviços de saúde e nas decisões que afetam suas vidas, abrindo espaço democrático para controle social das instituições (VÁSQUEZ; SILVA; CAMPOS; ARRUDA; DINIZ; VERAS; PEREIRA, 2003), não apareceu de forma nítida, no discurso dos profissionais, a percepção de que os atendimentos em grupo podem ser instrumentos de mobilização de profissionais e usuários para transformação comunitária e social.

Como limites, este estudo apresentou um pequeno número de participantes, circunscritos a apenas uma região. Por este motivo sugere-se a realização de levantamentos quantitativos a fim de comparar os resultados deste estudo com experiências de participantes que atuam em locais distintos. Além disso, o presente estudo verificou crenças sobre atendimento em grupo presente no discurso dos profissionais. Outros estudos podem realizar a investigação de práticas, por meio da observação direta, para compreender como estão sendo implementadas no cotidiano dos profissionais as ações relatadas.

Ao produzir resultados condizentes com seu objetivo, a presente pesquisa mostrou que profissionais de Saúde da Família que coordenavam grupos demonstraram entendimento sobre os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças e valorizaram objetivos como a promoção da expressão e da autonomia. Ao mesmo tempo, construíam concepções ainda marcadas pela transmissão unilateral de informações na educação em saúde e não concebiam os atendimentos em grupo como instrumentos de projetos mais amplos de transformação comunitária e social. Entendiam-no como instrumento de intervenção “em saúde”, a partir de um ponto de vista bio-psicológico mais restrito.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde: um método de intervenção psicossocial***.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.

ANDRADE, A. N. Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde*.* **Psicologia Política**, São Paulo,v. 13, n. 1, 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise do conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem***,* Brasília, v. 57, n, 5, p. 611-614, 2004.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. O trabalho de grupos em Atenção Primária. **Educação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

GÜNTHER, H. A pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão?**Psicologia: Teoria e Pesquisa***,* Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria***,* Santa Maria,v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

LUIZ, G. M. DE; DAL PRÁ, R. M.; AZEVEDO, R. C. Intervenção psicossocial por meio de oficina de dinâmica de grupo em uma instituição: relato de experiência**.** **Psicologia Revista***,* São Paulo, v. 23, n*.* 2, p. 245-260, 2014.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 973-982, 2011.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?**Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3. p. 239-262, 1993.

FERREIRA, J. L. N.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Revista de Saúde Coletiva***,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1119-1142, 2010.

OLIVEIRA, U. F. **Caracterização das intervenções em grupo na rede básica de saúde em Natal/RN.** Natal, RN.Originalmente apresentada como dissertação de

mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2001.

OLIVEIRA, E. DE; ENS, R. T.; FREIRE, A. D. B. S.; MUSSIS, C. R. DE. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional***,* Curitiba, v. 4, n. 9, p.1-17, 2003.

OSÓRIO, L. C. ***Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma* era.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador, BA. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007.

PENA, K. DA S.; ROCHA, C. F. **A participação de usuários em grupos de controle do tabagismo: uma revisão de literatura.** Porto Alegre: RS. Originalmente apresentado como Trabalho de Conclusão de Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2013.

SANTOS L. M.; DA ROS M. A.; CREPALDI M. A., RAMOS L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 49, n. 2, p. 346-52, 2006.

SANTOS, A. O; CASTRO, E. O. Demanda por grupos, psicologia e controle. **Psicologia & Sociedade,** Belo Horizonte*,* v. 23, n. 2, p.325-331, 2011.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da Universidade de Santa Maria**, Santa Maria, v. 6, n. *3*, p.350-359, 2016.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v. 9, n. 16, p.91-104. 2005.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ I. C. S.; COSTA L. E. D.; OLIVEIRA D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem***,* Porto Alegre, v. 26, n. 2, p.147-53. 2005.

SOUZA, L. G. S. **Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo.** Vitória, ES. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.

VÁSQUEZ, M. L.; SILVA, M. R. F.; CAMPOS, E. S.; ARRUDA, I. K. G.; DINIZ, A. S.; VERAS, I. L.; PEREIRA, A. P. C. Participação social nos serviços de saúde:

concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública***,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, 2003.

WHO. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá***.* Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986, p.11-18.

Xavier, A. S. **Promoção e prevenção da saúde do homem na Unidade de Saúde do Barro Vermelho – Marechal Deodoro/AL – uma proposta de intervenção**. Belo Horizonte, MG. Originalmente apresentado comoTrabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

ARTIGO 2.

Práticas sociais de profissionais de Saúde da Família: observação participante em atendimentos de grupos.

RESUMO

O cuidado dirigido a grupos faz parte das atribuições dos profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, no Sistema Único de Saúde. O objetivo desta pesquisa foi investigar práticas sociais de profissionais de Saúde da Família em suas atividades de organização e coordenação de atendimentos em grupo. Para isso, foram realizadas dezoito sessões de observação participante em seis atendimentos em grupo, de três distintas Unidades Básicas de Saúde. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática. A partir da análise dos dados, os grupos foram inseridos em três categorias: 1) Atividades Manuais como favoráveis à promoção da saúde, nos quais a produção manual era usada como recurso para alcançar os objetivos do grupo; 2) Grupo como espaço de orientações e organização de demanda, que se caracterizavam por reunir pessoas que procuravam a Unidade de Saúde com objetivos comuns e realizar orientações em saúde; 3) Grupo como espaço de escuta e expressão, em que os encontros possuíam desenho aberto, sendo espaço de escuta, mobilização do diálogo e integração. Observou-se, na maioria dos grupos, a presença de práticas de orientação normativa em saúde, o predomínio do modo aula na condução dos grupos pelos profissionais, tendo os grupos se aproximado do paradigma

biomédico. Dentre os grupos pesquisados, apenas em um foi possível constatar maior abertura para escuta e expressão dos usuários.

Palavras chaves: práticas sociais, atendimento grupal, Atenção Primária à Saúde, representação social, Sistema Único de Saúde.

Social practices of Family Health professionals: participant observation in group visits

ABSTRACT

Group-directed care is part of the attributions of the professionals that integrate the Family Health teams in the Unified Health System. The objective of this research was to investigate social practices of Family Health professionals in their activities of organization and coordination of care in the group. For that, eighteen participant observation sessions were carried out in six group visits, from three different Basic Health Units. The data were analyzed through the Thematic Content Analysis. From the analysis of the data, the groups were inserted into three categories: 1) Manual Activities as conducive to health promotion, in which manual production was used as a resource to achieve the group's objectives; 2) Group as a space of guidelines and demand organization, which were characterized by gathering people who sought the Health Unit with common goals and conduct health guidelines; 3) Group as a space of listening and expression, in which the meetings had open design, being a listening space, mobilization of dialogue and integration. In most groups, the presence of normative practices in health was observed, the predominance of the classroom mode in the groups' conduction by the professionals, and the groups approached the biomedical paradigm. Among the groups surveyed, only in one case was it possible to verify greater openness for listening and expression of users.

Keywords: social practices, group care, Primary Health Care, social representation, Single Health System.

Prácticas sociales de profesionales de Salud de la Familia: observación participante en atendimientos de grupos

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue investigar prácticas sociales de profesionales de la Salud de la Familia en sus actividades de organización y coordinación de las atenciones em el ámbito de la salud en grupo. Para ello, se realizaron dieciocho sesiones de observación participante en seis atendimientosen grupo, de tres distintas Unidades Básicas de Salud. Los datos fueron analizados por medio del Análisis de Contenido Temático. A partir del análisis de los datos, los grupos fueron insertados em tres categorías: 1) Actividades Manuales como favorables a la promoción de la salud, em los cuales la producción manual era usada como recurso para alcanzar los objetivos del grupo; 2) Grupo como espacio de orientaciones y organización de demanda, que se caracterizaban por reunir personas que buscaban la Unidad de Salud con objetivos comunes y realizar orientaciones en salud; 3) Grupo como espacio de escucha y expresión, en que los encuentros poseían diseño abierto, siendo espacio de escucha, movilización del diálogo e integración. Se observó, em la mayoría de los grupos, la presencia de prácticas de orientación normativa en salud, el predomínio del modo de clase em la conducción de los grupos por los profesionales, teniendo los grupos aproximados al paradigma biomédico. De entre los grupos investigados, solo em uno fue posible constatar mayor apertura para escucha y expresión de los usuarios.

Palabras claves: prácticas sociales, atención grupal, Atención Primaria a la Salud, representación social, Sistema Único de Salud.

3. 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, ponto preferencial de acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), organiza-se a partir das diretrizes gerais do SUS, dentre elas: universalidade no acesso, longitudinalidade do cuidado, humanização, equidade, participação social e integralidade. Tem como características o desenvolvimento de ações individuais e coletivas voltadas para a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos e manutenção da saúde, a fim de desenvolver uma atenção integral, articulando o cuidado dos usuários ao contexto familiar, ambiental, social em que os mesmos estão inseridos (BRASIL, 2012).

Visando a garantir a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica conforme os princípios do SUS. Cada equipe de ESF assume o cuidado da população adscrita em sua área de abrangência e, de acordo com as necessidades identificadas, elabora e desenvolve ações de cuidado adequadas aos problemas existentes. Composta por equipe multiprofissional, a ESF possui no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Além desses profissionais, é permitida, nas equipes de Saúde da Família, a inserção de profissionais de saúde bucal, assim como de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tais como psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, educador físico, odontólogo, nutricionista, entre outros, que atuam em conjunto com os profissionais da ESF,

cuja composição é definida pelos gestores municipais e equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Dentre as ações comuns a todos profissionais da ESF, tanto dos profissionais da equipe mínima, quanto dos que atuam no NASF, encontra-se o atendimento em grupos. Contudo, percebe-se que as atividades em grupo tendem a ser uma prática complementar na ESF, e não um componente relevante do projeto terapêutico dos usuários (BRASIL, 2010a).

Os grupos, como estratégias de atenção à saúde, podem assumir diferentes perspectivas, dependendo do tema a ser trabalhado, da condução e dos objetivos, podendo ser, por exemplo, grupos de educação em saúde, terapêuticos, de treinamento, de geração de renda, motivacionais, entre outros. Entretanto, uma característica importante para todas as modalidades é a capacidade de propiciar o aumento do grau de autonomia e do autocuidado dos participantes (BRASIL, 2010a).

Alguns elementos são constantes nas variadas abordagens teóricas de grupo. O primeiro deles refere-se à atenção que tem que ser dada à demanda que deu origem ao grupo. Articulados à demanda, encontram-se os objetivos e as motivações dos participantes para se integrarem. Tais aspectos permitem a construção da identidade e consequentemente o grau de coesão ou desintegração. Além disso, é possível identificar, a partir das relações de interação e comunicação dos participantes, como estão distribuídos os papeis e funções entre eles, assim como formas de controle, cooperação e conflitos. Entendendo que quanto mais democráticas e abertas forem as formas de interação, comunicação e participação,

mais perto o grupo estará de produzir bons resultados (AFONSO, 2006).

Diversos autores contribuíram para o desenvolvimento das teorias de grupo. É de especial relevância o trabalho de Pichon-Rivière, que introduziu os grupos operativos. Para Pichon-Rivière, os membros do grupo reúnem-se em torno de uma tarefa em comum, que possui aspectos explícitos e implícitos. Seu objetivo é propiciar aos participantes um processo de aprendizagem em que os membros tanto aprendem uns com os outros, assim como ensinam. Além de promover a transformação subjetiva e dos processos grupais, o grupo funciona como instrumento de mudança da realidade material e social, que é possível por meio da participação crítica e criativa de seus membros (PICHON-RIVIÈRE, 1970/2005; AFONSO; VIEIRA-SILVA; ABADE, 2009; BASTOS, 2010).

