

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM GRUPO NA REDE BÁSICA DE
SAÚDE EM NATAL/RN

Uliana Fernandes de Oliveira

Natal

2001

Uliana Fernandes de Oliveira

CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM GRUPO NA REDE BÁSICA DE
SAÚDE EM NATAL/RN

Dissertação elaborada sob orientação da Prof^a Dr^a Martha Traverso-Yépez e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal

2001

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “Caracterização das intervenções em grupo na rede básica de saúde em Natal/RN”, elaborada por Uliana Fernandes de Oliveira, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA

Natal, RN, 03 de dezembro de 2001

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Marisa Japur	_____
Prof. Dr. Oswaldo Hajime Yamamoto	_____
Profª Drª Martha Traverso-Yépez	_____

*Trabalhar em Saúde Pública não é fácil,
precisa-se ter amor à profissão, além de sensibilidade
para reconhecer as carências da população,
pois quando alguém busca atendimento na Unidade,
muitas vezes não está apenas buscando atendimento curativo,
mas também procura ser ouvido e bem atendido.*

*No fundo todos nós temos
que despertar o psicólogo que existe em nós*

(E. - Nutricionista)

Agradecimentos

Agradeço à professora Martha Traverso-Yépez pela grande dedicação e competência com que orientou este trabalho.

Aos profissionais da rede básica de saúde que participaram desta pesquisa, dedicando tempo e atenção no esclarecimento das questões.

Aos professores Oswaldo Yamamoto e Marisa Japur por participarem da banca examinadora, oferecendo sugestões importantes para a construção desta dissertação.

À professora Livia Borges, que teve a boa vontade de ler este trabalho e apontar aspectos que precisavam ser melhorados.

Aos meus pais, Hermano e Lêda, pela confiança, amizade e apoio financeiro que permitiram a realização deste estudo.

A Julio Rezende pelo seu amor e amizade, presente em todos os momentos.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por viabilizar o desenvolvimento dos meus estudos de pós-graduação.

A CAPES pela concessão de bolsa de estudos durante a fase final deste trabalho.

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Às professoras Silvaneide Araújo Dantas, Aldinida de Medeiros Souza e Andréa Jane da Silva por me auxiliarem na revisão final deste trabalho.

Ao professor Nathanael David Neuman por traduzir o resumo para a língua inglesa.

Sumário

Lista de Tabelas	8
Resumo.....	9
Abstract	10
Apresentação	11
1. Introdução	13
2. As intervenções em grupo e o contexto da rede básica de saúde.....	18
2.1. O grupo como forma de intervenção terapêutica.....	18
2.2. Modalidades grupais de intervenção na saúde.....	27
2.3. O contexto da rede básica de saúde	42
2.3.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)	42
2.3.2. O modelo de saúde vigente.....	49
2.3.3. A prática profissional na saúde pública.....	53
2.4. A importância das intervenções em grupo na construção de uma prática sanitária mais eficaz	56
3. Método	62
3.1. Procedimento de coleta de dados.....	62
3.2. População participante.....	65
3.3. Estratégia de análise de dados	68
4. As intervenções em grupo no contexto da rede básica de saúde em Natal	70
4.1. Caracterização do serviço de atenção básica à saúde	70
4.2. Aspectos gerais das intervenções em grupo	71
4.3. Significados atribuídos às intervenções em grupo.....	82
4.4. Fatores motivadores para o surgimento dos grupos	88

4.5. Restrições para as intervenções em grupo	91
5. Considerações finais	99
6. Referências bibliográficas	107
Apêndice: Modelo do questionário	111

Lista de Tabelas

Tabela	Página
1 Profissionais entrevistados.....	66
2 Número de entrevistados por centro de saúde.....	67
3 Tipos de grupos.....	74
4 Finalidade dos grupos.....	75
5 Metodologia de trabalho utilizada nas reuniões.....	78
6 Periodicidade das reuniões dos grupos.....	79
7 Profissionais que coordenam grupos.....	81
8 Papel dos profissionais que coordenam grupos durante as reuniões.....	82
9 Significados de intervenção em grupo para os entrevistados.....	84
10 Funcionalidade atribuída aos grupos.....	86
11 Vantagens dos grupos.....	88
12 Fatores que desencadearam o surgimento dos grupos.....	91
13 Relativa a presença de local específico no centro de saúde para as reuniões dos grupos.....	91
14 Características do local das reuniões dos grupos.....	92
15 Incentivos para o trabalho com grupo.....	93
16 Limitações atribuídas às intervenções em grupo.....	95

Resumo

A preocupação com a qualidade do atendimento na saúde pública tem levado alguns profissionais a buscar realizar outros tipos de práticas além do tradicional atendimento clínico. Diante dessa situação, é cada vez mais reconhecida a relevância das intervenções em grupo como uma estratégia de atuação para os profissionais da saúde. Essas intervenções têm sido muito utilizadas nos países desenvolvidos como forma de prevenção e tratamento dos problemas de saúde, principalmente no caso das doenças crônicas, devido ao prolongamento da situação de desequilíbrio causado por estas. No contexto local, há pouca divulgação das práticas de intervenção em grupo, apesar do reconhecimento quanto a sua importância. Com a motivação de estudar essas práticas, esta pesquisa objetivou conhecer as características das intervenções em grupo que são realizadas na rede básica de saúde em Natal-RN, bem como o significado e importância atribuída pelos profissionais a essas intervenções. Para isso foi feito um levantamento dos centros de saúde do município de Natal que declararam trabalhar com grupos e alguns profissionais, nesses centros, foram entrevistados. A partir dos dados obtidos nessas entrevistas, foi elaborado o questionário e aplicado em quarenta e cinco profissionais. Evidenciou-se a pouca difusão das intervenções realizadas em grupo, havendo uma preocupação maior com os atendimentos individuais. A maioria das intervenções em grupo são desenvolvidas através de "palestras educativas", visto que muitos profissionais não conhecem outras formas de intervenção grupal. Entretanto, nos centros de saúde envolvidos com a saúde mental, especialmente os NAPS e CAPS, tem sido desenvolvidas um grande número de intervenções grupais, além de haver uma predominância das intervenções em grupos terapêuticos. Por outro lado, nos outros centros de saúde, observou-se que prevalece a falta de condições estruturais para a realização de intervenções grupais, além da pouca motivação e capacitação de alguns profissionais para realizá-las.

(294 palavras, 2.030 caracteres)

Palavras-chave: Psicologia social da saúde; Intervenção em grupo; Saúde pública.

Abstract

The concern with the quality of health care of the public health service has caused some professionals to search for other kinds of practices besides the traditional clinical health care. Therefore, the importance of group practice as a work strategy is acknowledged more and more by health professionals. These practices have been used frequently in developed countries to prevent and treat health problems, especially cronical diseases. In the local context there is a lack of publishing of the practice of group interventions despite the recognition of its importance. This research aims to discover the characteristics of the group interventions realized in the basic health system in Natal,RN. Besides that, its objective is to discover the importance and meaning given to these interventions. For this, the health centers which adopt group interventions were polled checking; some professionals were also interviewed. As a result of these interviews, a questionnaire was prepared and given to 45 professionals. The analysis shows that group interventions are not as popular as clinical health care. The majority of group interventions are held by giving "educational lectures" since many professionals do not know other forms of group intervention. However, in centers involved with mental care, mainly in NAPS and CAPS a great number of group interventions has been developed besides a predominance of therapeutic group interventions. On the other hand, it was observed that the other health centers don't have structural conditions to hold group interventions besides lack of motivation and qualification of some professionals.

(247 palavras, 1.634 caracteres)

Key words: Social psychology of health; Group intervention; Public health.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de mestrado realizada com profissionais da rede básica de saúde em Natal/RN, que desenvolvem intervenções em grupo. A principal motivação para a execução dessa pesquisa tem sido a consciência da necessidade de outros tipos de práticas na saúde pública além do tradicional atendimento clínico e sua preocupação apenas com a doença. Nesse sentido, privilegia-se as intervenções em grupo como um tipo de prática mais voltada para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, objetivo central na atual política de saúde.

A presente dissertação contém um capítulo de introdução ao tema, em que são apresentados o problema da pesquisa e o objetivo da mesma. No segundo capítulo são discutidas, a princípio, algumas definições de grupo e o papel dos coordenadores ou facilitadores. Além disso, discute-se algumas modalidades de intervenção em grupo originadas através de enfoques teóricos específicos, que têm sido utilizadas no enfrentamento e resolução de problemas de saúde.

Em seguida, é dada maior ênfase ao contexto da rede básica de saúde, para que seja possível compreender a viabilidade do surgimento e desenvolvimento das intervenções em grupo. Para isso, são considerados alguns aspectos relevantes desse contexto, como a organização do Sistema Único de Saúde, o modelo de saúde utilizado pelos profissionais e a prática desses profissionais na saúde pública. Revisa-se ainda as proposições de alguns autores quanto a necessidade atual de ampliação do conceito de saúde e de reformulação da prática sanitária. Nesse cenário, a construção de intervenções em grupo baseadas em relações democráticas e participativas, surge como

um caminho possível para o desenvolvimento de uma prática sanitária mais centrada na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

No terceiro capítulo, são apontados os procedimentos utilizados para caracterizar a prática das intervenções em grupo que são realizadas na rede básica de saúde em Natal, bem como compreender os significados atribuídos a essa prática. No quarto capítulo são apresentados os resultados, que incluem as características das intervenções em grupo desenvolvidas na rede básica de saúde em Natal, os significados que foram atribuídos pelos entrevistados a elas, os fatores que motivaram o surgimento de tais intervenções e os principais problemas apontados para a sua realização. O quinto capítulo retoma a discussão quanto às práticas de intervenção em grupo nesse contexto, apontando as considerações finais deste trabalho.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o setor da saúde pública se encontra aquém do que se espera. Esse setor tem enfrentado problemas estruturais, como a falta de recursos físicos, materiais e humanos, ademais, não tem conseguido responder às expectativas quanto aos cuidados com a saúde dos seus usuários. Por sua vez, esses usuários são geralmente pessoas pertencentes às classes sociais economicamente desfavorecidas, que sofrem com as precárias condições de vida, sendo as mais afetadas pelos problemas de saúde (Campos, 1997b; Mendes, 1999). Diante desse quadro, o surgimento de doenças e transtornos de saúde pode agravar os problemas cotidianos dessas pessoas, provocando uma situação de desequilíbrio emocional concomitante ao aparecimento de sentimentos de insegurança, medo, impotência e a deterioração da auto-estima (Remen, 1993).

Na rede básica de saúde, responsável pelos serviços de atenção primária, a prática mais utilizada para lidar com esses problemas sanitários é o atendimento individual, que geralmente fica comprometido devido ao número insuficiente de profissionais para atender a uma população numerosa e carente (Mendes, 1999; Vasconcelos, 1997). Como resultado, muitos não conseguem ser atendidos quando mais necessitam, passando a procurar de imediato os hospitais ou unidades mais especializadas. Os que são atendidos geralmente passam por uma consulta rápida, muitas vezes sem oportunidade para esclarecer dúvidas e questões. Por outro lado, a prevenção, que deve ser o foco desses serviços, passa a ser colocada em segundo plano, ou é inexistente, em detrimento de uma prática individual e curativa.