O grupo operativo caracteriza-se “por ser um espaço de escuta, em que o coordenador indaga, pontua, problematiza as falas para dar oportunidade para seus integrantes pensarem, falarem de si e poderem elaborar melhor suas próprias questões” (BASTOS, 2010, p.167). Organiza- se a partir dos vínculos dos integrantes entre si e com o grupo, que são a base para os processos de aprendizagem e comunicação.

No SUS, as atividades grupais desenvolvidas estão voltadas tanto para prevenção de doenças quanto para promoção da saúde. Os grupos de prevenção são específicos para tratamento, controle e prevenção de agravos, enquanto os grupos de promoção da saúde contemplam a dimensão biopsicossocial, dessa forma, espera-se do coordenador do grupo uma escuta ativa das demandas grupais, a facilitação do “desenvolvimento de atitudes capazes de interferir na

autonomia e comportamentos direcionados à mudança contínua dos níveis de saúde e vida” (SANTOS; DA ROS; CREPALDI; RAMOS, 2006, p.350).

O objetivo desta pesquisa foi investigar práticas sociais de profissionais de Saúde da Família em suas atividades de organização e coordenação de atendimentos em grupo. A Teoria das Representações Sociais foi adotada como referencial teórico, a fim de analisar falas e comportamentos não-verbais dos coordenadores de grupo; assim como para identificar elementos de representações sociais presentes nos comportamentos dos profissionais sobre objetos relevantes para essas práticas, tais como saúde, promoção de saúde, Sistema de Saúde e usuários.

As representações sociais são definidas como sistemas de crenças, atitudes e imagens, construídos e compartilhados coletivamente, que possuem como função a orientação de comportamentos. Tais representações são constituídas de modo ativo e dinâmico pelos próprios sujeitos, através da interação e comunicação. Mostram-se como teorias de senso comum sobre um tema, permitem que ações, pessoas, sentimentos sejam explicados e descritos, e “se apresentam como uma ‘rede’ de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluidas que teorias” (MOSCOVICI, 2003, p.210).

Dentre as funções das representações sociais, destacam-se quatro. Uma delas compreende a função de saber, que significa que as representações possibilitam a compreensão e explicação da realidade. Outra função, a identitária, permite que os sujeitos elaborem uma identidade social e pessoal, e protejam a

especificidade dos grupos dos quais fazem parte. A função de orientação significa que as representações guiam os comportamentos e as práticas. Por fim, a função justificadora diz respeito ao papel das representações nas justificativas das tomadas de posição e dos comportamentos (ABRIC, 1998).

As representações sociais estão estreitamente ligadas às práticas. Práticas sociais são sistemas de ações, produzidos sócio-historicamente e implicando atribuição de papeis, realizadas pelos sujeitos e grupos em relação aos objetos com os quais interagem. As ações que compõem as práticas contribuem tanto para manutenção de representações sociais, quanto para sua transformação. É importante destacar que as práticas sociais não se resumem a ações, pois, para que sejam consideradas práticas sociais, é necessário que possuam um significado em uma rede de representações (ABRIC, 1994; SOUZA, 2012). Dessa forma, a partir da análise das práticas e representações sociais dos coordenadores, pretende-se compreender processos psicossociais que permeiam a atividade de coordenação de grupos em contextos de Saúde da Família.

3. 2 MÉTODO

Para alcançar os objetivos citados, foi utilizada uma abordagem qualitativa exploratória, com a técnica de observação participante. Como características da pesquisa qualitativa, apresentam-se a compreensão dos fenômenos em suas múltiplas dimensões, o foco na interpretação, a ênfase na subjetividade (dado que se busca a perspectiva dos participantes) e a flexibilidade ao conduzir a pesquisa

(DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

3. 2.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 16 profissionais de nível superior coordenadores de atendimentos de grupo de três Unidades de Saúde da Família (USF) de uma cidade de médio porte do sudeste brasileiro. Dentre esses profissionais, sete faziam parte de equipes mínimas das USF (medicina e enfermagem) e nove compunham Núcleos de Apoio à Saúde da Família (fonoaudiologia, serviço social, educação física, psicologia, farmácia). Em cada USF foram observados dois grupos e, por vezes, o mesmo profissional era responsável pela coordenação de mais de um grupo.

3. 2. 2 Instrumentos e procedimentos

A observação participante foi realizada em três USF diferentes e, em cada uma delas, foram observados dois grupos. Em cada grupo, foram acompanhadas três sessões de atendimento coletivo, dessa forma, sendo seis o número de grupos, foram observados 18 encontros ao todo.

A coleta de dados consistiu na observação dos atendimentos e no registro das observações em um caderno de campo, onde foram anotadas informações sobre arranjos espaciais e temporais, comportamentos, relações de profissionais e usuários. Além disso, os atendimentos foram gravados em áudio de forma a registrar especialmente as falas dos profissionais.

A pesquisa foi realizada mediante aprovação da Secretaria de Saúde do município participante e do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Espírito Santo com parecer número 1.822.166, tendo os participantes sido informados do caráter voluntário da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. 2. 3 Análise dos dados

Os dados produzidos tanto com os registros de campo como com as gravações das falas dos profissionais foram transcritos integralmente e, para realizar o tratamento e análise dos dados, foi empregada a análise de conteúdo temática. Esse método busca os sentidos presentes nas palavras e frases através de procedimentos sistemáticos. Campos (2004) afirma que esta técnica, além de estar voltada ao conteúdo manifesto, também se debruça sobre os conteúdos presentes nas figuras de linguagem e entrelinhas.

A análise foi feita em três etapas. A primeira etapa diz respeito a uma leitura panorâmica dos dados. Essa leitura inicial é importante para que o pesquisador tenha contato direto e intenso com o material “tentando apreender de uma forma global as idéias principais e seus significados gerais” (CAMPOS, 2004, p.613). A segunda etapa consistiu na seleção das unidades de análise ou unidades de significados, neste caso os temas. Por fim, a terceira etapa correspondeu ao processo de categorização. Os temas são agrupados segundo sua proximidade em categorias. Nessas categorias, eles exprimem “significados e elaborações

importantes que atendam aos objetivos do estudo e criem novos conhecimentos" (CAMPOS, 2004, p. 614). Depois de identificados os temas, eles foram articulados em relatos cursivos sobre cada grupo observado, que compõem o tópico a seguir.

3. 3 RESULTADOS

Os seis grupos observados foram os seguintes: Grupo de Mulheres, Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista, Grupo de Planejamento Familiar, Oficinas Terapêuticas, Grupo de Idosos e Grupo de Pais. Segundo os profissionais, dentre esses grupos, quatro classificavam-se como de "promoção da saúde apenas" e dois como de "prevenção de doenças e promoção da saúde" simultaneamente (Grupo de Pais e Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista). A frequência dos encontros dos grupos variou de encontros semanais (Grupo de Mulheres, Oficinas Terapêuticas), quinzenais (Grupo de Pais, Grupo de Idosos) e mensais (Planejamento Familiar). O Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) possuía frequência inicial de quatro encontros semanais, depois de dois encontros quinzenais e, em seguida, de um encontro mensal, durante um ano, para manutenção.

O GATT era realizado segundo orientação específica do Ministério da Saúde, com delineamento pré-estabelecido dos encontros. O grupo de Planejamento Familiar foi criado e era desenvolvido devido a uma solicitação da direção da USF e, segundo profissionais responsáveis por conduzir o grupo, o atendimento coletivo era uma das formas estabelecidas para responder a

demandas específicas relacionadas ao controle de natalidade. Os outros grupos foram construídos por livre iniciativa dos profissionais.

A análise de conteúdo temática permitiu a identificação de três categorias que agruparam os atendimentos de grupo segundo similaridades no modo de condução dos profissionais. Esses modos de condução podem ser classificados como: Atividades manuais como favoráveis à promoção da saúde; Grupo como espaço de orientações e organização de demanda e Grupo como espaço de escuta e expressão. Essas categorias são detalhadas a seguir, concatenando em forma textual os núcleos de sentido verificados na análise temática. Como subtópicos, encontram-se descrições gerais do funcionamento das sessões observadas.

3. 3. 1 Categoria 1. Atividades manuais como favoráveis à promoção da saúde

Dois dos grupos observados caracterizaram-se por ter como atividade principal a produção manual e o uso dessa atividade como recurso para promover socialização, construção de vínculos, rede de apoio, trocas de experiências e novos aprendizados, conforme descrição de objetivos do grupo feitas pelos profissionais responsáveis pela coordenação. A seguir, encontra- se relato sobre o funcionamento geral de cada um desses dois grupos.

3. 3.1.1 Grupo de Mulheres

Desenvolvido no auditório da Unidade Básica de Saúde, os encontros

tiveram duração média de 68 minutos e foram conduzidos pela enfermeira, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e auxiliar de laboratório. Entretanto, apenas em um dos encontros estiveram presentes todas as profissionais. Nos outros, estiveram presentes no mínimo duas coordenadoras. As participantes, todas do sexo feminino, sentavam-se, em geral, em cadeiras dispostas ao redor da mesa. Compareceram cinco mulheres na primeira sessão observada, três na segunda e seis na terceira.

No primeiro momento dos encontros, as participantes assinavam a lista de frequência e se acomodavam nas cadeiras dispostas. Em um dos atendimentos, quando uma participante se sentou mais afastada, foi convidada pelas profissionais e outras usuárias a se aproximar. Esse momento era marcado pela espera por outras participantes e organização, por parte das coordenadoras, dos materiais a serem utilizados no dia, por conversas entre usuárias e profissionais sobre temas como assuntos cotidianos e experiências pessoais, em que profissionais parabenizavam comportamentos saudáveis e profissionais e usuárias adotaram postura descontraída. Por exemplo, quando uma usuária disse que estava tentado parar de fumar, mas que em muitos momentos sentia vontade, a enfermeira disse: “já pensou em fazer uma lista, assim, de coisas boas que você tá ganhando sem o cigarro? Pra você fazer uma lista e deixar em um lugar que você vê, toda vez que você sentir vontade, toda vez que você pensar em desistir”.

Durante o desenvolvimento das atividades propostas nos encontros, todas as participantes responderam às perguntas que foram feitas pelas profissionais e trocaram informações sobre gostos, atividades realizadas recentemente,

experiências vividas. Em tais conversas, profissionais fizeram algumas orientações para as participantes, como, por exemplo, a orientação de ir à praia, de pensar em pontos positivos de momentos ruins, de adotar formas mais saudáveis para se alimentar e reaproveitar alimentos, e reforçaram comportamentos saudáveis, como o da usuária que estava deixando de fumar. Em diversas ocasiões, riam do que era falado. Mas, em muitos momentos, as conversações giraram apenas em torno da atividade realizada e profissionais não exploravam em maior profundidade temas trazidos pelas usuárias. Por exemplo, em um dos em encontros uma usuária fez comentários sobre problemas que estava enfrentando e a enfermeira, responsável pela coordenação do encontro naquele dia, apenas comentou: “ah, aí não é legal não”, “entendi”, “uhum”, enquanto usuária falava. Neste momento, como em muitos outros, não se utilizou os recursos de formular questões à usuária, em maior profundidade e de lançar o tema ao grupo, para elaboração coletiva.

Coordenadoras direcionavam as participantes sobre qual atividade fazer. Em um dos encontros, produziram-se guirlandas natalinas; em outro, foi realizado um amigo secreto e usuárias coloriram um círculo apontando como se sentiam em relação a determinados aspectos (lazer, intelecto, saúde, vida financeira, amor, espiritualidade, trabalho e carreira, amigos e família) e, no terceiro encontro, foi preparada uma receita de comida saudável. As usuárias, por sua vez, questionavam as profissionais sobre o que fazer. Em alguns encontros, foram feitas sugestões de atividades para as próximas sessões. Entretanto, por mais que fossem propostas atividades por parte das usuárias, as profissionais é que

definiram o que seria realizado. Uma situação que exemplifica tal afirmativa se refere a encontro em que uma usuária sugeriu receita fora do padrão de comida saudável e uma profissional, ao ouvi-la, repreendeu a ideia. A usuária sugeriu então que preparassem a receita na UBS, mas que comessem do lado de fora. Algumas sugestões de usuárias foram aproveitadas da forma que foram propostas e outras com modificações. Em um dos encontros, a enfermeira se confundiu e, ao invés de falar “encontro”, disse “aula”, ao se referir a uma sessão do grupo. Imediatamente, uma usuária questionou: “na outra aula?”, e enfermeira ao perceber que disse isso, corrigiu-se, falando “ai, gente, no outro dia, no outro encontro”. Em alguns encontros, profissionais reforçaram a importância de as usuárias convidarem novas integrantes para o grupo.

Nos momentos finais dos encontros, eram realizados e relembrados acordos para os próximos. Em uma das sessões, profissionais destacaram que o grupo era um espaço de trocas saudáveis, em que aprenderiam sobre receitas saudáveis, poderiam marcar exames ginecológicos, e que usuárias, junto de profissionais, participaram de ações de promoção de hábitos saudáveis na USF. Por fim, profissionais junto das participantes do grupo compartilhavam um lanche antes de irem embora.

3. 3.1.2 Grupo de Idosos

Desenvolvido no auditório da USF, os encontros duraram em média 68,66 minutos e foram conduzidos por psicóloga, farmacêutica e assistente social. Em

alguns encontros, houve participação de uma agente comunitária de saúde e de um agente de vigilância sanitária. Em cada encontro, apenas um profissional de nível superior ficou responsável pela coordenação. As cadeiras, onde os participantes se sentavam eram, em geral, dispostas em círculo ao redor da mesa, com exceção de um encontro, em que as cadeiras, em círculo, estavam voltadas para a profissional. No primeiro encontro, estiveram presentes três participantes do sexo masculino e seis do sexo feminino e no segundo e terceiro encontro dois homens e três mulheres.

Nos primeiros momentos das sessões observadas, os profissionais descreviam a atividade que seria realizada no dia e usuários faziam perguntas sobre saúde, com temas como vacinação, por exemplo. Em um dos encontros, a atividade do dia consistiu em uma palestra sobre dengue, com discussão conduzida por profissionais, a fim de verificar práticas corretas e incorretas em relação à doença. Entretanto, o profissional responsável apontou que, de forma geral, as atividades principais dos demais encontros eram atividades manuais, cujas temáticas, nos encontros observados, foram propostas pelos profissionais. Em dois dos três encontros, profissionais colocaram músicas para tocar, pediram a usuários sugestões de músicas e usuários e profissionais cantarolaram a música tocada enquanto desenvolviam a atividade manual que, em um dos encontros, consistiu na produção de cartazes sobre desejos para o ano de 2017 e, em outro encontro, na produção de máscaras carnavalescas.

Durante os dois encontros em que foram realizadas atividades manuais, usuários se mantiveram concentrados durante a produção, conversando entre si,

pedindo/trocando materiais, assim como explorando materiais e escolhendo o que iriam utilizar para confeccionar os objetos. Prestaram atenção quando os profissionais falavam e conversavam entre si, compartilhando espontaneamente histórias pessoais com o grupo. Entretanto, profissionais não discutiam com usuários os temas trazidos. Por exemplo, uma usuária comentou que, quando era jovem, saía de casa para dançar. Neste momento, o único comentário realizado pela coordenadora do grupo referiu-se ao fato de ela possivelmente sentir saudade: “que delícia, você deve sentir saudade”, não abordando outras questões que seriam possíveis de serem discutidas a partir da fala da usuária. Nos momentos finais das sessões de atendimento em grupo, profissionais apontavam datas dos próximos encontros e usuários levantavam-se, despediam-se e iam embora.

3. 3. 2 Categoria 2. Grupo como espaço de orientações e organização de demanda

Dois dos grupos inseridos nesta categoria foram propostos como forma de organizar demandas específicas emergentes na Unidade. Um deles estava voltado para atender usuários que buscavam algum método contraceptivo e o atendimento em grupo era um espaço de orientação sobre os métodos disponíveis. O outro grupo formado a partir dessa lógica surgiu com a necessidade de reorganização da agenda do psicólogo. O espaço grupal era visto como uma forma de orientar o maior número de pais para lidar com as demandas de crianças

e adolescentes. O terceiro grupo, também inserido na categoria em questão, diz respeito ao Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista, voltado para pessoas que buscavam auxílio no processo de cessação do fumo. Abaixo, segue a descrição dos encontros observados.

3. 3. 2. 1 Grupo de Planejamento Familiar

Desenvolvido no auditório da USF, os encontros tiveram duração média de 21,33 minutos e foram conduzidos por médico e enfermeiro, sendo que cada encontro foi conduzido por profissionais de diferentes equipes. Estiveram presentes no primeiro encontro um homem e uma mulher, três homens e duas mulheres no segundo, e cinco homens e oito mulheres no terceiro. Em geral, todos os participantes mantiveram-se sentados em cadeiras voltadas para mesa em que profissionais expunham um pôster sobre métodos contraceptivos.

No início dos atendimentos em grupo, os profissionais apresentavam-se, explicavam o fluxo de atendimento individual após o atendimento coletivo e apontavam que seria realizada uma apresentação sobre métodos contraceptivos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Em seguida, o profissional de medicina fazia a apresentação sobre os métodos. Em dois encontros, dentre os três observados, disponibilizou-se aos participantes um tempo para que eles expressassem dúvidas e em um desses encontros as dúvidas foram expostas ao longo da apresentação. Os profissionais ficaram em pé ao falar para o grupo. Os usuários observavam atentamente os profissionais e estes olhavam para os

usuários enquanto falavam. Por fim, após a apresentação, profissionais explicavam mais uma vez o fluxo de atendimento individual e os participantes foram direcionados aos consultórios.

3. 3.2.2 Grupo de pais

Desenvolvido tanto no auditório da USF, quanto em sala de profissionais, os encontros duraram em média 99 minutos e foram conduzidos por assistente social, educador físico e psicóloga. Entretanto, nas três sessões observadas estiveram presentes apenas dois dos profissionais responsáveis. Participaram do primeiro encontro quatro pessoas, cinco no segundo e sete no terceiro, todas mulheres. Embora chamado de “Grupo de pais”, estiveram presentes apenas mães. Profissionais e usuárias mantiveram-se sentados em cadeiras dispostas em círculo.

De forma geral, no primeiro momento do grupo, profissionais apresentavam-se para as participantes e explicavam o objetivo do grupo, que era acolher as demandas da psicologia, oferecer suporte em grupo e, se fosse o caso, encaminhar para atendimento psicológico individual. Destacavam que as informações ditas ali eram sigilosas e que contavam com a discrição das demais participantes sobre os casos que fossem contados em grupo. Em um dos encontros, uma usuária questionou a pertinência de um educador físico no grupo e tal profissional, junto da psicóloga, explicou a importância do trabalho multidisciplinar na Atenção Básica à Saúde.

Profissionais pediram para as usuárias que se apresentassem e que falassem/explicassem o motivo de terem buscado atendimento psicológico. As participantes falavam, cada uma por vez, sobre seu caso e todos os profissionais, ao decorrer da fala das usuárias, faziam algumas perguntas sobre cada caso. Para participantes que já tinham estado presentes em outros encontros, os profissionais pediam que discorressem sobre as novidades do caso.

Enquanto as usuárias falavam, os profissionais faziam orientações sobre como pais (em geral) poderiam conduzir o caso. Os casos sempre envolviam os filhos como, por exemplo, buscar atendimento médico, impor limites, fazer exames, inserir em grupos de atividade física, procurar a escola para conversar, etc. Diante dessas questões, os profissionais praticavam um tipo de aconselhamento psicológico ou “de saúde”. A seguir, alguns exemplos de orientações transmitidas por eles: “a gente volta a falar que precisa ter limite, que precisa ter horário, ter regra, não que não possa [brincar], mas eu acho que tem que ter um horário fixado”, “o que a gente teria para passar para você hoje, assim, é ter esse espaço mesmo (...) dar essa liberdade, pra quando ela quiser compartilhar alguma coisa, ou de falar mesmo coisa que tá sentindo, sobre o sentimento, que é difícil mesmo”, “a ioga, a meditação, é uma coisa muito indicada para essa questão de trabalhar a ansiedade, os exercícios respiratórios, concentração. Se sabe que não é todo mundo que se identifica, mas quem quiser experimentar, né, é aberto, é gratuito”, “bater não é o melhor, não é a solução”, “eu acho que vale a pena de repente você conversar com a pediatra e ver essa questão aí [a alimentação da criança]”, “eu penso pelo menos, o ideal assim... é você tentar ter mais paciência com o menino”.

Em alguns momentos, apontavam que determinados comportamentos da criança eram naturais da idade. A título de exemplo, cita-se fala do educador físico que afirma para usuária que o comportamento da criança pode ter relação com fantasias infantis: “e é provável que pode ser uma fantasia, vamos dizer assim. Até porque criança não tem assim, distinção entre sonho, realidade, imaginação, entendeu? Então às vezes elas reproduzem o que ela tá imaginando mesmo”. Usuárias comentavam sobre o caso das outras, fazendo mais perguntas, ou compartilhando experiências pessoais similares, como em um momento em que uma participante fala para outra: “eu acho importante aí no seu caso, a gente como mãe, a gente faz tudo pelos filhos, um pouco é a gente não se culpar”.

Em um dos encontros, uma participante, pediu para falar do seu caso, disse que não sabia que o atendimento seria coletivo e afirmou que não se sentia à vontade para compartilhar experiências em grupo. A psicóloga fez orientações para a mãe sobre o que ela expôs do caso, afirmou que não precisava falar/participar caso não se sentisse à vontade e apontou que a qualquer momento, se mudasse de ideia, poderia retornar para o grupo.

Profissionais faziam perguntas sobre os casos apresentados e registravam as informações em caderno. Após todos discorrerem sobre os casos, os profissionais entregavam um papel com datas dos próximos encontros e reforçavam que, no decorrer dos atendimentos de grupo, conforme avaliação de necessidades, poderiam ocorrer atendimentos individuais. Orientavam participantes a passar na recepção da USF para agendar participação no próximo encontro do grupo. Após isso, todos se levantavam, despediam e saíam.