Tais problemas têm gerado uma preocupação com a qualidade desses atendimentos, especialmente entre os profissionais envolvidos no movimento pela reforma sanitária. Nesse sentido, tem sido muito afirmada a necessidade de desenvolver ações de saúde preventivas e de alcance coletivo (Mendes, 1999; Vasconcelos, 1997), sendo cada vez mais reconhecida a relevância das intervenções em grupo como uma estratégia de atuação necessária para os profissionais de saúde. Essas intervenções têm sido mais tradicionalmente empregadas na saúde mental, contudo vêm sendo incorporadas também no campo da rede básica de saúde, especialmente como forma de tratamento e prevenção de doenças, podendo contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento nesse setor.

Em geral, aponta-se as intervenções em grupo como um recurso terapêutico muito eficiente, quando é planejada, de modo a possibilitar o contato mais próximo com a realidade do outro, favorecendo o compartilhamento de experiências, a tomada de consciência dos processos ocorridos no grupo, o questionamento da situação e a busca de resolução de problemas. Dessa forma, essas intervenções apresentam condições de preencher a lacuna deixada pelo atendimento clínico individual, quando não dispensa tempo suficiente para ouvir o paciente e discutir com ele as estratégias de enfrentamento da sua doença. É portanto uma forma de intervenção complementar ao atendimento individual e não substitutiva deste (Mendes, 1999; Vasconcelos, 1997).

As intervenções em grupo são geralmente desenvolvidas entre pessoas que estão enfrentando a mesma doença ou problema e que, por isso, também compartilham das mesmas dúvidas, sentimentos e vivências. O fato de estarem vivendo situações semelhantes, facilita a ocorrência de identificações entre os participantes e a criação de um ambiente seguro para que eles possam expressar suas emoções. Num grupo, quando uma pessoa relata sua experiência, seus medos, suas angústias e suas ansiedades, pode

provocar um sentimento de identificação em outros participantes que passaram ou estão passando por situação semelhante. Essa identificação com o sofrimento do outro pode promover a integração das pessoas no grupo, fazendo surgir a disposição para ajudar e o sentimento de segurança em poder ter ajuda caso necessite, o que tende a promover o restabelecimento da auto-estima e do bem-estar (Cohen e Syme, 1985).

Tais intervenções são também uma forma de resgatar a importância dos relacionamentos pessoais, do contato entre pessoas e das trocas, que têm sido esquecidos em detrimento do individualismo crescente nas sociedades ocidentais. Devido ao grande número de artigos e livros sobre intervenções em grupo que são publicados nos países desenvolvidos, percebe-se que as vantagens dessas intervenções têm chamado a atenção de pesquisadores e profissionais de saúde nesse contexto (Barrón, 1996; Cohen e Syme, 1985; Scheidlinger, 1996). De acordo com Scheidlinger (1996), "levantamentos abrangentes revelam que pelo menos metade de todos os settings de pacientes internados nos E.U.A. utilizam tratamentos grupais" (p. 11).

Essa tendência a realizar intervenções em grupo, especialmente nos países desenvolvidos, se deve ao reconhecimento da importância dos relacionamentos positivos e da troca de experiências para o enfrentamento da doença e conseqüente restabelecimento da condição de bem-estar. Porém, acredita-se que a ampla difusão nesses países das formas de intervenção em grupo, se deve também à crescente incidência das doenças crônicas¹.

¹ Doenças consideradas de longa duração. Algumas doenças crônicas não têm cura e, nesses casos, é utilizado um tratamento paliativo em situações de crise ou para evitar recorrências (Radley, 1994).

As intervenções em grupo vêm sendo muito utilizadas com pacientes crônicos, por alcançar bons resultados ao amenizar o sofrimento advindo da exposição prolongada à situação de estresse provocado pelas doenças crônicas, bem como ao restabelecer a auto-estima deteriorada. Essas intervenções ainda têm a vantagem de possibilitar espaço para o paciente se expressar e discutir com outros, que estão vivendo os mesmos problemas, as maneiras de enfrentar essas dificuldades e amenizar o sofrimento (Gottlieb 1988). Dessa forma, acontece o compartilhamento dos problemas provenientes da situação de cronicidade, como restrições físicas, isolamento social, estigmas, sentimento de inutilidade, além de ansiedade e depressão, que normalmente fazem parte da vida do doente crônico (Edelmann, 2000; Radley, 1994).

Sabe-se que na cidade do Natal, especialmente no contexto da rede básica de saúde, há pouca divulgação das práticas de intervenção em grupo, embora exista demanda para a realização destas. Alguns profissionais entrevistados têm falado que uma das orientações da Secretaria Municipal de Saúde é para que formem grupos nos centros de saúde, entretanto parece que não são dadas condições que facilitem o desenvolvimento das intervenções grupais. Acredita-se que a pouca divulgação dessas práticas, nesse contexto, se deva a falta de clareza dos profissionais de saúde de como trabalhar com grupos. Por meio de observações realizadas em pesquisa anterior (Traverso, 1999), constatou-se pouca capacitação e desconhecimento entre os coordenadores de grupos quanto aos objetivos e vantagens dessas intervenções.

Com a intenção de esclarecer essa situação, surgiu o interesse em saber como estão configuradas as práticas de intervenção em grupo nos centros de saúde da rede básica do município de Natal. Logo, esta pesquisa tem por objetivo conhecer as características das intervenções em grupo que vêm sendo realizadas nesse contexto, bem como o significado e importância atribuída pelos profissionais a essas intervenções.

A proposta incluiu fazer o levantamento dos tipos de intervenção em grupo que vêm sendo realizados nesse contexto, identificando a finalidade dessas intervenções, a periodicidade das reuniões dos grupos, as formas de trabalho utilizadas pelos profissionais da condução do grupo, os profissionais que realizam essas intervenções e o papel que desempenham durante as reuniões. Além de conhecer os significados atribuídos às intervenções em grupo, buscou investigar também as características dos ambientes físicos onde acontecem as reuniões dos grupos e os principais problemas que têm dificultado a realização dessas intervenções.

2. AS INTERVENÇÕES EM GRUPO E O CONTEXTO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE

2.1. O grupo como forma de intervenção terapêutica

Desde épocas remotas os homens têm utilizado os grupos com fins terapêuticos, sociedades primitivas utilizavam-nos para promover curas (Scheidlinger, 1996). No entanto, o estudo científico dos grupos como instrumento terapêutico, bem como sua ampla difusão enquanto tal, tem ocorrido mais recentemente em nossas sociedades ocidentais.

O homem passa grande parte de sua existência em grupos, sejam grupos de amigos, de trabalho, grupos religiosos, associações, até mesmo grupos formados para as atividades de lazer e a prática de esportes (Zimmerman, 1997a). A participação nos diferentes grupos, principalmente no grupo familiar, que é o primeiro e o mais importante para sua estruturação psíquica, permite o desenvolvimento de suas convicções e capacidades e a construção da sua subjetividade (Carlos, 1998). Nos processos de socialização, as pessoas crescem em contato umas com as outras, realizando trocas e aprendendo comportamentos que as caracterizam como membros de um determinado grupo social. Portanto, entende-se que os grupos têm um papel central na constituição do ser social.

Na literatura especializada no estudo dos grupos, observa-se uma variedade de situações sociais que podem ser denominadas de "grupais". Dessa forma, uma grande dificuldade para a psicologia social tem sido trabalhar com a ambigüidade que caracteriza o termo grupo. Martín-Baró (1989) aponta para o fato de que esse termo

remete a realidades diferentes, o que pode resultar numa visão unilateral e distorcida da natureza deste em cada momento histórico. De uma maneira geral, as definições e o entendimento sobre a finalidade de um grupo vão depender do referencial de homem e de mundo adotado pelo investigador social.

Kurt Lewin (citado por Mailhiot, 1973) defende que o fator constituinte de um grupo, que faz dele um todo dinâmico, é a condição de interdependência entre seus membros. Nessa concepção de grupo, o fator da dependência mútua é tido como o mais importante para a constituição de um grupo. De fato, sem a percepção nos membros de que eles precisam da ajuda do outro para realizar algo, não haverá motivação suficiente para levar os indivíduos a se manterem unidos voluntariamente.

Outra definição muito conhecida é apresentada por Olmsted (1970, citado por Pisani, Pereira e Rizzon, 1994), que considera um grupo como “uma pluralidade de indivíduos que estão em contato uns com os outros, que se consideram mutuamente e que estão conscientes de que têm algo significativamente importante em comum” (p. 122). Nessa definição, um grupo é um conjunto de duas ou mais pessoas que estão em contato umas com as outras, o que, de acordo com Pisani et al. (1994), é suficiente para diferenciar grupo de classe. Contudo, Olmsted considera que só o contato entre pessoas não vai determinar a existência de um grupo, é necessário também que essas pessoas tenham consideração umas às outras e tenham consciência de que têm algo importante em comum.

Grande parte dessas definições se referem ao grupo como algo ideal, sem conflitos e bem estruturado. Esse tipo de abordagem mostra-se irreal, pois esquece o contexto social em que os grupos estão inseridos. Na perspectiva lewiniana, por exemplo, estão implícitos os valores de individualismo, de harmonia e de manutenção do sistema, o que leva a perceber o grupo como um ideal coeso, estruturado, acabado

(Carlos, 1998). Nessa perspectiva, não há lugar para o conflito que é visto como algo ameaçador e que deve ser resolvido.

Carlos (1998) oferece uma visão mais realista do grupo, considerando-o como um eterno "vir-a-ser", como um processo dialético: "há uma ameaça constante da dissolução do grupo, onde cada integrante assume e afirma a sua individualidade (...). Ao mesmo tempo há uma busca constante da totalidade, onde cada integrante participa com os demais, introjeta-os e dá sentido à relação estabelecida" (p. 204). Para esse autor, os grupos devem ser vistos como espaços nos quais as pessoas mostram suas diferenças, as relações de poder estão presentes e perpassam as decisões cotidianas, o conflito é inerente ao processo de relações que se estabelece e, há uma convivência dos diferentes.

Martín-Baró (1989) define grupo como uma "estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canalizam em cada circunstância suas necessidades individuais e/ou interesses coletivos" (p. 206). Para ele, é necessário considerar que os grupos têm um caráter histórico e dialético, ou seja, fazem parte de um contexto social mais amplo e, ao mesmo tempo que influenciam, estão sendo influenciados por este.

A perspectiva gestáltica também entende o grupo como um processo dialético, porque tem um elemento permanente, que é a matriz grupal, e outro transitório, que é o processo grupal, porém ambos contêm em si a permanência e a transitoriedade (Ribeiro, 1994). Ribeiro define matriz grupal como "uma realidade dinâmica, que registra a história do grupo e que se modifica, a cada instante, sempre que incorpora um elemento novo" (p. 30), enquanto que processo grupal "é a vida íntima e inteira do grupo, algo que se forma lentamente e se inicia tão logo duas pessoas se encontram e se propõem algo em comum" (p.33). De acordo com a Gestalt, tanto o ser humano como os grupos têm uma tendência natural à auto-regulação, a sempre buscar o equilíbrio.

Por sua vez, Ávila e García (1995) recorrem a Sartre para explicar a não existência do grupo como conceito. Tais autores consideram que a complexidade presente nos grupos torna qualquer definição insuficiente para descrever a riqueza de acontecimentos nestes. Para eles, "quando se afirma 'o grupo é...', o grupo tem deixado de ser" (p. 320). Isso porque as definições só conseguem explicar uma parte da verdade grupal, e quando se delimita um conceito, está se excluindo todo o resto.