3. 3.2.3 Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista

Desenvolvido no auditório da USF, os encontros tiveram duração média de 55,33 minutos e foram conduzidos por enfermeira, fonoaudióloga, educadora física, assistente social e psicóloga, que se alternavam na coordenação ao longo dos encontros. Estiveram presentes, no primeiro encontro, seis mulheres e um homem, no segundo, três mulheres e um homem e, no terceiro, duas mulheres e dois homens. Em geral, os participantes mantiveram-se sentados em cadeiras dispostas em semi-círculo.

No primeiro momento dos encontros, os participantes assinavam a lista de frequência e se acomodavam nas cadeiras. Em seguida, todos participantes eram questionados individualmente sobre o processo de cessação do fumo e profissionais parabenizavam o comportamento dos participantes que estavam conseguindo manter a abstinência, assim como orientavam os usuários sobre os efeitos do cigarro durante o processo desintoxicação e faziam outras orientações e sugestões para ajudar no processo de cessação do tabagismo. Uma cena que pode servir como exemplo refere-se ao momento em que a coordenadora orienta participantes a guardarem um cartão em que escreveram a principal motivação para parar de fumar: “principalmente esse último cartão, né, guardar isso e depois quando bater vontade, fissura, voltar a ler o motivo principal, ou preencher mais, mais coisas... pra vocês conseguirem persistir na vitória que é continuar sem fumar, tá bom?”. Outro exemplo de orientação realizada faz referência à fala de

uma coordenadora quando diz que “outra coisa interessante é a gente se conhecer. Se a gente sabe que se sair na rua a tentação vai ser muito forte, e não tem nada em mãos, bota o adesivo quem tá usando adesivo, leva uma goma dentro da bolsa...”.

Foram discutidos, nos encontros, temas como: benefícios ao parar de fumar, recaídas, elaboração de estratégias para prevenção de recaídas; foram feitas orientações sobre alimentos que os participantes deveriam comer, comportamentos que deveriam evitar e foram reforçadas/parabenizadas falas de participantes que remetiam ao cuidado com a saúde e à prevenção de doenças. Enquanto isso, aos participantes que referiam não adotar os hábitos preconizados, havia uma orientação sobre benefícios da alimentação saudável e os riscos de não seguir tais indicações. Por exemplo, quando um participante expôs manter alimentação diferente daquela orientada pela profissional, ela lhe disse: “o senhor é o maior responsável por cuidar do senhor (...) um cafezinho não é alimentação (...) eu tô tentando colocar, é que se a gente não se cuidar, em algum momento o corpo vai cobrar por isso. Nós vamos ter que pagar o preço e o pagamento desse preço é... em alguns casos tem um AVC [Acidente Vascular Cerebral], ficar em cima de uma cama, enfartar e às vezes ter sequelas do infarto”. Usuários foram solícitos quanto aos questionamentos feitos pelas profissionais e mostravam-se à vontade para compartilhar experiências pessoais. Descontraídos, riam com frequência quando alguém dizia algo em tom de piada, ou quando alguém relatava situações engraçadas.

Em um dos encontros, solicitou-se que os participantes elaborassem uma

propaganda sem usar algumas palavras e, durante a execução, profissionais incentivaram todos os usuários a participar. Entretanto, no final da atividade, ficou a cargo dos profissionais a elaboração da reflexão sobre a atividade e das relações com o tema do tabagismo. Aos usuários, pediu-se que comentassem apenas o que tinham achado da atividade. Não lhes foi solicitado que relacionassem a atividade com o tabagismo e, em um momento, a psicóloga, após relacionar o tema com atividade, apontou que era essa a mensagem que queria deixar.

Nos momentos finais dos encontros, eram esclarecidas dúvidas dos participantes, individual e coletivamente. Eram relembradas datas dos próximos encontros e atividades que seriam realizadas. Profissionais apontavam disponibilidade em atender usuários em momentos diferentes daqueles do grupo e afirmavam a importância do grupo como espaço de apoio, a seguir, como exemplo, cita-se trecho de fala da psicóloga: “É muito difícil, não é difícil só para vocês, é difícil para todo mundo e quando a gente tá junto, fica mais fácil a gente conseguir pensar outras estratégias, né. E aí ter apoio. É interessante o apoio de vocês, igual aqui nesse grupo, é importante ter alguém que tá lá e te aponte: ó, isso aqui tá no caminho certo, isso aqui não ta legal, dá pra fazer diferente. Uma das coisas que eu mais gosto aqui no GATT é esse encontro de manutenção. É o primeiro que eu participo, né, mas quando as meninas me explicaram o que é o trabalho, eu achei muito interessante, porque é legal a gente vir pra cá para ter o apoio e ver quais são as dificuldades que cada um tá passando, quais as estratégias que está conseguindo, que às vezes serve para gente também, né”.

3. 3. 3 Categoria 3. Grupo como espaço de escuta e expressão

Dos seis grupos pesquisados, apenas um grupo possuía desenho mais aberto, em que o foco estava voltado para interações que iam além da produção material e das orientações unilaterais, sendo espaço de escuta, mobilização do diálogo, integração. O público-alvo do grupo era de pessoas com “transtornos psicológicos graves”, com diagnósticos reais ou supostos de quadros psicóticos, pessoas em situação de isolamento social, mas também era aberto para outros usuários da USF que tivessem interesse em participar. Segue uma descrição dos encontros observados.

3.3. 3. 1 Oficinas Terapêuticas

Desenvolvidos tanto no auditório da Unidade Básica de Saúde como na sala de reuniões, os encontros tiveram duração média de 47 minutos, e foram conduzidos por uma psicóloga. Estiveram presentes, no primeiro encontro, quatro mulheres e cinco homens; duas mulheres e cinco homens, no segundo e sete mulheres e cinco homens, no terceiro. A profissional e os usuários mantiveram-se sentados em cadeiras dispostas em círculo.

Inicialmente, eram realizadas breves conversações entre usuários e profissional sobre como estavam, impressões do último encontro, discorriam sobre o motivo da ausência de outros participantes, usuários falavam sobre atividades do encontro que gostariam de fazer: “agora que dia que a gente vai marcar um passeio pra praia?”, e eram realizadas algumas orientações, como, por exemplo,

quando a coordenadora respondeu à dúvida de uma usuária sobre vacinação. Durante os encontros, eram discutidos os assuntos trazidos pelos usuários e, em algumas situações, quando a coordenadora julgava que o assunto necessitava de uma escuta para além do grupo, apontava isso ao participante. Como por exemplo, quando um usuário disse “Eu *tô* com tanta preocupação na cabeça, nem imagina, o troço já é ruim...”, a psicóloga afirmou: “Então precisamos conversar individualmente”, abrindo assim outros espaços de expressão dos usuários e não desconsiderando o comentário.

Em um dos encontros, a profissional pediu que algum usuário falasse sobre o que era feito no grupo e uma usuária espontaneamente pediu para falar e apontou algumas atividades que eram realizadas normalmente, como pintura, desenho, quadrilha, festas, passeios, mosaico, relatou que foi um dos participantes que inventou o nome do grupo, entre outras coisas. A psicóloga afirmou que o grupo “não era dela”, e sim de todos, e que este era o motivo de o grupo durar tantos anos (dez anos). Participantes foram solicitados a compartilhar experiências, a planejar as atividades a serem desenvolvidas e a falar sobre a contribuição do grupo para a vida de cada um. Algumas falas dos usuários sobre a contribuição do grupo foram: “Eu conquistei muita coisa (...) liberdade”, “Liberdade, saúde, coragem, ânimo para caminhar”, “Eu parei de ficar internada (...) tem nove anos que não fico internada mais, ficava no Adauto [hospital psiquiátrico], ficava no... fiquei no Santa Angélica [hospital psiquiátrico], no CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], aí, agora, depois que eu *tô* nesse grupo, graças a Deus, eu parei de internar”, “Conquistei tudo de bom e graças a Deus, já me tirou de muito sufoco

(...) ficava só em casa, preso, sem sair para fora, aí depois...", "Ficava dentro de casa preso, não saía para rua, nem gostava de ir para a igreja, aí depois passei a ir na igreja...".

Em outro encontro, a atividade do dia teve relação com acontecimentos da USF. Tendo em vista a saída da diretora da USF, a psicóloga propôs que os participantes escrevessem um cartão de despedida para entregar à diretora, percebida como uma das apoiadoras do grupo. A profissional falou que tinha trazido materiais para confecção dos cartões e que os participantes podiam ficar à vontade para se expressarem da forma que achassem melhor. A coordenadora auxiliava os usuários que diziam não saber o que escrever no cartão, questionando-os sobre o que a diretora significou para o participante, como por exemplo, quando usuário diz: "Eu *to* com minha cabeça vazia hoje, oca, não tem nada na minha cabeça não", a psicóloga respondeu: "Não vem nada? Pensa o que ela significou para você esse tempo todo". Soletrou letras do nome para alguns participantes e, para outros, escreveu-o em um papel, de acordo com as limitações e possibilidades de cada participante. Um usuário auxiliava o outro espontaneamente, por mais que no início da atividade a psicóloga tenha pedido para os que tinham mais dificuldade procurassem a ajuda dos colegas. Durante a confecção de cartões, usuários conversaram entre si e com a profissional sobre a atividade e outros assuntos do cotidiano.

Já no terceiro encontro, psicóloga e usuários organizaram a festa de comemoração dos dez anos do grupo. Ao falar, a profissional buscava olhar para todos. Apontou alguns acordos para próxima semana como, por exemplo, o horário

em que participantes deviam chegar, que roupa usar, relembrou itens da festa (como painel de fotos, *hall* de entrada com itens que já produziram nas oficinas), perguntou qual participante queria auxiliar a apresentação de cada sessão (para recepcionar, fazer discurso, ficar no *hall* de entrada, recolher assinaturas) e conversou com usuários sobre o que cada um podia trazer para comer e beber. Explicou cada momento da festa e solicitou a ajuda dos usuários, anotando em um caderno os acordos feitos no dia. É importante destacar que apesar de a coordenadora apresentar sugestões para os encontros, as atividades eram decididas junto com os usuários, como por exemplo, quando psicóloga disse: “Talvez a gente possa pensar em um mural de histórias. Imagina? Um mural de histórias, essas histórias que a gente tem. Não sei, é uma sugestão”.

A coordenadora avisou aos participantes que já havia convidado, para a festa, algumas pessoas sugeridas pelos usuários. Esses últimos questionaram sobre quais convites já tinham sido entregues, assim como sugeriram novas pessoas: “você mandou quantos convites para o CAPS?”. A psicóloga afirmou que estava selecionando fotos do grupo, que participantes mudaram muito e para melhor com o passar do tempo e, junto com usuários, relembrou momentos compartilhados. Usuários fizeram sugestões de fotos/filmes a serem mostradas e a psicóloga se mostrou aberta a essas sugestões, inserindo-as no planejamento da festa.

A coordenadora apresentou para usuários convites do grupo, entregou três para cada e pediu para que cada um escrevesse o nome e entregasse para as pessoas que gostariam que estivessem presentes na festa. Percebeu-se que,

enquanto alguns usuários demonstravam mais autonomia ao escolher as pessoas que gostariam de convidar, outros indicavam a necessidade de serem autorizados a isso, como por exemplo, quando uma usuária perguntou à coordenadora quem poderia convidar. Alguns usuários escreveram sozinhos os nomes de convidados e a psicóloga escreveu nomes nos convites para usuários que não sabiam escrever, assim como auxiliou aqueles que apresentavam dificuldade. Nesse encontro, um usuário questionou a profissional se ela tinha mudado o nome do grupo e, quando ela respondeu que não, o usuário ficou emocionado, pois foi ele que o havia criado, há anos.