Embora essas definições apresentem uma tendência a reduzir o grupo a uma parte - justamente a parte que se deseja discutir - fazem-se necessárias para se ter clareza quanto ao que se entende por intervenção terapêutica em grupo. Esse tipo de intervenção é realizada nos grupos pequenos, que são definidos por Tellegen (1984) como grupos "cuja relação são face a face, que existe em função de um objetivo, uma tarefa a ser cumprida ou um projeto a ser realizado e, como tal, constitui uma entidade social temporária" (p. 75).

Dessa forma, uma definição de grupo terapêutico foi estabelecida por García (1976, citado por Ávila e García, 1995) como sendo um conjunto de pessoas com um objetivo comum e que, para cumpri-lo, colocam em jogo uns "esquemas" e papéis aprendidos que em alguns momentos facilitam e em outros dificultam a consecução do mesmo. Pichón-Rivière (1977, citado por Berstein, 1986), considera não só a existência de objetivos comuns, mas também as interações que ocorrem nos grupos. Para ele:

(...) um grupo é um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, se propõem de forma explícita ou implícita à realização de uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo para isso através de complexos mecanismos de adjudicação e assunção de papéis (p. 127).

Somente em 1940, as intervenções em grupo passaram a ser estudadas sistematicamente por Kurt Lewin, quem primeiro se preocupou em elaborar uma

psicologia de grupos pequenos, ao tentar definir cientificamente a dinâmica e a gênese desses grupos. Lewin acreditava na importância desse trabalho em grupo no desenvolvimento de capacidades em relações humanas (Rogers, 1970). A partir daí, surgiram as primeiras pesquisas com grupos organizados, os denominados *training groups*, ou grupos de treinamento, com o objetivo de preparar as pessoas para lidarem com situações interpessoais difíceis. Os grupos de treinamento se expandiram principalmente nas empresas e tornaram-se muito conhecidos. Contudo, as intervenções em grupo na área da saúde não tiveram a mesma expansão observada nas empresas, embora pudessem ser muito úteis e efetivas principalmente no tratamento de doenças crônicas.

Essa utilização de grupos organizados com a finalidade de amenizar os problemas enfrentados no dia-a-dia e de cuidar da saúde, está sendo uma prática cada vez mais comum em nossa sociedade. Contudo, como já foi colocado, a formação de grupos com fins terapêuticos não é privilégio das sociedades ocidentais modernas, mas coincide com a própria história da humanidade. De acordo com Scheidlinger (1996), "líderes tribais e religiosos utilizavam agregações sociais para promover curas e mudanças de comportamento" (p. 6).

Entretanto, a formação planejada de intervenção em grupo por profissionais da saúde teve início com Joseph Pratt em 1905. Pratt trabalhou com pacientes tuberculosos através do método das "classes coletivas" que consistia em palestras sobre a higiene e problemas causados pela tuberculose, seguidas de uma discussão a base de perguntas e respostas (Ávila e García, 1995; Scheidlinger, 1996; Zimmerman, 1997a). Tais formas de intervenção em grupo promoviam a dependência dos pacientes para com o médico e o desenvolvimento de relações hierárquicas.

Outros terapeutas empregaram o método de Pratt na saúde mental e, segundo Ávila e García (1995), o autoritarismo era tão forte que chegavam a utilizar o eletrochoque como medida de "controle" para aqueles pacientes psiquiátricos que não se "submetiam", ou seja, que não seguiam passivamente as regras impostas. Porém, a maioria dos seguidores dessa tendência denominada por Ávila e García de "modelo médico no grupo" não chegaram a tanto radicalismo e utilizavam principalmente a técnica de sugestão induzida, que consistia em recomendações ou conselhos com o objetivo de provocar uma mudança de comportamento. Essa tendência deu origem aos primeiros grupos de autogestão, também chamados "grupos de apoio social e ajuda mútua".

Porém, Scheidlinger (1996) considera que Jacob L. Moreno, Samuel R. Slavson, Louis Wender, Paul Schilder, Fritz Redl e Alexander Wolf foram os pioneiros na utilização de pequenos grupos de maneira planejada para o tratamento de patologias da personalidade, ou seja, na área da saúde mental. Tais trabalhos tiveram início nos Estados Unidos durante a década de 30, tendo a maioria utilizado o referencial psicanalítico para a intervenção em diversos contextos, como nos grupos com pacientes internados, nos grupos ambulatoriais, ou até mesmo nos grupos diagnósticos (Ávila e Garcia, 1995; Scheidlinger, 1996).

Foi Moreno o primeiro a utilizar a expressão "terapia de grupo" em 1931, ao desenvolver a técnica grupal do psicodrama - método bastante utilizado e difundido na atualidade (Sacks, 1996; Scheidlinger, 1996). Além de existir várias correntes psicodramáticas, algumas modalidades de intervenção em grupo, principalmente as abordagens existencial, gestalt e de grupos de encontro, também adotaram seus conceitos, sendo motivo de queixa para Moreno o fato de terem se apropriado de suas idéias sem dar suficiente crédito a ele (Scheidlinger, 1996). Um exemplo disso é o

termo "aqui e agora" que foi introduzido por Moreno e amplamente utilizado e difundido pela abordagem gestalt.

Durante o período da Segunda Guerra Mundial, houve uma grande popularidade na utilização das intervenções em grupo na saúde mental devido ao grande número de internações psiquiátricas, tanto que, na década de 50, várias modalidades de grupo reivindicavam a hegemonia nessa área (Scheidlinger, 1996). Dentre estas estão as desenvolvidas através da psicanálise, do psicodrama, da psicologia analítica de Jung, da análise transacional, da gestalt, da centrada na pessoa e do existencialismo.

Tais modalidades têm objetivado promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida em um contexto que seja propício à resolução de conflitos pessoais e que, em consequência, possa promover também o crescimento emocional. Apesar da sua ampla utilização na área da saúde mental, também têm sido usadas nos casos das doenças denominadas "orgânicas", principalmente doenças crônicas. Geralmente a doença ou transtorno provoca algumas restrições físicas ou emocionais para o seu portador, como desequilíbrio, insegurança e medo. A partir das discussões e das trocas ocorridas no grupo, os participantes podem aprender a conviver melhor com tais problemas e, até mesmo, a superá-los.

Os grupos com fins terapêuticos têm funcionado dependendo de alguns requisitos que permitem o planejamento das sessões e o bom desenvolvimento destes (Zimerman, 1997b). Talvez o mais importante seja a clareza por parte do coordenador, também chamado monitor ou terapeuta, quanto a concepção de grupo em que está embasando a sua prática, pois nas intervenções em grupo a figura do coordenador é central. Portanto, o coordenador deve estar consciente de seu papel e dos objetivos propostos, para que possa vir a ser um facilitador de questões e processos ocorridos no grupo (Day e Matthes, 1992; Tellegen, 1984). Também faz parte da função dos

coordenadores incentivar a participação das pessoas, facilitar a expressão de sentimentos e o compartilhamento de experiências, promover a reflexão dos processos ocorridos, bem como lembrar que deve haver respeito ao próximo e à privacidade deste - o que significa que deve ser mantido em sigilo tudo o que é discutido no grupo.

Outro aspecto muito importante é o *setting* grupal, ou seja, conjunto de regras e procedimentos que possibilitam o funcionamento do grupo e que se referem tanto ao ambiente físico em que são realizadas as reuniões, como a composição do grupo, a duração das sessões, ao número médio de participantes, entre outras características (Zimmerman, 1997b). É recomendável que esse ambiente, geralmente uma sala, tenha privacidade e um mínimo de conforto para que os participantes sintam-se à vontade para se expressar. Deve ser amplo, o suficiente para abrigar todos os participantes, e fechado, não sendo indicado ambientes abertos demais tipo galpões, devido às interrupções que podem ocorrer. É importante também que seja um ambiente silencioso, arejado, bem iluminado e limpo, condições necessárias para o bom andamento do grupo.

Geralmente um grupo terapêutico é homogêneo, em função de ser composto por pessoas que estão vivenciando situações ou problemas semelhantes. Essa homogeneidade é necessária porque facilita as identificações entre os participantes e a conseqüente integração destes no grupo. A duração das sessões quase sempre é de uma hora e meia, podendo se estender por mais tempo. Para Zimmerman (1997b), o número de participantes pode variar de dois até dezenas de pessoas, contudo o mais comum tem sido grupos de até doze pessoas.

As intervenções em grupo, realizadas a partir de discussões e trocas de informações entre os participantes, podem contribuir para desenvolver a consciência crítica da realidade, bem como, promover mudanças nos participantes no sentido de assumir uma postura mais positiva e ativa com relação ao seu problema. Para Lane

(1986, citado por Carlos, 1998), o grupo é uma possibilidade de libertar o homem de sua alienação. Nele pode ocorrer uma tomada de consciência das experiências pessoais e/ou da realidade social, ou seja, as dificuldades podem se tornar mais claras ao serem situadas no contexto social dos participantes. Por outro lado, como salienta Carlos (1998), os grupos também podem ser um meio de reproduzir as relações de dominação presentes nas sociedades capitalistas e de manter a alienação do homem.

Se os grupos vão promover mudanças positivas e a conscientização dos problemas, ou, por outro lado, se vão contribuir para reprodução das relações de dominação, será influenciado, em grande parte, pelo tipo de relação que se estabelece entre o coordenador do grupo e os participantes. O coordenador pode ter um comportamento de mediador ou facilitador das experiências, promovendo a autonomia no grupo, ou pode se comportar de forma autoritária e paternalista, promovendo a dependência e as relações de dominação (Barrón, 1996; Barrón, Lozano e Chacón, 1988; Gottlieb, 1988). É necessário que o coordenador faça uma análise crítica de seu papel no grupo, tomando consciência das conseqüências de suas atitudes.

Ao perceber o contexto grupal como promovedor de mudanças sociais e não somente como um espaço terapêutico, está se vendo o grupo em interação com a sociedade e não separado desta. Portanto, investir na construção de sujeitos coletivos, sujeitos autônomos e socialmente responsáveis, que possam vencer a passividade e outras dificuldades inerentes a sua constituição atual, é investir no desenvolvimento da própria sociedade (Marchioni, 1995).

Para isso, as intervenções em grupo devem ser realizadas de modo a promover a conscientização dos processos implícitos no grupo, a participação ativa entre as pessoas, a autonomia e o surgimento de relações de apoio. Essas intervenções têm condições de

se tornarem democráticas, participativas e terapêuticas, se for dada a oportunidade aos participantes de assumirem responsabilidade e controle sobre suas vidas (Barrón, 1997).

2.2. Modalidades grupais de intervenção na saúde

Procurou-se discutir algumas modalidades de intervenção em grupo que têm sido consideradas métodos eficazes e reconhecidos para a resolução de problemas, sendo possível a sua utilização na saúde. Destacam-se, dentre essas modalidades, o psicodrama, os grupos operativos, os grupos a partir do enfoque junguiano, os grupos da gestalt, os grupos de encontro e os grupos de apoio social e ajuda mútua.

O **psicodrama** é uma modalidade de grupo que utiliza a dramatização de problemas pessoais com finalidade terapêutica. Sacks (1996) o define como uma forma de "psicoterapia em que os pacientes representam assuntos relacionados com seus problemas sob a forma de drama improvisado, usualmente com outros que representam pessoas importantes para eles" (p. 181).

Essa modalidade de intervenção surgiu em Viena, no contexto do teatro dramático, sob a liderança do psiquiatra Jacob L. Moreno, em 1921, após a Primeira Guerra Mundial. Moreno era grande admirador do teatro improvisador, acreditando ser este um meio de liberar a espontaneidade dos atores, porém percebeu que as pessoas também apresentavam uma melhora significativa em suas vidas pessoais (Sacks, 1996). A partir daí, dedicou-se ao estudo da estrutura dos grupos pequenos e foi um dos pioneiros na utilização desses grupos de maneira planejada como forma de psicoterapia (Sacks, 1996; Scheidlinger, 1996). Essa técnica teve, portanto, suas origens no teatro, na psicologia e na sociologia.

Atualmente pode-se encontrar inúmeras correntes psicodramáticas, mas, apesar da grande diversidade existente, alguns aspectos são comuns a todas elas. Uma sessão de psicodrama geralmente ocorre em grupo e é constituída por cinco elementos: 1) palco - espaço cênico que deve permitir a mobilidade e a flexibilidade das ações; 2) sujeito ou protagonista - porta-voz do drama; 3) diretor - terapeuta psicodramatista que conduz a sessão e funciona como produtor, conselheiro e analista; 4) egos auxiliares - geralmente são outros membros do grupo designados pelo protagonista ou pelo diretor para assumir papéis no drama, mas podem ser também psicoterapeutas tecnicamente preparados, que têm a função de orientar o protagonista, ajudando-o a examinar suas reações; 5) platéia ou público - são os demais participantes do grupo que assistem às encenações com o propósito de ajudar o protagonista e ser ajudado por ele (Luchins, 1964; Sacks, 1996; Seminotti, 1997).

A sessão de psicodrama se desenvolve em três fases, a primeira delas é o aquecimento ou preparação para a dramatização (Sacks, 1996; Seminotti, 1997). Nessa fase, são usadas algumas técnicas para amenizar a ansiedade e facilitar aos participantes se colocarem diante do grupo. A partir das colocações e discussões suscitadas, são definidos os elementos básicos do drama, como o protagonista, a cena e o elenco. Segundo Sacks (1996), "o aquecimento é usualmente indicado nas primeiras sessões de um grupo, ou quando alguns membros são novos ou particularmente inibidos" (p. 185).

Na segunda fase, ou dramatização, ocorre a encenação da cena dramática por parte do protagonista e do elenco, enquanto o terapeuta funciona como um diretor, dando instruções e efetuando mudanças nas cenas (Sacks, 1996). Geralmente essa fase termina após o clímax, mas pode também terminar por falta de tempo, quando o terapeuta observa que o tempo da sessão está se esgotando. É quando inicia-se a fase de encerramento ou compartilhamento do que foi vivido durante a dramatização e o

conseqüente abandono do papel. Nessa última fase, as pessoas expressam os sentimentos e recordações advindas da cena representada e, ao diretor, cabe estimular a participação delas, além de oferecer uma revisão cronológica das cenas (Sacks, 1996; Seminotti, 1997).

Rojas Bermúdez (1984) acredita que o psicodrama está centrado no corpo em atividade, ou seja, na dramatização. Assim, a presença do corpo e do corpo em ação introduz uma realidade concreta que os presentes passam a compartilhar e que não podem desconhecer. Esse autor considera as diferenças entre observar um ato e participar deste:

(...) a participação em um ato, por mais traumático que seja, permite em si um certo grau de elaboração que não ocorre em quem está apenas presenciando. Ademais, a ressonância interior, quando não está acompanhada por uma realidade que a contenha e a limite, permite o livre curso da fantasia. Nesses casos, os conteúdos se tornarão mais traumáticos que os fatos (p. 04).

Para o autor supracitado, ver um ato pode ser mais traumático do que vivenciá-lo, pois não há uma realidade que limite essa experiência e, com isso, a pessoa passa a fantasiar os conteúdos dessa experiência. Dessa forma, o reviver da experiência traumática, através da dramatização, possibilita ao indivíduo alcançar *insights* significativos para sua vida, facilitando a conscientização dessa experiência e a conseqüente liberação da energia traumática (Rojas Bermúdez, 1984; Seminotti, 1997).

Ancona-Lopez e Figueiredo (1990) explicam que a expressão dramática possibilita ao protagonista a oportunidade de vivenciar papéis até o ponto em que se realiza a catarse de integração, ou seja, o sujeito percebe a alienação de sua ação e recupera o "desejo próprio" e a singularidade da própria ação. Com isso, as dramatizações procuram não só liberar a espontaneidade e facilitar o uso da criatividade, mas também estabelecer novas redes de significado.

Portanto, nas sessões psicodramáticas, o contexto de cada indivíduo é reconstruído e colocado em movimento, dando-lhe a oportunidade de reviver uma situação traumática no momento presente - aqui e agora - e possibilitando a lembrança de recordações e afetos ligados a tal situação (Rojas-Bermúdez, 1970; Sacks, 1996). De acordo com Sacks (1996), Moreno introduziu o termo e o conceito de "aqui e agora" na psicoterapia por acreditar que a mudança de personalidade ocorre quando se vivencia o momento presente de forma integral. Daí a importância de representar um acontecimento traumático do passado totalmente revivido no momento presente.

O **grupo operativo**, criado por Enrique Pichon-Rivière, consiste numa técnica voltada para a identificação e resolução dos obstáculos que dificultam a realização de uma tarefa (Berstein, 1986). Essa técnica pode ser aplicada em vários tipos de grupo: grupos de ensino, de teatro, dentre outros - inclusive nos grupos terapêuticos que têm como meta ou "tarefa explícita", a cura. Os grupos operativos são basicamente grupos de reflexão que, ao considerar as dificuldades existentes no grupo, procurando torná-las conscientes e solucioná-las, promovem também o aprendizado e, conseqüentemente, uma mudança de atitude ou processo de resignificação.

Para Pichon-Rivière (1977, citado por Berstein, 1986), o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e, além disso, pode cumprir uma função terapêutica. Essa função terapêutica diz respeito à conscientização, à tomada de consciência que pode ser alcançada pelos participantes frente às dificuldades e/ou obstáculos impostos a realização de uma tarefa com eficiência. Berstein (1986) também acredita que essa técnica tem efeitos terapêuticos sendo aplicada em qualquer tipo de grupo, pois considera que a resolução de obstáculos e a aprendizagem resultantes desse processo são sempre terapêuticas.

De acordo com Berstein (1986), todo processo de cura implica na mudança de uma situação estabelecida. Porém essa mudança ativa alguns medos, como o medo de perder o que já se tem e o medo frente a uma situação desconhecida. Esses medos conduzem à aparição de ansiedades que podem ser obstáculos à mudança. Dessa forma, o grupo operativo terapêutico vai procurar resolver uma tarefa grupal, ou seja, vai procurar encontrar o denominador comum da ansiedade do grupo, provocando uma diminuição dos medos e superando a resistência à mudança.

Tais grupo partem de um referencial psicanalítico, apesar de nem todos os autores que partem desse referencial concordarem que a intervenção em grupo pode ser considerada psicanálise (Zimmerman, 1993). De uma maneira geral, a psicoterapia analítica de grupo visa melhorar a percepção e o ajustamento à realidade, para isso deve haver uma atitude neutra e facilitadora das interações e da livre expressão por parte do terapeuta (Cohn, 1973).

Alguns autores acreditam que a principal função do terapeuta ou coordenador do grupo operativo é ajudar por meio de intervenções interpretativas, que consiste em tornar explícitos os fatores implícitos ocorridos no grupo (Brohman e Tubert-Oklander, 1986; Fiscmann, 1997). Segundo Brohman e Tubert-Oklander (1986), esse tipo de intervenção "permite aos membros tomar consciência e enfrentar racionalmente aqueles obstáculos que, ao permanecerem inconscientes para eles, teriam continuado interferindo com a realização da tarefa externa" (p.137).

Um dos principais conceitos dentro do enfoque dos grupos operativos é o de Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO), que representa os valores e crenças de cada pessoa. Em grupo, a realização de uma tarefa pode ser dificultada pelas diferenças dos ECROs dos diversos participantes, portanto, os ECROs individuais devem ceder lugar à construção de um ECRO grupal (Berstein, 1986). A construção de

um ECRO grupal é condição necessária para o estabelecimento da comunicação no grupo. De acordo com Bernstein (1986), "o grupo operativo está centrado na tarefa e sua finalidade é aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades manifestadas no campo grupal, e não no de cada um de seus integrantes" (p. 111).

Portanto, através da operacionalização de uma tarefa comum, os grupos operativos buscam promover entre os participantes a conscientização e superação de suas ansiedades, a ruptura dos estereótipos, a reparação das redes de comunicação, a superação da resistência à mudança e a leitura crítica da realidade (Bernstein, 1986).

Os grupos fundamentados no **enfoque junguiano** objetivam prover uma atmosfera de confiança e apoio em que os participantes, gradualmente, vão deixando suas máscaras de lado e vão aprendendo a se comunicar autenticamente (Day e Matthes, 1992).

A psicologia analítica de Jung desenvolveu alguns conceitos básicos para entender o comportamento das pessoas numa situação de grupo, como a teoria dos tipos psicológicos e os conceitos de *persona*, sombra e complexo (Day & Matthes, 1992). Dentre esses conceitos destacam-se:

- A teoria dos tipos psicológicos diz que as pessoas interagem com o mundo por meio de duas atitudes básicas - introversão e extroversão - e de quatro funções da consciência - pensamento, sentimento, sensação e intuição. Geralmente uma dessas atitudes e uma dessas funções torna-se superior ou mais acessível à consciência, enquanto que as outras ficam em segundo plano;
- O conceito de *persona* diz respeito às máscaras ou papéis assumidos pelas pessoas no dia-a-dia. A forte identificação com um papel pode se tornar uma prisão para as pessoas, fazendo com que elas deixem de fluir a vida para representar sempre o mesmo papel;

- O conceito de sombra está relacionado aos aspectos rejeitados da personalidade, ou seja, é tudo aquilo sobre si mesmo que, por ser desagradável, é reprimido ou se tenta esconder;
- Os complexos são experiências passadas traumáticas que ficam registradas na memória e que, geralmente, são acompanhadas por ansiedade, percepção distorcida, entre outros sintomas.

De acordo com a teoria dos tipos psicológicos, os desequilíbrios psicológicos ocorrem quando somente uma atitude e uma função são bem desenvolvidas na consciência e as outras estão num nível inconsciente (Day & Matthes, 1992). Por outro lado, o equilíbrio emocional depende da tomada de consciência dessas funções e atitudes inconscientes, ou seja, as pessoas devem ter todas as atitudes e funções bem desenvolvidas na consciência. Portanto, nesses grupos as pessoas são encorajadas a expressar e desenvolver todas as atitudes e funções da consciência, através da promoção de uma atmosfera que facilita a lembrança e a exploração dos complexos e dos sintomas.

Com a segurança sentida no grupo, as pessoas experimentam ajudar os outros e aprendem a contar suas experiências, em contrapartida, podem receber *feedback* e apoio do grupo. Dessa forma, têm oportunidade de ver sua sombra ser confrontada e podem se tornar mais conscientes dos aspectos rejeitados da sua psique e de seus impulsos. Com isso, passam a reagir menos e a serem verdadeiramente auto-diretivas (Day & Matthes, 1992).