De modo geral, nos encontros, os participantes eram convidados a trazerem sugestões de atividades e os acordos eram realizados durante as atividades em grupo. Além disso, foi possível observar que a participação de cada usuário se fazia de acordo com as possibilidades de cada um, e que os mesmos apresentaram diferentes graus de autonomia.

3. 4 DISCUSSÃO

Observou-se que os grupos inseridos na Categoria 1, denominada “Atividades manuais como favoráveis à promoção da saúde”, tinham como atividade principal a produção de materiais. Os coordenadores, de modo geral, mostraram-se atentos à participação de cada usuário, convidando e incentivando todos a participarem das atividades manuais propostas. Eles é que preparavam e disponibilizavam os materiais para os usuários, assim como orientavam os

mesmos sobre as atividades a serem realizadas.

Durante o desenvolvimento das atividades, usuários e profissionais compartilhavam experiências pessoais, atividades e acontecimentos recentes e, em alguns desses momentos, os coordenadores faziam orientações e parabenizavam comportamentos saudáveis, não explorando de forma aprofundada os temas trazidos pelos usuários, prevalecendo conversações sobre a atividade realizada. Pode-se considerar que tais orientações em saúde e o fortalecimento de comportamentos saudáveis se aproximavam mais de uma visão biomédica restrita da saúde, valorizando aspectos biológicos, baseada na obediência a instruções dos especialistas, do que de uma perspectiva ampliada sobre saúde, que pauta as ações no aumento da capacidade individual e coletiva para lidar com os desafios biopsicossociais, promotora de autonomia (SANTOS; DA ROS; CREPALDI; RAMOS, 2006).

Dessa forma, tais grupos, que se intitulavam “de promoção da saúde”, não cumpriam condições mínimas para esse objetivo, que dizem respeito ao desenvolvimento da autonomia e que, de acordo com Santos, Da Ros, Crepaldi e Ramos (2006) significa um “processo em que os sujeitos ou grupos humanos ampliam suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida dos seus próprios desígnios, com a condição de não causar dano ou malefício a outrem ou à sociedade” (p.347). Outro ponto observado nos grupos da categoria em questão refere-se ao fato de que era permitido aos usuários sugerirem atividades, contudo eram os profissionais que decidiam e adaptavam o trabalho a ser desenvolvido.

A Política Nacional de Promoção da Saúde enfatiza que a ampliação da

autonomia dos indivíduos é um dos objetivos da promoção da saúde e que para alcançar esse objetivo, é necessário o uso de metodologias participativas e inclusão do saber popular e tradicional (BRASIL, 2010b). Nesse sentido, promover saúde não corresponde à realização de orientações ou gestões verticalizadas, mas envolve discutir com o usuário os assuntos que interferem em sua saúde, fortalecendo a participação social.

Pichon-Rivière (1970/2005) aponta que os grupos podem ser instrumentos de transformação da realidade (AFONSO; VIEIRA-SILVA; ABADE, 2009). O papel dos coordenadores é de serem facilitadores nesse processo, auxiliando os integrantes a elaborarem suas ansiedades, romperem com estereótipos e se abrirem para o novo. Logo, no grupo, a escuta pode ser provocativa, na proporção em que o coordenador problematiza o que é dito, desestabilizando modos usuais de posicionamento e permitindo que os integrantes escutem e elaborem a própria fala (BASTOS, 2006). Nos grupos, notou-se que, por vezes, os temas comentados pelos usuários no decorrer dos encontros não eram debatidos ou problematizados pelos coordenadores, que assumiam uma escuta passiva frente à expressão dos usuários. Bastos (2009) insiste que a escuta deve ser uma função ativa, que provoque o sujeito a se colocar e se atentar para sua própria fala.

Em um dos encontros do Grupo de Idosos, uma usuária falou sobre atividades de que gostava e que costumava realizar durante sua juventude e a coordenadora do grupo apenas comentou que a usuária devia sentir saudades da época mencionada. Percebe-se que a fala da coordenadora reforçou imagens naturalizadas sobre a velhice, a saudade da juventude, a impossibilidade de

realizar atividades e de sentir prazer. Isso se afasta das posturas preconizadas pelos autores mencionados para o coordenador de grupo, quais sejam, não reforçar os estereótipos, mas sim contribuir para seu questionamento.

A segunda categoria, nomeada “Grupos como espaço de orientações e organização da demanda”, reuniu três grupos de diferentes públicos-alvo: fumantes, pais (mães) e usuários em busca de métodos contraceptivos. Esses grupos foram criados como uma forma para atender simultaneamente diversos usuários que procuraram a UBS com o mesmo objetivo, assim como no intuito de que os próprios usuários oferecessem suporte uns aos outros e compartilhassem experienciais similares. Nos encontros do Grupo de Planejamento Familiar e GATT os participantes eram orientados de forma geral sobre a temática do grupo. Já no Grupo de Pais, as orientações realizadas eram feitas após a exposição de cada caso, sendo que essa modalidade de orientação ocorreu também em alguns momentos no GATT.

Apesar de esses cinco grupos terem sido reunidos em duas categorias diferentes (1 e 2), verificou-se que os coordenadores compartilhavam práticas e representações sociais semelhantes. Identificaram-se como práticas comuns o predomínio do profissional de nível superior como o responsável por organizar e direcionar os encontros; a prática de “orientação em saúde” e até mesmo de orientação moral proveniente do profissional, representado como aquele que sabe quais comportamentos são adequados, alertando sobre os benefícios e riscos de não seguir as orientações; a prática de seleção, por parte do profissional, dos assuntos que seriam discutidos e das temáticas julgadas relevantes.

Considerando que as práticas sociais são orientadas e justificadas por representações sociais (MOSCOVICI, 2003; ABRIC, 1998), percebe-se que, nos discursos e nos comportamentos dos profissionais, estavam implícitas representações sociais de usuários como pessoas que precisam do serviço de saúde para receber orientações (usuários representados como pessoas desprovidas de saber) e para tirar dúvidas. Cabe lembrar que, em um dos encontros do Grupo de Mulheres, a coordenadora do grupo refere-se a um encontro anterior como “aula passada”, e corrige o termo utilizado após sinalização de usuária. Ou seja, o usuário é ancorado como um “aluno”, “passivo” no processo de cuidado com a saúde. Segundo Moscovici (2003), a ancoragem é um processo sócio-cognitivo de construção das representações que implica a absorção de um objeto em um sistema prévio de categorias, ideias e imagens, neste caso a “aula”, a “pedagogia”. Os profissionais, por sua vez, ancorados como “professores”, eram representados como responsáveis e mais aptos para fornecer tais orientações e para ensinar sobre comportamentos saudáveis.

A maneira como os profissionais conduziam os grupos indica que as representações destes indivíduos estavam mais ligadas à visão restrita-biomédica de saúde, que enfoca aspectos biológicos no processo saúde-doença. Aliado a isso, observou-se que as representações sobre promoção da saúde estavam relacionadas às representações construídas sobre o objeto saúde, dessa forma, promover saúde, para os profissionais, se restringia a desenvolver ações verticalizadas e centradas na figura do especialista, que realizava orientações normativas de saúde.

O serviço de saúde era representado como espaço para desenvolvimento de comportamentos saudáveis e orientações em saúde, entendidos sob uma ótica restrita-biomédica, assim como em atendimentos em grupo observados por Souza (2012). Esse último apontamento pode ser verificado no encontro em que usuária sugere que preparem determinada receita, mas é repreendida pelo profissional de saúde, por se tratar de um prato fora do padrão de comida saudável. Esse acontecimento mostra os limites do enquadramento proposto pelos profissionais, que ao ouvirem a espécie de “rebeldia” da “aluna”, repreendem a mesma, apontando que existe um saber correto a ser transmitido, e que na UBS só cabe esse tipo de saber. Nota-se a falta de lugar para expressão das práticas e representações sociais dos usuários dentro da UBS. Quando a usuária planejou fazer e comer a refeição de que gosta dentro a Unidade, ela foi repreendida mas, quando comentou que poderiam então comer fora da Unidade, nenhum comentário foi realizado, como que se no exterior da “sala de aula” os usuários pudessem fazer o que de fato gostariam.

Observam-se as condições de produção das representações sociais, tais como descritas por Moscovici (1961), a dispersão de informações sobre objetos/sujeitos, a focalização em certos aspectos dessas informações e a pressão à inferência, a necessidade imposta por um meio psicossocial a um sujeito ou grupo de elaborar uma opinião sobre um objeto (SANTOS, 1994). Os profissionais, frente aos problemas colocados no cotidiano, são convocados a elaborar teorias de senso comum em relação aos objetos, que, nos grupos observados, manifestaram-se por meio de práticas de orientação normativa por parte dos

profissionais, pela percepção de que usuários não tinham acesso a conhecimento científico (uma possível explicação pode ser o fato de as Unidades de Saúde se localizarem em bairros de classe popular). Usuários seriam objetos de práticas de saúde dos profissionais que seriam as pessoas apropriadas para disseminarem esse saber. As práticas reforçavam esses elementos de representações sociais sobre usuários e profissionais de saúde, que cumpriam sua função identitária (MOSCOVICI, 1961; ABRIC, 1998), produzindo simbolicamente o endogrupo e o exogrupo.

Notou-se que alguns atendimentos dos grupos das categorias 1 e 2 assumiram a forma de aula, nos quais os coordenadores adotavam o modelo de palestra, realizando instruções aos usuários e estes, por sua vez, em alguns momentos assumiam o papel de *bom aluno*. Uma situação que pode exemplificar tal afirmação se refere ao atendimento em que uma profissional, ao discorrer sobre alimentação saudável, convocou os usuários a falarem sobre alimentação e uma usuária começou a falar com maior frequência do que outros participantes sobre seus hábitos alimentares, que estavam de acordo com a alimentação preconizada pela coordenadora. Ao fazer isso, a usuária era incentivada e parabenizada pelos profissionais presentes. Resultados similares podem ser encontrados no estudo de Souza (2012) que verificou que a maioria dos atendimentos em grupos realizados na UBS pesquisada seguia o formato tradicional de palestra e que, nesses encontros, os usuários também assumiam o lugar de “alunos”.

Nos seis grupos, foi possível verificar uma aproximação entre usuários e profissionais durante o atendimento coletivo, em que se percebeu que ambos

compartilhavam experiências pessoais e adotavam postura descontraída. Uma possível explicação para isso, diz respeito à percepção do atendimento coletivo como espaço privilegiado de contato entre profissionais e usuários, que permitia o estabelecimento de relações de intimidade. Dados de observações realizadas por Souza (2012) indicam existência de relações similares à amizade entre usuários e profissionais nos atendimentos em grupo. Os profissionais tendem a alternar uma postura de “orientação moral e de saúde unilateral” e uma postura de “proximidade irrefletida”, nenhuma das duas correspondendo a recomendações técnicas do campo da psicologia de grupos.

Na terceira categoria criada, intitulada Grupo como espaço de escuta e expressão, apenas um grupo foi inserido, pois foi o único em que as atividades desenvolvidas iam além da produção material e de orientações. Os participantes eram convocados a fazer e planejar junto os encontros. Nas sessões de atendimento, os usuários eram convidados a falar sobre como estavam, pedia-se a opinião dos mesmos sobre como estavam sendo os encontros e as conversações se aprofundavam sobre o tema que cada usuário trazia. Os participantes eram incentivados a auxiliarem outros que possuíam mais dificuldade durante a execução das atividades. Além disso, percebeu-se que a coordenadora do grupo adotava postura “horizontal”, promovendo clima grupal democrático (LEWIN, 1939/1978) junto aos participantes: incentivava-os a contribuir de forma mais efetiva na construção dos encontros e discutia os temas trazidos pelos usuários.

Ademais, apesar de a coordenadora ser responsável por direcionar as atividades, estas eram combinadas com os participantes antes de serem

desenvolvidas. Um ponto importante a se destacar, é que a maioria dos participantes desse grupo possuía algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, o que interferia no grau de autonomia e participação de cada usuário. A título de exemplo, cita-se caso de usuária com histórico de longa internação psiquiátrica e que, nas atividades do grupo, sempre esperava ser autorizada, por mais que coordenadora a incentivasse a decidir sozinha.

3. 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se que, apesar de todos os grupos terem sido definidos pelos coordenadores como “de promoção da saúde”, de modo geral, eles se aproximavam mais de um modelo restrito- biológico, do que de uma visão ampliada sobre saúde. Essa visão ampliada é característica dos grupos de promoção de saúde, que objetivam o aumento do grau de autonomia dos participantes. Dentre as práticas sociais adotadas pelos profissionais, encontrou-se com destaque o “modo aula” ao conduzir os encontros e os profissionais assumiam o papel de professores da saúde. Apenas um grupo demonstrou maior abertura para escuta, expressão, criação de espaço cooperativo, ampliando o foco para além de orientações normativas de saúde.

A promoção da saúde colabora na construção de ações que atendam as necessidades sociais dos indivíduos, assim como enfoca aspectos relacionados ao modo de viver das pessoas que interferem na saúde. Dessa forma, ela pode contribuir no cenário atual, pois entende que o modelo de atenção baseado

apenas no conhecimento biológico é incapaz de responder aos processos de saúde e doença dos indivíduos. Nesse sentido, “promover saúde se impõe pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis, a violência e as novas endemias” (BRASIL, 2002, p.12).

Portanto, grupos que atuam sob a perspectiva da promoção da saúde, trabalham a mobilização comunitária,

> mobilização que tenta romper o individualismo que se tornou uma das principais características das sociedades modernas. Neste espaço atua no fortalecimento da ação comunitária, compartilhando os saberes técnicos e saberes populares e criando condições para a construção de estratégias que têm se mostrado eficazes na abordagem dos problemas de saúde (BRASIL,2002, p.13)

Por isso, faz-se necessário que os coordenadores de grupo adotem comportamentos condizentes com os objetivos propostos pela Política Nacional de Promoção da Saúde, que entende esta em seu sentido mais amplo, englobando valores sociais, subjetivos, históricos e destacando a relevância da autonomia dos indivíduos no cuidado.

Este estudo pretende contribuir para a reflexão sobre as práticas desenvolvidas por profissionais de nível superior em atividade de coordenação de grupo. Entretanto, por terem sido analisados grupos de Unidades de Saúde de um único município, sugere-se que sejam realizados outros estudos do tipo em cidades diferentes, a fim de comparar os resultados com outros locais. Os grupos são importantes instrumentos para a Saúde da Família, uma vez que oferecem um acompanhamento mais próximo e contínuo dos usuários, favorecem o

desenvolvimento da autonomia e do autocuidado e podem contribuir para a mobilização social-comunitária. Dessa forma, estudos que envolvem a temática em questão são fundamentais para o avanço e desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Pratiques sociales, représentations sociales. In: J. C. ABRIC (Org.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994, P. 217-238.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In:PAREDES,A.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos Interdisciplinares de Representação Social.** Goiânia:AB, 1998.

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde: um método de intervenção psicossocial.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006.

AFONSO, M. L. M.; VIEIRA-SILVA, M.; & ABADE, F. L. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 707-715, 2009.

BASTOS, A. B. B. I. A escuta psicanalítica e a educação. **Psicólogo Informação***,*São Bernardo do Campo,v. 13, n. 13, p.91-98, 2009.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicologo informacao**, São Bernardo do Campo, v. 14, n. 14, p.160-169, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Documento para Discussão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

CAMPOS, C. J. G. Método de análise do conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem***,* Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada***,* Blumenau, v; 2, n. 4, p.01- 13, 2008.

LEWIN, K. Experimentos com espaço social. In: K. LEWIN. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1939/1978, P. 87-99.

MORAES, P. R. DE; SOUZA, I. C. DE; PINTO; D. A. DE O.; ESTEVAM, S. J.; MUNHOZ, W. A. A teoria das representações sociais.**Direito em foco/UNISEPE,** 2014. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2014/teoria_representacoes.pdf. Acesso em: 20 set. 2017.

MOSCOVICI, S. **LA psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse.** Paris: PUF, 1961.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em Psicologia Social.**Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1970/2005.

SANTOS, M. DE F. DE S. Representação social e a relação indivíduo-sociedade. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 3, p. 133-142, 1994.

SANTOS L. M.; DA ROS M. A.; CREPALDI M. A.; RAMOS L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista Saúde Pública***,* São Paulo, v. 40, n. 2, p.346-52, 2006.

SOUZA, L. G. S. **Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo.**Vitória, ES. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.

4 DISCUSSÃO GERAL

Esta dissertação teve como objetivo analisar práticas sociais de profissionais de saúde da família em atividade de coordenação de atendimentos em grupo. Para isso, foram desenvolvidos dois artigos empíricos, pelos quais foi possível atingir os objetivos específicos propostos. A seguir, serão apresentados de forma breve os resultados dos estudos realizados e uma discussão sobre eles, além das questões e contribuições decorrentes de cada um.

4. 1 RESULTADOS ENCONTRADOS

O objetivo do primeiro foi investigar crenças elaboradas por profissionais de Saúde da Família sobre as intervenções em grupo, averiguando como esses profissionais entendiam promoção da saúde, prevenção de doenças, concepções sobre a participação dos usuários, pontos positivos e negativos do atendimento coletivo, dentre outros temas que envolvem o trabalho com grupos. Em função disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de nível superior, coordenadores de grupo.

O segundo estudo, por sua vez, procurou analisar falas e comportamentos não verbais dos coordenadores de grupo no momento em que realizavam essa atividade, investigando práticas sociais nos atendimentos grupais e identificando elementos de representações socais presentes no discurso e no comportamento

dos profissionais sobre objetos relevantes para essas práticas, tais como saúde, promoção de saúde, Sistema de Saúde e usuários. Para isso, a metodologia adotada foi a observação participante. Como sugerido por Trindade (1998), partiu das práticas sociais para investigar representações sociais.

No artigo “Concepções de profissionais de Saúde da Família sobre atendimentos em grupo”, identificou-se que, de modo geral, as crenças dos profissionais sobre os temas investigados, promoção da saúde, prevenção de doenças, participação dos usuários, coordenação de grupo, trabalho em equipe, planejamento dos encontros e objetivos do grupo, possuíam grau razoável de acordo com orientações das políticas de saúde e com certas orientações teórico-técnicas do campo da psicologia grupal. Como exemplo, cita-se o entendimento de que o atendimento grupal favorece a criação e o fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais, permitem atender uma quantidade maior de pessoas sem perder a qualidade dos atendimentos, são espaços potenciais para compartilhamento de informações e experiências, para facilitar a adesão a tratamentos, a transformação subjetiva e de relações interpessoais.

Contudo, verificou-se, na fala dos profissionais, que algumas crenças ainda se aproximavam de um modo restrito-biomédico de entender as ações em saúde. Por exemplo, a maioria dos coordenadores afirmou serem os principais responsáveis pela elaboração de atividades e temas a serem discutidos nos encontros e, dependendo da coordenação, demonstraram diferentes graus de abertura para inserção de sugestões e compartilhamento da condução com usuários. Tais discursos podem indicar que, apesar da centralização de saber dos

profissionais, observa-se tentativa de compartilhamento de saberes e práticas, o que sugere mudanças na relação profissional-usuário. Estavam ausentes dos discursos investigados os conceitos referentes aos grupos como intervenção psicossocial e como instrumentos importantes para a mobilização cidadã em vias de transformações civilizatórias. Como foi dito, essas transformações são parte da visão ampla sobre a Reforma Sanitária defendida por autores como Paim (2007).

A construção das atividades e temas entre profissionais e participantes depende do grau de autonomia que os usuários possuem nos atendimentos. Entende-se que a autonomia é fundamental para que se estabeleçam relações democráticas. Autonomia no contexto da saúde significa democratizar as relações entre usuários e profissionais, valorizando diferentes saberes, crenças e valores culturais. Soares (2000) analisa que a ênfase no conhecimento médico, considerado neutro e objetivo, negligencia aspectos culturais e subjetivos no processo saúde- doença, o que leva a um afastamento entre usuário e profissional e diminui a autonomia do sujeito em seu processo terapêutico. Sobre essa relação, o estudo de Souza (2012) identificou que profissionais de Saúde da Família relacionavam-se com os usuários a partir de uma posição em que estes últimos se constituíam mais como objetos do que sujeitos das práticas sócio-sanitárias.

Considerando a relação entre autonomia, princípio norteador das ações de atenção no Sistema Único de Saúde, e democracia (BRASIL, 2010b), destaca-se a importância da militância pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A proposta da RSB implicava em uma ampla reforma social por meio da redemocratização do Estado e seus aparelhos. Portanto, a autonomia

> merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania (...) a informação, a democratização do saber e das relações de poder que são construídas entre profissionais e pacientes, entre Estado – por meio das instituições governamentais – e sociedade civil, as questões éticas aí implícitas e a questão de uma maior autonomia dos cidadãos em relação às suas escolhas e decisões passam a ser centrais (SOARES; CAMARGO-JUNIOR, 2007, p. 74).

Dentre os principais resultados encontrados no segundo estudo, observa-se que os grupos eram conduzidos de três formas distintas, sendo categorizados da seguinte maneira: Atividades manuais como favoráveis à promoção da saúde; Grupo como espaço de orientações e organização da demanda; e Grupo como espaço de orientações e expressão. De modo geral, nos grupos da primeira e segunda categorias, identificaram-se, como práticas comuns, o predomínio do profissional como o responsável por direcionar os encontros, a prática de orientação unilateral em saúde e de orientações morais. Infere-se que, nos discursos e práticas dos profissionais, estavam implícitas representações sociais dos usuários como “alunos” que precisam ser orientados sobre o cuidado com a saúde, e de que o serviço de saúde era entendido como espaço de desenvolvimento de comportamentos saudáveis, sob uma ótica restrita-biomédica. Apenas um grupo inseriu-se na terceira categoria, uma vez que os atendimentos desse grupo não se restringiam a orientações normativas e propiciavam espaço de escuta e expressão aos usuários.

No discurso e práticas dos profissionais, verificou-se ênfase dada à realização de atividades manuais no processo grupal. O papel das atividades manuais variou entre os grupos e em diferentes encontros. Em alguns deles, elas

eram o foco principal e, em outros, constituíam-se como disparadores de reflexão. Afonso (2006) discorre que os coordenadores de grupo precisam se atentar para o uso de técnicas grupais, pois estas devem auxiliar o grupo no processo de reflexão e elaboração dos temas centrais do grupo, não devendo ser o foco do atendimento.