A terapia de grupo por meio do enfoque da **Gestalt** é basicamente uma modalidade experiencial-existencial que busca promover a integração de pensamento, sentimento e comportamento no aqui-agora (Day e Matthes, 1992; Greve, 1996). Para

isso, são utilizadas várias técnicas com o objetivo de capacitar o paciente a funcionar com segurança em si mesmo, o que requer a resolução de *gestalts* abertas, ou seja, das situações inacabadas do passado. Segundo esses autores, a meta da terapia Gestalt é o crescimento pessoal através da elevação do nível de consciência.

Essa modalidade de intervenção em grupo baseia-se na "teoria do campo" e na "teoria holística" para explicar o funcionamento do grupo terapêutico e, portanto, o entende como uma rede de interdependência ligada por um campo de força, em que cada um afeta o outro e é afetado pelo conjunto (Ribeiro, 1994). Esse conjunto é chamado de "matriz grupal" e qualquer alteração na estrutura dessa matriz é antecedida por alterações nos indivíduos que fazem parte do grupo. Ribeiro (1994) explica esse processo da seguinte forma:

Um grupo, nos seus primeiros momentos, é apenas um campo geográfico sem significação, como um conjunto de pessoas numa sala. Após algumas horas ou dias, as pessoas começam a se conhecer, a se sentir, a ter afetos, e ele passa a ser um campo psicológico. As palavras e os gestos passam, então, a ter sentido e a gerar comportamentos e atitudes específicas. Esse campo é agora um todo significativo, uma configuração total por si, onde o comportamento se torna previsível (p. 64).

Dessa forma, o grupo é visto como um todo que tem um objetivo comum, ou um projeto existencial, como enfatiza Ribeiro (1994). Para esse autor, cada pessoa no grupo tem seu projeto específico que está interligado ao projeto do grupo como um todo, ou seja, o grupo forma um projeto diferenciado que informa cada projeto individual.

As características das intervenções em grupo que são realizadas através do enfoque gestáltico são: a) ênfase continuada no aqui-e-agora da experiência; b) ênfase na percepção psíquica e corporal (unidade corpo-mente); c) ênfase no contato entre os membros, em vez de falar deles ou com eles, ou seja, a pessoa vai falar do que lhe aconteceu quando estava em contato com o outro; d) expressão do que está acontecendo

aqui-e-agora; e) respeito pelas fronteiras mútuas, tomando cuidado para não invadir outras pessoas; f) expressão de si mesmo, em vez de fazer perguntas; g) evitar o fornecimento de conselhos (Greve, 1996).

Nesse contexto, o terapeuta ou líder tem um papel muito ativo no grupo e tende a focalizar sua atenção em cada participante individualmente, não dando tanta ênfase às variáveis do processo grupal (Day e Matthes, 1992). Para Tellegen (1984), o mais importante na condução de um grupo é o terapeuta ter bem definido qual é a sua principal tarefa no grupo. Essa definição é indispensável em situações complexas, possibilitando discernir o que é prioridade em cada momento.

De acordo com Ribeiro (1994), a condução de um grupo envolve dois elementos básicos e complementares, que são teoria e técnica. Portanto, é necessário o conhecimento teórico a respeito dos processos de comunicação grupal, dos mecanismos de cura e dos fenômenos grupais. Por outro lado, é preciso que o terapeuta também tenha sensibilidade, fluidez, espontaneidade, poder de entrega, capacidade de criar e competência para que ele possa ser no grupo um elemento de transformação.

O **grupo de encontro** desenvolvido por Carl Rogers é uma modalidade de grupo que "pretende acentuar o crescimento pessoal e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relações interpessoais, através de um processo experiencial" (Rogers, 1970, p. 16). Essa técnica surgiu a partir do pensamento de Kurt Lewin, da "psicologia da Gestalt" e, principalmente, da "terapia centrada no cliente".

Aproximadamente na década de 1940, ao mesmo tempo em que Lewin desenvolvia sua idéia de treinar as capacidades em relações humanas dando origem aos *training groups*, Rogers e alguns colaboradores do Centro de Aconselhamento da Universidade de Chicago estavam empenhados em treinar pessoas para serem conselheiros e pensaram que uma experiência de grupo poderia prepará-los melhor que

qualquer treino intelectual. Perceberam que devia ser um grupo terapêutico com o objetivo de crescimento pessoal, desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relações interpessoais. Assim, da tentativa de unir aprendizagem experiencial e cognitiva num processo terapêutico, surgem os grupos de encontro (Rogers, 1970).

Esses grupos se difundiram rapidamente, provavelmente devido à grande aceitação na atualidade da idéia de juntar pessoas num grupo sem nenhum programa a priori, apenas com a intenção de propiciar o encontro das realidades existenciais presentes no grupo. Fica claro que havia nessas sociedades uma demanda para o surgimento desses grupos, o que explica sua difusão de forma espontânea e não organizada, como assinala Rogers (1970):

Nenhum grupo ou organização promoveu o desenvolvimento dos grupos de encontro. Não houve qualquer financiamento para esta expansão, quer de fundações quer de governos. Muitos psicólogos e psiquiatras ortodoxos desaprovaram este desenvolvimento. Contudo, apesar disto, em igrejas, colégios, centros de desenvolvimentos e na indústria, o número de grupos floresceu. Foi um pedido espontâneo, de pessoas que estavam claramente à procura de qualquer coisa (p. 22).

Os grupos de encontro enfatizam, como o próprio nome diz, o encontro, a interação autêntica e o espaço interpessoal. Nesses, trabalha-se partindo do conteúdo emergente em cada sessão e o papel do líder é facilitar a livre expressão e a autenticidade nos membros. Isso pode ser terapêutico para as pessoas porque elas começam a perceber que podem ser autênticas na expressão de sentimentos e pensamentos, e também serem aceitas no grupo. Dessa forma, passam a desenvolver relacionamentos genuínos dentro e fora do grupo, expressando seus sentimentos sem o medo da rejeição. Com isso podem sentir-se mais fortes e com capacidade para resolver seus problemas sozinhas. Portanto, tais grupos trazem um referencial inovador, aqui o terapeuta não dirige a experiência de grupo ele é apenas um facilitador das experiências.

De acordo com Rogers (1970), concomitante ao desenrolar do grupo, ocorre a retirada das máscaras, fazendo com que emergjam sentimentos verdadeiros. Uma explicação para isso é que a promoção de um clima de confiança mútua e de aproximação entre os membros pode contribuir para o desenvolvimento da comunicação autêntica e o surgimento de sentimentos de amizade, calor humano e simpatia pelos outros participantes. Como aponta este autor, "o indivíduo acaba por se conhecer a si próprio e a cada um dos outros mais completamente do que o que lhe é possível nas relações habituais ou de trabalho" (p. 21).

Dessa forma, tais grupos tendem a promover o desenvolvimento de relações sociais saudáveis a partir de uma experiência não-diretiva, em que o facilitador confia na capacidade das pessoas de provocar transformações em suas vidas, bem como na capacidade terapêutica do grupo. De acordo com Boainain Júnior (1998), "o grupo de encontro rogeriano é, sem dúvida, a mais não-diretiva e menos técnica das formas de trabalho grupal desenvolvidas pelos psicólogos humanistas" (p. 88). A estrutura de funcionamento desses grupos - sem programação prévia e não-diretivo - favorece a resolução de conflitos de forma autônoma, ou seja, por iniciativa e decisão da própria pessoa que pode, se desejar, contar com a ajuda do grupo.

A modalidade de **grupo de apoio social e ajuda mútua** parte do compartilhamento de experiências e estruturação de laços de apoio e amizade entre os participantes com o objetivo de aumentar a imunidade frente aos problemas de saúde e promover o restabelecimento da condição de bem-estar. Participam desses grupos pessoas que enfrentam situações similares, geralmente problemas emocionais ou doenças crônicas, e que se juntam para tentar amenizar o sofrimento e procurar estratégias de enfrentamento destes. Tais intervenções baseiam-se nas teorias das relações sociais para justificar a importância das interações positivas na amenização ou

prevenção das situações de estresse ou dos momentos difíceis da vida cotidiana (Barrón, 1996; Barrón et al., 1988; Cohen e Syme, 1985; Gottlieb, 1988).

Os primeiros grupos de apoio social e ajuda mútua surgiram na Inglaterra, durante a I guerra mundial. Num contexto em que havia falta de médicos para atender a uma grande quantidade de feridos, um médico teve a idéia de agrupar pacientes com problemas similares para que pudessem se ajudar mutuamente e superar as situações individuais, mediante a reciprocidade da ajuda (Ander-egg, 1995). Anos depois, aplicando procedimento parecido, nos Estados Unidos se desenvolve um dos grupos de ajuda mútua mais antigos e difundidos no mundo: os Alcoólicos Anônimos (AA). Esses grupos foram pioneiros e serviram de exemplo para outros organizados com esse propósito de juntar pessoas com problemas comuns para que possam superar as situações individuais mediante a reciprocidade da ajuda.

Entretanto, a difusão destes grupos nos países desenvolvidos se deve, em parte, à situação de crise e limitações enfrentadas pelo setor de saúde pública e a perda de confiança nos profissionais e nas instituições públicas para resolver importantes problemas de saúde (Gil e Garcia, 1994; Vincent Valla, 1998). Por outro lado, formam parte das políticas assistencialistas praticadas pelas instituições governamentais, principalmente sanitárias, pois acham que é conveniente e econômico promover o desenvolvimento desse tipo de intervenção (Ander-Egg, 1995; Canals, 1995). Contudo, foi a partir do reconhecimento da influência das relações sociais positivas para o bem-estar e saúde das pessoas que tais grupos alcançaram grande popularidade.

De acordo com Barrón (1996), os grupos de apoio e auto-ajuda surgem como alternativa ao sistema de cuidados tradicionais em que as pessoas esperam que a solução aos seus problemas esteja a cargo de um profissional que possui os conhecimentos adequados e as estratégias para resolvê-los. Tais grupos reconhecem a capacidade das

peessoas de resolver seus problemas, assumindo responsabilidade e recuperando o controle sobre suas vidas (Barrón, 1997; Canals, 1995; Vincent Valla, 1998).

Nos grupos baseados no apoio social, os participantes comunicam suas experiências e isso pode suscitar uma identificação por parte de outras pessoas que estão enfrentando os mesmos problemas. Ao perceberem que não estão sozinhas, podem sair da situação de isolamento provocada pela doença e sentirem-se mais fortes para enfrentá-la. Dessa forma, percebe-se que o compartilhamento de problemas facilita a integração e o surgimento de solidariedade entre os participantes (Barrón et al., 1988; Gottlieb, 1988). Quando existe coesão grupal e são cultivados os sentimentos de solidariedade e amizade, as pessoas tendem a se sentirem melhor e passam a enfrentar os problemas de uma forma mais positiva.

Além disso, esses grupos também facilitam as auto-avaliações a partir do incentivo para que as pessoas falem de suas experiências e sentimentos. Quando um dos participantes se coloca diante do grupo há a possibilidade de haver comparações entre a experiência pessoal e a do outro, e com isso cada um passa a refletir e avaliar sua situação (Gottlieb, 1988). Por outro lado, a pessoa que está se colocando também pode adquirir feedback do grupo sobre seu problema, o que possibilita a mudança de concepção e um maior entendimento da situação.