A teoria das Representações Sociais enfatiza a relação entre as representações construídas sobre determinados objetos e as práticas cotidianas dos indivíduos. Nesse sentido, pode-se afirmar que as representações correspondem a crenças/conhecimentos elaborados coletivamente que orientam as ações, comportamentos (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014). O estudo das representações sociais pode auxiliar na compreensão dos fatores que levam o indivíduo a se comportar de determinada forma frente às diversas situações.

Sobre a elaboração das representações, Camargo e Bousfiel (2014) destacam que, apesar de elas serem construídas de modo coletivo, cada indivíduo lida com esse conhecimento de forma diferente, de acordo com as experiências que vivenciaram, posição no grupo, fatores ambientais, dentre outros. Nas entrevistas e observações realizadas, pode-se perceber diferentes modos de se pensar o processo de saúde e doença e distintas formas de coordenação de grupos.

Apesar da ligação entre as representações e práticas sociais, as práticas não refletem, necessariamente, as ideias e crenças sobre os objetos, podendo haver discrepâncias e inconsistências entre as expressões verbais e as práticas adotadas em relação ao mesmo objeto (TRINDADE, 1998). Nesta dissertação, que

utilizou duas formas de coletas de dados, foi possível observar que enquanto o discurso dos profissionais se aproximava das orientações sobre condução de grupos das políticas de saúde, em suas práticas, os profissionais tendiam a adotar comportamentos que se afastavam de tais orientações. Por exemplo, nas entrevistas, verificou-se que os objetivos dos atendimentos em grupo eram promover espaço de reflexão, expressão, compartilhamento de experiências, socialização e autonomia. Todavia, em alguns dos grupos observados identificou-se foco na orientação unilateral de comportamentos, escuta passiva frente à expressão dos usuários e, em alguns momentos, atividades manuais sobrepondo-se ao processo de elaboração e reflexão do grupo.

4. 2 LIMITAÇÕES E INDICAÇÕES DE PESQUISAS FUTURAS

Esta pesquisa apresentou algumas limitações. Uma delas se refere ao pequeno número de participantes que foram entrevistados. Para esta pesquisa, a quantidade de participantes se justificou pelo interesse de conhecer em profundidade as crenças elaboradas pelos profissionais sobre os atendimentos em grupo. Por isso, sugere-se a realização de levantamentos quantitativos para que seja possível analisar de maneira mais generalizável a atuação dos profissionais de Saúde da Família em atendimentos grupais.

No estudo que teve como metodologia a observação participante, foram observados grupos de três unidades de saúde de um único município. Dessa

forma, o estudo se encontrou limitado também no que diz respeito à generalização. Portanto, sugerem-se pesquisas a fim de comparar os resultados encontrados nesta pesquisa com experiências de outras regiões.

4. 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a importância de políticas públicas que incentivem o trabalho com grupos na Atenção Primária à Saúde, dado que, no discurso dos profissionais, identificou-se que uma das motivações para o desenvolvimento de tal atividade se devia ao lugar de destaque ocupado pelo atendimento grupal nas políticas de saúde. Além disso, é indispensável que ocorram mudanças na formação dos profissionais, uma vez que, em geral, os profissionais entrevistados nesta pesquisa,assim como em outras pesquisas, afirmaram não terem tido suporte técnico suficiente na graduação para atuar com grupos.

Entende-se que o estudo sobre as concepções e práticas adotadas é relevante, na medida em que é por meio da identificação e questionamentos de crenças e comportamentos que se pode transformar padrões de comportamento e estereótipos. Além disso, este estudo pretende contribuir com a formação dos profissionais, bem como para a revisão de práticas já estabelecidas. Por fim, espera-se que este trabalho possa contribuir para adoção de políticas de saúde mais adequadas com o público para o qual se destinam.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Prácticas sociales, representaciones sociales. In: ABRIC, J. C. (Org.). **Prácticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001. p. 195-214.

AFONSO, M. L. M.**Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde: um método de intervenção psicossocial.**São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALMEIDA, A. M. O.;SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas em psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v.8, n.3, p. 257-267, 2000.

Angrosino, M.**Etnografia e observação participante***.* Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.**Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

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

CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. S. B. Em direção a um modelo explicativo da relação entre representações sociais e práticas relativas à saúde: a ideia de adesão representacional. In: CHAMON, E. M. Q. O.; GUARESCHI, P. A.; CAMPOS, P. H. F. **Textos e debates em representação social**.Porto Alegre:ABRAPSO, 2014, p. 261-292.

CAMPOS, P. H. F. O estudo das Relações entre Práticas Sociais e Representações. **Estudos Goiânia**, Goiânia, v. 30, n. 1, p. 51-60, 2003.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise do conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 02 dez. 2017.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DALFOVO, M. S.;LANA, R. A.;SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n.4, p.01- 13, 2008.

FERREIRA, J. L. N.;KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde.**Revista de Saúde Coletiva***,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1119-1142, 2010.

FIGUEIREDO, E. N. de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor**, 2010. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf. Acesso em: 15 maio 2016,

FOCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOCAULT, M. (Orgs.). **Microfísica do** poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, P. 79-99.

FONTANELLA, B. J. B.;RICAS, J.;TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALLHÃES, H. M. M. J.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Eds.), **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, P. 55-124.

FREITAS, L. C. de A. ***Pelos fios do discurso pedagógico: o processo de ensino da escrita nos cursos de Letras/UERN.***Pau dos Ferros, RN. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio Grande no Norte, Programa de Pós-Graduação em Letras, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil***.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 39-46.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M.Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis , v. 15, n. 2, p. 352-358, junho 2006 .

IGLESIAS, A.;DALBELLO-ARAUJO, M. As concepções de promoção da saúde e

suas implicações. **Caderno Saúde Coletiva***,* Rio de Janeiro, v. 19, v. 3, p.281-298, 2011.

IGLESIAS, A.; DE ANDRADE, A. N.; PEIXOTO-PINTO, E. E.; DALBELLO-ARAUJO, M. Promoção da saúde: da política a ação. In: DALBELLO-ARAUJO, M.; WERNER, R. C. D.; CRUZ, S. C. de S. (Orgs.) **Saúde pública em Vitória: vários olhares.**Vitória: Gráfica e Editora Aquarius, 2012, p. 191, 204.

IGLESIAS, A.;GUERRA, B. C.;SOARES, J.; DALBELLO-ARAUJO, M. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia Teoria e Prática***,* São Paulo, v. 11, n. 1, p. 110-127, 2009.

LANE S. T. M. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, M. J. P.(ORG.).**O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1995, P. 58-72.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis**, Rio de Janeiro:Vozes, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.**Salvador, BA. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEIXOTO-PINTO, E. E. **Promoção da saúde: uma nova política pode alterar um paradigma?**Vitória, ES. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, 2008.

RAMOS, L. R.; MALTA, D. C.; GOMES; G. A. DE O., BRACCO, M. M.; FLORINDO, A. A.; MIELKE, G. I.; PARRA, D. C.; LOBELO, F.; SIMOES, E. J.; HALLAL, P. C. Prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública***,* São Paulo, v. 48, n. 5, p. 837-844, 2014.

ROUQUETTE, M. L. Representações e Práticas Sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A. S. P;, OLIVEIRA, D. C. de (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social***.* Goiânia: AB, 1998, p. 39-46.

SÁ, C. P. de. Representações socais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.**São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 19-45,

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SANTOS, L. DE M.; DA ROS, M. A.; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública,**São Paulo, v. 40, n. 2*,* p. 346-352, 2006.

SAWAIA, B. B. Representação e ideologia – o encontro desfetichizador. In: SPINK, M. J. P. (Org.), **O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 73-84.

SCHERER, M., D. DOS A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação***,* Botucatu, v. 9, n.16, p..53-66, 2005.

SCLIAR, M.História do conceito de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação***,*Botucatu, n.7, v. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, K. L.; DE SENA, R. R.; BELGA, S. M. M. F.; SILVA, P. M.; RODRIGUES, A. T. R. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista Saúde Pública***,*São Paulo, v. 48, n. 1, p.76-85, 2014.

SOARES, J. C. R. S. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa.** Rio de Janeiro, RJ. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2000.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 11, n. 21, p. 65.78, 2007.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA L. E. D.; OLIVEIRA D. L. L. C.A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde.***Revista Gaúcha Enfermagem****,* Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, 2005.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. D. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade***,* São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, L. G. S. **Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo.**Vitória, ES. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,

2012.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das Representações Sociais. In: SPINK, M. J. P. (Org.), *O* **conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 85-108.

TRINDADE, Z. A. Reflexão sobre o estatuto as práticas na TRS. Textos para discussão. Anais. **Simpósio Internacional sobre Representações Sociais: Questões Epistemológicas***,*v.1, p. 18-28. Natal: UFRN, 1998.

TUZZO, S. A.; BRAGA, C. F. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa***,* São Paulo, v. 4, n; 5, p. 140-158, 2016.

VESCOVI, R. G. L. ***Representações e práticas sociais construídas por médicos em relação a usuários com sintomas vagos e difusos na Atenção Primária à Saúde.***Vitória, ES. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **Práticas sociais de profissionais da atenção primária à saúde em atendimentos grupais**, cujo objetivo é analisar práticas sociais de profissionais da atenção primária à saúde em atividade de coordenação de atendimentos grupais.

Justificativa e procedimentos da pesquisa: Este projeto de pesquisa se justifica devido à relevância que atendimentos coletivos assumem na Atenção Primária à Saúde. O procedimento de coleta dos dados ocorrerá por meio de observação participante e os atendimentos grupais serão gravados em formato de áudio. Asseguramos o sigilo de todas as informações coletadas e apenas os pesquisadores diretamente envolvidos no projeto terão acesso aos dados.

Benefícios da pesquisa: Os dados coletados possibilitarão a elaboração de trabalhos científicos que contribuirão com a construção de conhecimento sobre a

atuação de profissionais da atenção primária à saúde em atendimentos coletivos.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa: A presença do pesquisador durante as sessões de observação pode provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar e/ou reduzir tais efeitos, a pesquisadora adotará uma postura ética buscando não potencializar a ocorrência dos riscos. Porém, se for constatado algum risco ou dano a participação será encerrada e a pesquisadora dará apoio psicológico e o que mais for necessário para a recuperação do bem- estar da participante.

Garantia de recusa em participar da pesquisa: As observações se iniciarão apenas após autorização dos participantes e consentimento por escrito. O (a) Sr.(a) poderá encerrar sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ao mesmo e caso decida retirar seu consentimento, o (a) Sr.(a) não mais será contatado (a) pelos pesquisadores.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive em qualquer apresentação ou publicação decorrente do mesmo.

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, pode-se contatar a pesquisadora Luana Cantarela no telefone (27)4009-2505 no endereço Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais, ou no e- mail luanacantarela@gmail.com.E caso haja alguma intercorrência ou em caso de denúncia, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da

UFES através do telefone (27)3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, ou no endereço Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, CEP 20.090.075, Vitória/ES.

Consentimento pós-informação: Após as devidas informações e esclarecimentos sobre o conteúdo deste Termo de Consentimento e da pesquisa vinculada a ele, concordo com a minha participação voluntária.

Estando, portanto, de acordo, assinam o Termo de Consentimento em duas vias, em que uma das vias ficará com o participante.

Concordam com a realização da pesquisa descrita nesse documento, conforme os termos nele estipulados:

Participante da pesquisa:

Eu,_____, fui informado (a) sobre os objetivos do estudo “Práticas sociais de profissionais da profissionais da atenção primária à saúde em atendimentos grupais” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Dessa forma, declaro que concordo participar desse estudo.