Nos grupos de apoio, as pessoas se encontram periodicamente, geralmente sob a liderança de um profissional, para compartilhar suas experiências pessoais, comparando conhecimentos e estratégias de enfrentamento ao problema, prestando ajuda mútua e adquirindo feedback sobre sua forma de lidar com situações difíceis (Barrón, 1996; Barrón et al., 1988; Gottlieb, 1988). Entre as características desses grupos estão: a) homogeneidade; b) vitimização por uma situação ou sistema, antes que por psicopatologia; c) confissão pública de qualificação para filiação ao grupo; d) uso de

linguagem comum; e) estrutura horizontal; f) intercâmbios educacionais e informativos; g) desenvolvimento de habilidades de enfrentamento ao problema; h) pressuposto de liderança e controle por parte dos próprios membros do grupo (Lego, 1996).

A principal diferença existente entre grupos de apoio e de ajuda mútua diz respeito à presença ou não de profissionais, o que torna os grupos de ajuda mútua mais autônomos ao funcionarem só com pessoas que compartilham do mesmo problema. Portanto, esses grupos são definidos por Zayas (1995) como:

(...) grupos de pessoas que sofrem um mesmo problema ou que vivem uma situação que afeta negativamente a saúde ou o bem-estar e que se reúnem de maneira formal, periodicamente, com objetivos determinados, em que se estabelece um processo de trocas informativas-cognitivas, instrumentais e emocionais (p. 37).

Dessa forma, os grupos de apoio e ajuda mútua podem ser considerados como fases no desenvolvimento dos grupos baseados no apoio social pois, a princípio, faz-se necessário um profissional para formar o grupo e assumir a função de coordenação e, posteriormente, com o desenvolvimento da autonomia nos seus membros, tais funções passariam a ser desenvolvidas por estes (Barrón, 1996).

Gil e Garcia (1994) recomendam que a forma de atuação dos profissionais deve ser equilibrada, eles devem manter contatos pessoais para aconselhar tecnicamente o grupo, iniciá-los, promovê-los, falar a seus membros, assistir às reuniões, mas devem também reconhecer uma margem de autonomia ao próprio grupo. Para isso têm que realizar atuações que não gerem dependência no grupo e que facilitem sua capacidade de organização própria e ajuda mútua (Zayas, 1995). Dessa forma, é necessário, inicialmente, a boa formação do profissional para conduzir tais grupos e, posteriormente, saber que há o momento de se desligar quando estes se encontrarem em condições de se desenvolverem sozinhos.

Contudo, deve haver o cuidado, por parte dos profissionais, para que não incorram no erro de achar que sabem o que é melhor para o outro sem levar em conta as necessidades deste. Barrón (1996) chama atenção para o fato de que "muitos profissionais supervalorizam seu poder de ajudar, convertem as pessoas desses grupos em seus pacientes ou clientes, assumindo que podem lhes dar o que necessitam" (p. 85-86). Essa atitude "paternalista" pode contribuir para o estabelecimento de relações hierárquicas que trazem prejuízo à comunicação interna do grupo, à medida que promovem bloqueios em seus membros.

Os grupos de apoio e ajuda mútua vêm sendo considerados como uma estratégia de intervenção útil e efetiva para resolução de problemas na área da saúde (Barrón, 1997; Barrón, 1996; Barrón et al., 1988; Canals, 1995; Gottlieb, 1988; Vincent Valla, 1998; Zayas, 1995). Isso porque contam com uma estratégia de intervenção relativamente simples de ser aplicada, que favorece entre os participantes o assumir de responsabilidade e de controle sobre suas vidas.

As modalidades de grupo apresentadas nesse tópico têm, cada uma, trazido contribuições para o estudo e aplicação da técnica de tratamento em grupo. Essas modalidades, entre outras, podem ser muito úteis dependendo da situação e do contexto em que são utilizadas. Contudo, acredita-se que os grupos de encontro e os grupos de apoio social e ajuda mútua são as modalidades que melhor se adaptam para o trabalho na área denominada de "saúde orgânica".

As intervenções grupais realizadas a partir do referencial dos grupos de encontro e dos grupos de apoio social, tendem a desenvolver a autonomia e a responsabilidade pessoal e social, pois trata-se de grupos em que o papel do monitor é menos ativo, na verdade este funciona como um facilitador, dando oportunidade aos membros de

resolverem seus conflitos a partir da promoção de um clima de confiança mútua e aproximação entre estes.

2.3. O contexto da rede básica de saúde

Fazem parte da rede básica de saúde, os centros e unidades de saúde responsáveis pela atenção primária, no Sistema Único de Saúde - sistema de saúde em vigor no Brasil desde 1988. Portanto, para a compreensão desse contexto, é necessário entender como ocorreu a implantação desse sistema, bem como o modelo de atenção médica utilizado pelos profissionais que atuam na saúde e a prática desses profissionais nesta.

2.3.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por um processo de reforma sanitária e construção de um sistema de saúde que atenda às necessidades da população e, ao mesmo tempo, seja economicamente viável. O modelo de saúde médico-assistencial privatista em vigor entre os anos de 60 e 70 mostrava-se insatisfatório, tendo impulsionado uma mobilização da sociedade na luta pela democratização e descentralização do sistema de saúde. Tal movimento culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, na aprovação do Sistema Único de Saúde na constituição de 1988 (Silva, 1992).

A implantação do modelo médico-assistencial privatista ocorre como resposta aos problemas de saúde que foram gerados por uma concentração de trabalhadores nas metrópoles, aproximadamente na década de 60. Nessa época, houve a migração de um

grande número de pessoas das cidades pequenas para os grandes centros urbanos, provocada por uma aceleração do processo de industrialização (Mendes, 1999).

De acordo com Mendes (1999), o modelo médico-assistencial privatista, consolidado em 1966 com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e institucionalizado em 1975 através da lei 6.229, tinha como características principais:

- a) extensão da cobertura previdenciária para abranger a quase totalidade da população;
- b) favorecimento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada;
- c) criação de um complexo médico-industrial;
- d) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde.

Tais características baseiam-se em concepções que estão permeando as práticas de saúde até os dias atuais, e essas concepções encontram-se tão inseridas na sociedade que qualquer tentativa de ampliação dessas práticas torna-se difícil.

Nas décadas de 60 e 70, a sociedade brasileira estava imersa num regime militar-ditatorial marcado pela repressão. De acordo com Arretche (1997), durante esse período foi instituído o Sistema Brasileiro de Proteção Social, cuja centralização financeira e administrativa o Estado detinha. Esse sistema criou diversos programas de assistência social e, na área da saúde, as políticas eram realizadas pelo INPS e pelo Ministério da Saúde, instituições federais que detinham a centralização financeira e administrativa, instaurando os programas de saúde de maneira vertical.

Contudo, muitas críticas foram feitas a esse modelo de saúde médico-assistencial privatista e às práticas por ele impostas, que se tornaram insatisfatórias para a população, dando os primeiros indícios da situação de crise pela qual passaria o setor sanitário. É quando se inicia, no final da década de 70, com influência da situação política do país, um movimento de reação entre os profissionais de saúde, o chamado Movimento Sanitário, que pregava a descentralização da política nacional de atenção à

saúde, a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde (Arretche, 1997; Dimenstein, 1998; Mendes, 1999).

Os anos 80 foram marcados por um processo de democratização e abertura política do país, em que houve a transição da ditadura para a democracia, o movimento popular pelas eleições diretas para presidente e, posteriormente, a retomada de eleições diretas para todos os níveis de governo. Foi nessa década que ocorreu o auge do Movimento Sanitário com a discussão de suas propostas em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, quando foram definidas as bases para a Reforma Sanitária Brasileira. Tais acontecimentos marcaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição pelo modelo plural (Mendes, 1999).

De acordo com Carvalho e Yamamoto (1999), as conclusões do relatório final dessa conferência foram: 1) um novo conceito de saúde, que seria considerar a saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde; 2) saúde como direito da cidadania e dever do Estado; 3) instituição de um sistema único de saúde; 4) participação popular nos serviços públicos de saúde.

A VIII Conferência foi um evento muito importante porque conseguiu grande representatividade ao reunir pessoas de vários setores sociais para discutir a questão da saúde, bem como porque suas propostas tiveram repercussão na sociedade. A partir dessa conferência, algumas medidas foram tomadas na direção da descentralização, entre estas: a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 que incorporou os princípios da reforma sanitária e, finalmente, a aprovação em Outubro de 1988 dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal (Arretche, 1997; Dimenstein, 1998; Mendes, 1999). Portanto esse movimento

em prol da reforma sanitária representou o resgate do exercício da cidadania entre profissionais e usuários, a partir da luta por melhores condições de saúde.

O SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; 2) atendimento integral; 3) participação da comunidade (Art. 198 - Brasil/Constituição, 1999). A participação da comunidade é um aspecto muito importante na busca de melhores condições sanitárias para uma sociedade, pois somente uma sociedade organizada pode mobilizar forças para procurar respostas para seus problemas. Essa participação pode ser conseguida mediante a formação de grupos nos quais as pessoas possam discutir sobre suas dificuldades e doenças, buscando estratégias comunitárias de enfrentamento destas.

De acordo com a constituição de 1988 (Brasil/Constituição, 1999), faz parte das competências do Sistema Único de Saúde: 1) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos e outros insumos; 2) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e as de saúde do trabalhador; 3) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; 4) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; 5) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; 6) fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas para consumo humano; 7) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; 8) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Embora a constituição de 1988 tenha decretado a descentralização fiscal, em 1991 houve uma interrupção desse processo quando o governo federal voltou a assumir a administração e o repasse de recursos para a rede conveniada e estabeleceu uma relação direta com os municípios, reduzindo a participação dos governos estaduais. A

partir daí, ocorreu a implantação da municipalização do SUS, que fortaleceu as relações entre governo federal e municípios, pois requis a decisão municipal de aderir à política federal de saúde. Porém, permanecem no âmbito do Ministério da Saúde as ações de controle de endemias e de doenças específicas (Arretche, 1997).

O SUS é composto por três subsistemas: 1) um subsistema de desembolso direto, em que as pessoas pagam com recursos próprios os serviços; 2) um subsistema de atenção médica supletiva, que é o sistema privado de planos de saúde; 3) um subsistema público, também chamado SUS, com serviços estatais diretamente prestados pela União, estados e municípios, e privados, oferecidos por empresas que estão pactuadas com o Estado através de convênios ou contratos (Mendes, 1999).

Esse sistema de saúde, em teoria, deveria atender a toda a população (Art. 196 Brasil/Constituição, 1999), mas não é o que vem acontecendo. As pessoas pertencentes às camadas populares são as mais prejudicadas, pois dependem do subsistema público que tem déficit de recursos físicos, materiais e humanos para satisfazer as necessidades sanitárias dessa clientela. Portanto, o direito à saúde é muitas vezes desrespeitado na prática do SUS; grande parte da população não tem acesso à atenção médica de qualidade, e os que têm geralmente pagam com recursos próprios. Qualquer pessoa que tenha condições financeiras, mesmo que mínimas, paga por uma saúde privada devido às precárias condições em que se encontra o subsistema público. Dessa forma, a distância entre discurso e prática torna-se muito grande, restando a desculpa da falta de verba para esse setor.

O que se observa é uma situação de crise no setor sanitário expressando, por um lado, a insatisfação quanto ao sistema de saúde vigente que não está dando conta de responder às necessidades da população. Por outro lado, é o reflexo dos altos custos dos procedimentos médicos promovidos por uma indústria médica e farmacêutica cada vez

mais tecnicista, e da falta de eficácia desses procedimentos. De acordo com Mendes (1999), essa crise na saúde manifesta-se em quatro dimensões:

1. Ineficiência do sistema de saúde na maneira como aplica seus recursos - ao ser influenciado pelo modelo médico hegemônico, vem passando por uma crise de financiamento determinada por um crescimento nos custos e por procedimentos de relativo baixo impacto sobre a saúde;
2. Ineficácia das ações do sistema de saúde - falta de correspondência entre os gastos em saúde e seu impacto nos padrões sanitários das populações;
3. Iniquidade na distribuição de atenção médica e de recursos financeiros - a disponibilidade destes tende a variar inversamente com as necessidades da população;
4. Insatisfação da opinião pública com o sistema de saúde.

Cabe mencionar aqui que a diferença, entre as dimensões da ineficiência e a da ineficácia é mínima ou inexistente, restando o questionamento da sua validade. De acordo com Silva Júnior (1998), eficácia "consiste em interferir 'pontualmente' em problemas de saúde de magnitude, com tecnologias simples e baratas, e que modificam os indicadores clássicos de saúde pública" e eficiência "para as corrente neoliberais é gastar pouco e bem" (p. 117). Para esse autor, a eficácia se refere mais aos resultados conseguidos, enquanto a eficiência se refere a racionalização dos gastos, aplicando-os da melhor forma. Contudo, não há dúvidas de que os procedimentos utilizados por esse sistema de saúde, geralmente, são onerosos e não produzem o efeito desejado, de que a distribuição de recursos é desigual e de que há uma insatisfação popular com esse sistema.

Nesse contexto, surgem algumas propostas isoladas no campo da Saúde Coletiva objetivando organizar os serviços de saúde com base na discussão sobre cuidados básicos em saúde (Silva Júnior, 1998). Esse campo é composto por experiências alternativas que visam construir e operacionalizar as políticas de saúde, e muitas dessas experiências têm encontrado resolutividade para alguns problemas. Porém tem havido uma tendência nesse campo de tentar transformar essas experiências de sucesso em modelo ideal, aplicável a qualquer situação, contexto ou problema, tornando difícil sua operacionalização (Campos, 1997a).

Assim sendo, a institucionalização do SUS no final dos anos 80 representou a expressão de um processo de redemocratização pelo qual passava o país. Nesses anos de sua implementação, esse sistema tem passado por muitas dificuldades, inclusive pela redução de verba para seu funcionamento, além de não ter sido capaz de acompanhar e adaptar-se às mudanças sociais e políticas ocorridas no mundo. Como resultado, temos um sistema de saúde que tem sido considerado exemplar no papel, mas na prática não tem conseguido dar conta do que se propôs.

De acordo com Campos (1997a), o Estado brasileiro tem impedido a plena implantação do SUS e tentado destruí-lo, alegando que a legislação sanitária não é razoável, para finalmente sugerir a privatização. Porém o SUS é viável e tem mostrado resolutividade para inúmeros problemas, mesmo que muitas de suas diretrizes ainda não tenham sido colocadas em prática. Mendes (1999) acredita que o SUS deve ser entendido como um processo social em construção e que merece ser continuado, devido ao fato de se constituir num espaço de reforma do aparelho de Estado e de formação de cidadania.

2.3.2. *O modelo de saúde vigente*

Um modelo de saúde é constituído por um sistema de crenças, inclusive as concepções de saúde e doença, presentes numa determinada sociedade num momento histórico específico. O atual modelo de saúde presente em nossa sociedade está baseado no paradigma flexneriano. Esse paradigma recebe tal denominação devido ao famoso Relatório Flexner, um documento publicado em 1910 pela Fundação Carnegie (Mendes, 1999). O Relatório Flexner propunha um conjunto de recomendações com relação ao ensino e à prática das ciências na área sanitária e vingou devido à grande aplicação de verbas por parte de fundações privadas.

Segundo Mendes (1999), o paradigma flexneriano expressa-se por um conjunto de elementos: a) o mecanicismo - tendência a associar o corpo humano a uma máquina; b) o biologismo - crença na natureza biológica das doenças; c) o individualismo - instituição e alienação dos indivíduos; d) a especialização - ênfase no conhecimento específico em detrimento da compreensão holística; e) a tecnificação - ênfase na tecnologia e na tecnificação do ato médico; f) o curativismo - ênfase no diagnóstico e na terapêutica em detrimento da causa das doenças. Silva Júnior (1998) acrescenta mais dois elementos constitutivos desse paradigma, são a exclusão das práticas alternativas diante da hegemonia da medicina científica e a concentração de recursos nos espaços urbanos de maior densidade populacional.

Esse modelo de saúde médico-assistencial privatista é também chamado por alguns autores de modelo "biomédico". Tal modelo baseia-se no pensamento cartesiano e propõe a divisão entre corpo e mente, conseqüentemente, separou os profissionais que cuidam da saúde física dos que cuidam da saúde mental. Os psiquiatras ficaram com o cargo de tratar da mente, inclusive, em muitos casos, passaram a ser estigmatizados

pelos outros profissionais médicos devido à dificuldade do seu objeto de estudo se adaptar às condições impostas por esse modelo.

É um modelo considerado "organicista" devido à ênfase dada à natureza biológica das doenças. Privilegia a cura, vista como remissão dos sintomas, em detrimento do bem-estar pessoal e social e, dessa forma, tem enfatizado o tratamento, e não a prevenção das doenças físicas e mentais (Capra, 1982; Remen, 1993). Contudo, o tratamento das doenças passa a não considerar os aspectos psicológicos, sociais e ambientais que influenciam ou provocam tais doenças, considerando estas como problemas isolados.

Por outro lado, tal modelo defende a origem intrapsíquica dos transtornos mentais, apontando apenas o papel dos fatores biológicos no aumento das patologias. Dessa forma, há uma desvalorização do trabalho realizado pelos psicólogos em detrimento do tratamento psiquiátrico. Conseqüentemente o método preferido para tratar as doenças mentais é o uso de medicamentos, que é eficaz quando há prescrição adequada e quando é encarado como um instrumento com eficácia relativa, pois geralmente só controla os sintomas do distúrbio e ainda interfere no processo de cura espontânea do organismo.

Com a influência do modelo biomédico, as pessoas são condicionadas a pensar que devem se manter constantemente supervisionadas por médicos e tratadas com medicamentos para preservar a saúde (Capra, 1982). Tal modelo ignora a tendência humana a manter-se em equilíbrio e o poder de cura do organismo. Como resultado há uma grande quantidade de pessoas que se encontram alienadas de si e dependentes dos médicos, na crença de que estes podem consertar tudo.

É, portanto, uma prática que pressupõe uma relação de poder entre o médico, que assume o papel de "curador", e o paciente, que se torna um receptor passivo e

dependente de terapias sofisticadas e onerosas. De acordo com Capra (1988, p. 149), "essa prática romperia seriamente o equilíbrio natural do sistema vivo, gerando assim numerosas enfermidades". Além de se configurar como uma prática invasiva e autoritária, promovendo a dependência e a passividade por parte do paciente², configura-se também como uma prática que pode ser iatrogênica, gerando algumas vezes doenças provocadas pela ação do médico ou do tratamento por este prescrito. Vale salientar, ainda, que esse modelo adquiriu um status de dogma em nossa sociedade e, para o grande público, está vinculado ao sistema comum de crenças culturais, portanto de difícil mudança (Edemem, 2000; Radley, 1994; Remen, 1993).

Os profissionais, especialmente médicos, por sua vez passam a concentrar-se no conceito de mecanismos corporais, deixando de lado os aspectos psicológicos, sociais e ambientais das doenças, gerando assim uma prática médica cada vez mais especializada e distanciada da promoção do equilíbrio e bem-estar. Uma prática que se proponha a promover o equilíbrio do organismo deve considerar a interação entre todos os aspectos da condição humana, e não apenas a supressão dos sintomas físicos. De acordo com a concepção holística, o sintoma físico é apenas um sinal de que alguma coisa está errada com o organismo. Portanto, a supressão do sintoma não vai promover o equilíbrio, mas sim fazer com que aquele sintoma possa se expressar em outra parte do organismo.

Capra (1982) acredita que "o fenômeno da cura estará excluído da ciência médica enquanto os pesquisadores se limitarem a uma estrutura conceitual que não lhes permite lidar significativamente com a interação de corpo, mente e meio-ambiente" (p. 134). É importante lembrar que esse autor rejeita a designação de cura como remissão dos sintomas, que é utilizada e difundida pelo modelo biomédico. Para ele a cura seria

² O termo "paciente" remete à passividade assumida pelo doente, se referindo àquele "que espera serenamente um resultado", "pessoa que está sob cuidados médicos", "o que sofre ou é objeto de uma ação" (Ferreira, 1986).

esse estado natural de busca de equilíbrio e bem-estar do organismo, e não meramente a ausência de doenças e sintomas.

Tem sido a crescente dependência da assistência médica a esse modelo biomédico que acelerou a tendência à especialização e reforçou a propensão dos médicos a tratarem determinados órgãos ou tecidos sem levar em conta o organismo como um todo. Com isso, a medicina passou a tratar a doença, e não o paciente enfermo, pois segundo o ponto de vista biomédico não existe enfermidade quando não são encontradas alterações estruturais e bioquímicas, características de uma doença específica (Remen, 1993).

Como resultado, a definição de saúde, de acordo com esse modelo, fica restrita à ausência de doença, e as práticas de saúde em geral dão menos atenção à educação, prevenção, promoção da saúde, bem como à relação do indivíduo com o ambiente. Tal concepção prevalece em nossa sociedade, ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, tenha definido a saúde como "um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades", demonstrando assim a tentativa de se entender o ser humano como um todo, porém, reduzindo-o, ainda, a uma situação estática de perfeito bem-estar, e não como um processo contínuo de mudança e evolução (Capra, 1982).

Esse modelo de saúde baseado numa visão reducionista do ser humano e dos processos saúde-doença é vigente em nossa sociedade, ainda que tenham havido críticas e tentativas de ampliação.

2.3.3. A prática profissional na saúde pública

O subsistema público de saúde tem cuidado, principalmente, da saúde das classes populares que normalmente sofrem com as condições sanitárias precárias das grandes cidades industrializadas. Porém, esse sistema vem enfrentando algumas dificuldades, inclusive o fato de não ser considerado um ideal de trabalho pelos profissionais da saúde, aparentemente porque não é tão rentável quanto a prática autônoma e individual.

Contudo, devido a problemas existentes em nosso contexto sobretudo de ordem econômica e social, tem havido uma tendência à "institucionalização das profissões de saúde" (Silva, 1992, p. 26). Há um excesso de profissionais liberais no mercado de trabalho atendendo às classes mais altas, fato que tem dificultado o sucesso financeiro da prática autônoma e levado alguns profissionais a procurarem vínculo empregatício em instituições públicas. Isso vem ocorrendo a partir da busca pela estabilidade e segurança financeira que, geralmente, está associada ao emprego nessas instituições.

Mesmo que ultimamente tenha havido essa procura dos profissionais pelas instituições públicas, o número dos que atuam nessa área ainda é insuficiente para atender a toda a demanda. Diante dessa situação quem mais sofre é a população pertencente às classes sociais economicamente desfavorecidas, que depende da rede pública por não dispor de meios para pagar planos de saúde ou consulta particular e, muito menos, pode pagar por procedimentos cada vez mais especializados e caros.