_____

Assinatura participante

_____

Assinatura pesquisadora responsável

Pesquisadores responsáveis: Luana Cantarela (mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia), Dr. Luiz Gustavo Silva Souza (professor vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia). **Telefones para contato:** (27) 998463531 (pesquisadora Luana Cantarela); (27) 4009- 2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia); (27)3145-9820 (Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal do Espírito Santo/Campus Goiabeiras).

Vitória, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA (ESTUDO 1)

Este grupo que você coordena você o considera de “promoção de saúde”? Por quê?

Qual sua percepção sobre a participação dos usuários?

Acha que as ações desenvolvidas produzem impacto/geram resultados na vida dos participantes? Se sim, como? Se não, por quê?

O que acha de coordenar atendimentos em grupo?

O que levou você a trabalhar com esse tipo de atividade?

Quais os principais aspectos positivos deste grupo?

Quais os principais aspectos negativos deste grupo?

De onde provêm os recursos utilizados nos encontros?

Para grupos coordenados por mais de um profissional:

Em que medida o trabalho de é em equipe?

Existe algum profissional que fica mais a frente de alguma atividade?

APÊNDICE C – TEMAS DO ESTUDO 1

Temas

1. O grupo de promoção da saúde previne o aparecimento de doenças
2. O grupo de promoção da saúde não é focado na doença
3. No grupo de promoção da saúde não existe critério de adoecimento para Ingressar no grupo
4. No grupo de promoção da saúde é trabalhada a convivência social
5. O grupo de promoção da saúde disponibiliza informações para que os usuários façam suas escolhas
6. O grupo de promoção da saúde evita que ocorram agravos na saúde
7. No grupo de promoção da saúde as ações desenvolvidas são demandas da população
8. No grupo de promoção da saúde orientar sobre doenças é uma forma de promover saúde
9. No grupo de promoção da saúde promover saúde é papel da Estratégia Saúde da Família
10. No grupo de promoção da saúde os participantes podem possuir patologias
11. Na prevenção, a doença já está instalada
12. A prevenção atua sobre queixas específicas
13. A prevenção ocorre quando são feitas orientações para evitar o agravamento de doenças.

14. Participação é ativa, porque os usuários se inserem espontaneamente no grupo
15. Alcançar o objetivo do grupo depende do momento em que a pessoa está
16. Usuários frequentam o grupo até alcançar seus objetivos
17. Participantes auxiliam-se mutuamente
18. Participantes são atuantes na proposição dos temas
19. Participantes interessam-se pelos temas do grupo
20. Cada participante, devido características individuais, possui diferentes participações
21. A participação é influenciada pela forma como os usuários se sentem no dia
22. Apesar das orientações, os participantes podem não seguir o que é falado pelo profissional
23. Os usuários possuem participação efetiva no grupo, pois experimentam seguir as orientações realizadas
24. Profissional esperava maior resistência dos membros em relação ao atendimento em grupo
25. A realização de atividades propostas indica adesão dos usuários ao grupo;
26. Para os usuários entenderem os objetivos do grupo e se apropriarem dele, é preciso tempo
27. Usuários sentem vergonha de se expressar em grupo dependendo do tema a ser discutido
28. Participantes ensinam, nos grupos, atividades manuais que conhecem
29. Alguns usuários não se adaptam a atendimentos em grupo
30. Usuário se sentia desconfortável por ser o único homem presente no grupo

31. As mulheres buscam o grupo de Planejamento Familiar por iniciativa própria, enquanto os homens são forçados por suas companheiras

32. Mesmo sem a presença do coordenador, os participantes possuem autonomia para gerenciar o grupo

33. Os impactos do grupo abrangem pessoas que convivem com o usuário

34. Outros usuários se inserem no grupo a partir dos efeitos do grupo na vida dos participantes

35. Participantes ao adotarem instruções dos profissionais se sentem mais seguros

36. Participantes inserem no cotidiano tópicos trabalhados no grupo

37. A pertença a um grupo influencia a inserção em outras atividades e/ou grupos

38. Participantes seguem as orientações dos profissionais

39. Grupo permite que moradores do mesmo território criem vínculos

40. Os participantes adotam os coordenadores como profissionais de referência na Unidade de Saúde

41. No grupo os participantes alcançam seus objetivos

42. As mudanças comportamentais dos participantes são sutis, mas importantes

43. O grupo possui potência maior do que o atendimento individual

44. Profissionais aprendem mais em grupo do que no atendimento individual

45. O grupo pode ser um espaço informativo

46. O grupo é resolutivo e desmitifica a ideia de muitos usuários de que apenas o atendimento individual é resolutivo

47. Grupo como estratégia para atender mais pessoas com a mesma demanda simultaneamente

48. O grupo permite trocas

49. O grupo permite a valorização do saber popular

50. O grupo é espaço de expressão dos usuários

51. Algumas demandas sobre crianças podem ser resolvidas com o atendimento coletivo de pais e/ou responsáveis

52. Queixas de pais e/ou responsáveis sobre as crianças podem não ser problemas das crianças de fato

53. Usuários seguem melhor as orientações de consulta individual após orientações coletivas

54. O grupo possibilita melhoria de indicadores de saúde por meio da informação

55. O grupo possibilita o fortalecimento de vínculos com profissionais da Unidade de Saúde

56. O grupo possibilita o compartilhamento de experiências

57. O grupo possibilita espaço de expressão

58. O grupo possibilita convívio com outras pessoas

59. O grupo possibilita espaço informativo e de conscientização

60. O grupo possibilita sentimentos de pertença a um grupo

61. O grupo possibilita a participação de profissionais de diferentes categorias na coordenação

62. Um ponto negativo do atendimento em grupo é o limite de vagas

63. Um ponto negativo do atendimento em grupo é que nem todos os participantes alcançam os objetivos do grupo

64. Um ponto negativo do atendimento em grupo é a dificuldade dos profissionais

em lidar coma frustração dos usuários que não alcançam os objetivos do grupo

65. Um ponto negativo do atendimento em grupo é o pequeno envolvimento da Unidade de Saúde nas atividades e divulgação do grupo

66. Um ponto negativo do atendimento em grupo é a ausência dos profissionais devido a imprevistos pessoais ou profissionais

67. Um ponto negativo do atendimento em grupo é a falta de formação específica para atender em grupo

68. O tempo não é suficiente para atender todas as demandas

69. Profissional não vê ponto negativo no grupo.

70. Um ponto negativo do atendimento em grupo é a tutela, devido a características individuais dos membros, estes não agem de forma autônoma, apesar das intervenções do coordenador

71. Um desafio do grupo é fazer com que todos participantes se expressem;

72. O espaço físico que não é adequado para os atendimentos em grupo

73. Um desafio do atendimento em grupo é a organização do tempo de fala de cada participante

74. Usuários que querem falar de temas que não envolvem o do encontro e não há tempo suficiente para atender demandas médicas

75. Coordenar grupos é difícil

76. Coordenar grupos exige planejamento flexível

77. O profissional precisa dar conta de coordenar atendimentos em grupo

78. Coordenar grupos é uma experiência nova

79. Profissionais esperam que o psicólogo tenha maior preparo para lidar com grupo

80. Profissional gosta da parte informativa do grupo

81. É difícil para alguns profissionais adotar postura horizontal

82. A postura vertical é um ponto que os técnicos têm conseguido diminuir

83. Cada profissional possui diferentes dificuldades e habilidades para conduzir grupo

84. A gestão do grupo é realizada pelos técnicos e usuários

85. Preocupação dos profissionais com o interesse dos participantes nas atividades desenvolvidas

86. Profissional atua mais como um facilitador do processo grupal

87. Sentimento de orgulho pela evolução dos participantes por meio do grupo

88. Pós-graduação influenciou o trabalho com grupos e a escolha de público-alvo

89. O grupo é uma estratégia de reorganização da agenda dos profissionais para atender mais usuários

90. A realização de atendimentos em grupo, coordenados por equipe multiprofissional faz parte das atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

91. O grupo faz parte de protocolo do Ministério da Saúde

92. A demanda por atendimento psicológico e outros serviços do Sistema de Saúde cresceu expressivamente nos últimos anos

93. Já existia um grupo em funcionamento na Unidade de Saúde

94. Profissional buscou formação extracurricular para trabalhar com grupos

95. Formação deve ser contínua

96. Prefeitura ofertou capacitação para atendimentos em grupo

97. O foco da graduação foi atendimento individual

98. Graduação não preparou o profissional para atender em grupo

99. Graduação preparou para atendimento em grupo

100. A equipe atua com objetivos comuns e auxilia-se mutuamente.

101. Os profissionais possuem diferentes funções na coordenação do grupo

102. Equipe precisa ter o mesmo objetivo para trabalhar adequadamente

103. Profissionais se reúnem para planejar e discutir questões referentes ao atendimento em grupo

104. Nas reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família, discute-se com os profissionais de referência sobre os usuários atendidos em grupo

105. Encontros seguem planejamentos pré-estabelecidos

106. O planejamento é aberto e flexível

107. O planejamento insere proposições dos usuários

108. Os tópicos trabalhados são decididos pelos profissionais

109. Elaborar atividades a serem realizadas é difícil

110. Os encontros sem planejamento ficam soltos

111. A agenda cheia dos profissionais atrapalha o planejamento coletivo

112. Sentimentos de angústia e frustração dos profissionais devido ao pequeno número de participantes

113. A baixa frequência era preocupação de um dos participantes

114. Frequência como indicador de adesão dos usuários

115. Baixa frequência é um problema encontrado em outras Unidades de Saúde

116. Quantidade de pessoas no grupo varia

117. O objetivo do grupo é propiciar o compartilhamento de experiências

118. O objetivo do grupo é promover reflexão

119. O objetivo do grupo é ofertar espaço de expressão

120. O objetivo do grupo é promover socialização

121. O objetivo do grupo é promover autonomia

122. O compartilhamento de experiências entre usuários e profissionais é mais importante do que à tarefa manual

123. O objetivo do grupo é fornecer estratégias para efetivar mudanças na educação de crianças e adolescentes.

124. Interesse dos participantes por atividades lúdicas e de artesanato

125. Alguns participantes chegam ao grupo na expectativa de obterem atendimento individual

126. Os recursos materiais são disponibilizados pela prefeitura

127. Usuários e profissionais provêm recursos materiais

128. A limitação de recursos materiais desanima os profissionais a se manterem coordenando grupo

129. A avaliação do grupo é realizada a partir da observação de mudanças no comportamento dos usuários

130. A avaliação do grupo é realizada a partir do feedback de outros profissionais sobre o comportamento dos usuários

131. Conversas informais com participantes como forma de avaliar os atendimentos

132. Foi aplicado questionário para verificar o impacto do grupo

133. A solicitação dos participantes de atividades que já foram realizadas indica que

os mesmos avaliam positivamente o grupo

134. Não foi elaborada nenhuma forma de avaliação dos efeitos do grupo

135. Sentimentos de ansiedades dos profissionais para avaliar os efeitos do grupo

136. O diretor precisa entender a lógica do atendimento em grupo, que é diferente da lógica produtiva que valoriza o quantitativo de usuários atendidos

137. Apoio do diretor facilita o desenvolvimento de atividades coletivas.

138. A patologia dos usuários não é o foco de discussão

139. O grupo não possui formato de palestra, as atividades principais são de artesanato