No Brasil é relativamente recente a inserção de alguns profissionais no setor da saúde pública e mais recente é o reconhecimento destes como profissionais de saúde. De acordo com Carvalho e Yamamoto (1999), somente em 1997 o Conselho Nacional de Saúde reconheceu como "profissionais de saúde de nível superior os assistentes sociais, os biólogos, os profissionais de educação física, os enfermeiros, os farmacêuticos, os

fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos, os veterinários, os nutricionistas, os odontólogos, os psicólogos e os terapeutas ocupacionais" (p. 17).

Embora alguns desses já tenham longa trajetória na saúde, outros ainda estão delimitando seu campo de atuação. A psicologia, por exemplo, começou a atuar na saúde sem autonomia e de forma isolada, o que culminou na adoção da perspectiva médica devido à falta do embasamento teórico-prático necessário para a compreensão da sua forma de atuação nesse setor. Como resultado, tem promovido uma prática individualista e acrítica, quase sempre sem investir em intervenções coletivas que poderiam trazer muitos benefícios para a população usuária (Silva, 1992; Spink, 1992).

Geralmente a causa da deficiência no trabalho de alguns profissionais na saúde pública é atribuída a uma formação que não considera as especificidades da população usuária desse serviço. Além de promover uma prática individualista e biologista, a formação desses profissionais está direcionada aos padrões da classe média, ou seja, tem sido pautada em valores sociais completamente diversos dos da população que se apresenta às instituições públicas. Segundo Silva (1992), a constatação dessas diferenças têm, freqüentemente, levado a explicações de que essa clientela usuária da saúde pública não tem capacidade para se beneficiar dos métodos e técnicas utilizados. Porém, na realidade, mostra a deficiência na formação desses profissionais que, ao privilegiarem um único modelo de atuação, pressupõem que este seja aplicado a toda e qualquer situação, população e contexto.

Por outro lado, existe a prepotência dos profissionais de saúde em achar que apenas eles têm o saber sobre a doença do paciente. Esses profissionais geralmente chegam à saúde pública com uma postura autoritária, de quem é detentor de um saber único, certos de que a população usuária não tem conhecimento sobre seu sofrimento e por isso deva aceitar passivamente esse saber que vem de fora. Em posse desse saber,

passam a menosprezar as crenças e valores dessa população e, como resultado, não conseguem atender as suas necessidades. Por sua vez, os usuários geralmente assumem esse papel de receptores passivos dos procedimentos prescritos, o que contribui para o estabelecimento de relações hierárquicas e de dependência, que é o oposto do que se tem discutido com relação à promoção da saúde, através do desenvolvimento de relações democráticas e participativas (Traverso, no prelo).

Dessa forma, ocorre freqüentemente a deslegitimação do discurso do paciente, contribuindo para o reforço da crença de que a população de baixa renda é ignorante e não sabe o que diz (Vasconcelos, 1997). Geralmente os profissionais não valorizam e nem mesmo escutam o que o doente pensa da sua doença. Este, por sua vez, quando percebe que não está sendo ouvido, pode se aborrecer e deixar de cumprir a prescrição médica. O resultado é o estabelecimento de uma relação médico-paciente distante e sem a confiança necessária ao bom andamento do tratamento.

Contudo, tem havido uma tendência a humanizar o atendimento a partir do trabalho desenvolvido por alguns profissionais no campo da saúde. De acordo com Campos (1997b), certos profissionais têm contribuído para a "humanização, para a incorporação de novos procedimentos técnicos necessários à superação dos limites da atenção individual curativa, como os de educação em saúde, trabalho de grupo, reabilitação e outros" (p.124).

Percebe-se que, em geral, a formação e a prática dos profissionais no setor da saúde pública deve considerar o contexto em que atuam e as necessidades da população. Também são importantes as discussões em torno de uma nova concepção de saúde e doença mais condizente com a realidade social desse setor. Campos (1997c) acredita que esses profissionais devem ser, também, atores sociais que questionam e criticam o modelo hegemônico e a estrutura social. Para ele, deveria haver uma redefinição da

função social do sistema público de saúde, bem como um questionamento crítico dos profissionais que atuam nesse sistema. A partir do desenvolvimento de uma consciência crítica, os profissionais poderiam refletir sobre o contexto e tentar um trabalho mais humanizado, menos distante e mais afetivo.

2.4. A importância das intervenções em grupo na construção de uma prática sanitária mais eficaz

Atualmente, devido ao crescente descontentamento entre alguns profissionais e parcelas da população com o atual modelo de atenção à saúde, têm surgido propostas que visam transformar essa realidade através do incentivo à participação ativa das pessoas no enfrentamento e resolução de problemas (Vasconcelos, 1997). Para isso, acredita-se que seria necessário uma abordagem mais abrangente dos problemas de saúde, voltada para um trabalho preventivo e coletivo.

Mendes (1999) propõe uma mudança de paradigma na área sanitária, que seria o da produção social da saúde fundamentado na teoria da produção social, que diz que "salvo a natureza intocada, tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade" (p.239). Dessa forma uma sociedade pode, a partir de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, acumular saúde ou produzir socialmente enfermidades. Segundo esse autor, saúde é um estado em permanente transformação que pode ser vista como

(...) resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um "viver desimpedido", um modo de "andar a vida" prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (p. 237).

Em consequência dessas mudanças em direção a uma abordagem mais abrangente dos problemas de saúde, surge uma tendência à ampliação do conceito de saúde, que passaria a ser encarada não só como a ausência de doença, e sim como um conjunto de comportamentos e atitudes frente ao mundo que determina o equilíbrio do organismo diante das diversas situações. Capra (1988) associa saúde à flexibilidade e, por outro lado, o desequilíbrio e a perda de flexibilidade são associados às situações de estresse ou doença. Assim, o organismo saudável é aquele que se encontra num estado de homeostase, ou estado de equilíbrio dinâmico.

De acordo com tal perspectiva, a doença física é apenas uma das numerosas manifestações de um desequilíbrio básico do organismo. Outras manifestações podem assumir a forma de patologias psicológicas e sociais. Por outro lado, os sintomas da doença refletem a tentativa do organismo de se curar e atingir um novo nível de integração. Para Capra (1982) a concepção holística e ecológica de mundo enfatiza a inter-relação e interdependência essenciais de todos os fenômenos e procura entender a natureza e as interações sociais não só em termos de estruturas fundamentais, mas também em função de processos dinâmicos subjacentes.

Esse ponto de vista coincide com a colocação de Rodríguez-Marín, Pastor-Mira e López-Roig (1988) para quem a saúde passaria a ser entendida de uma forma mais positiva como: a) um processo para desenvolver capacidades e potenciais; b) um conceito dinâmico e mutante, cujo conteúdo varia de acordo com as condições históricas, culturais e sociais; c) responsabilidade pessoal que deve ser promovida pela sociedade e suas instituições; d) responsabilidade social e política que deve gerar a participação ativa e solidária da comunidade; e) a promoção da saúde como uma tarefa interdisciplinar.

Nesse contexto, a prática sanitária também seria reformulada, tornando-se mais ampla e mais eficaz. Mendes (1999) fala de "vigilância da saúde" como uma nova prática nesse campo. Segundo esse autor, essa prática deve dar conta de

(...) recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial (p. 243-244).

Uma prática sanitária em consonância com essa concepção ecológica de mundo deve ser estruturada no sentido de permitir que as relações entre profissionais e usuários da saúde sejam democráticas, que as intervenções sejam construídas em conjunto com a população e que esta assuma um novo papel, de autonomia e de participação ativa na busca de soluções para os problemas enfrentados. Vasconcelos (1997) propõe que a relação entre médico e paciente seja uma relação de aprendizado baseado no diálogo entre o médico, que tem o saber técnico, e o paciente, que tem o saber sobre seu sofrimento e sua realidade. Dessa forma, cabe aos profissionais investirem nessa relação, optando por uma postura democrática e aberta, em que se busca a resolução de cada problema através da troca de saberes e da investigação.

As relações democráticas e o incentivo à participação podem gerar a atitude ativa e responsável da pessoa com respeito ao seu problema e, principalmente, à sua recuperação. Considera-se que as doenças ou problemas de saúde podem trazer ganhos secundários - atenção, amor, cuidado - para seu portador, e tais ganhos podem ser empecilhos nesse processo de desenvolver autonomia. Isso ocorre porque, geralmente, o atual modelo de atenção médica não coloca à disposição das pessoas ferramentas de mudanças. Ao contrário, incentiva a dependência ao criar a idéia de que apenas a

tecnologia médica poderá salvá-la (Remen, 1993). Dessa forma, exclui qualquer esperança de mobilização pessoal na resolução do problema.

Como já foi observado, o modelo de saúde vigente em nossa sociedade tem condicionado uma atuação dos profissionais de saúde sem investir no estabelecimento de relações baseadas no diálogo e nas trocas de saberes com o paciente. Essa falha no relacionamento médico-paciente, quando somada aos problemas estruturais que acometem a saúde pública, tem impedido o bom atendimento nesse setor.

Somente quando há espaço para a participação na convivência com outros que sofrem de problemas parecidos, para a troca de idéias e informações é que a pessoa pode assumir a responsabilidade em transformar o seu sofrimento, mobilizando forças para enfrentar o problema e procurar soluções. A partir dessa perspectiva, Campos (1997c) propõe uma reconstrução do conceito de cura, que seria considerada como a ampliação do coeficiente de autonomia das pessoas. Para esse autor,

(...) faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a capacidade de autonomia do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida (p.50).

Nesse sentido as intervenções em grupo com finalidade terapêutica surgem como formas possíveis de atuação na saúde, capazes de promover a transformação da dependência em direção à autonomia. Estas, quando são elaboradas com a intenção de discutir os problemas a partir do saber presente na população e são baseadas em relações democráticas, constituem-se numa possibilidade de participação ativa, de manifestação de sentimentos e opiniões, o que incentiva a estruturação da cidadania, além de contribuir com a melhora do estado de bem-estar geral da pessoa.

Contudo, em se tratando do contexto brasileiro, a participação popular nas decisões sociais ainda é muito pequena devido ao predomínio de formas hierárquicas de administrar, nas quais as decisões são tomadas quase sempre sem o conhecimento da opinião pública e passadas de cima para baixo. Desse modo, a impossibilidade sentida pela população em exercer a participação ativa nas decisões sociais pode dar lugar ao desânimo e à passividade, convertendo-se em alienação com respeito ao coletivo.

Essa passividade foi observada em pesquisa já citada, realizada entre grupos de apoio e ajuda mútua na cidade de Natal/RN. Constatou-se que a maioria dos entrevistados nesses grupos têm uma visão assistencialista, condicionada por aspectos culturais e de cunho religioso, e que os participantes têm, de fato, dificuldades de se colocar ativamente nas discussões e trabalhos em grupo. Por sua vez, grande parte dos monitores não têm clareza quanto aos objetivos e vantagens de um grupo de ajuda mútua, passando a desenvolver relações de dependência com os participantes e promovendo o assistencialismo (Traverso, 1999).

Acredita-se que as intervenções em grupo realizadas de forma a permitir o diálogo, o compartilhamento de experiências e estratégias para enfrentar os problemas, podem contribuir para mudar essa realidade, ao promoverem a tomada de consciência dos processos ocorrido no grupo e a busca de resolução dos problemas. Além disso, tais intervenções também são muito úteis para se trabalhar a prevenção, principal objetivo da atenção primária à saúde. Portanto, a construção de intervenções grupais realmente democráticas e participativas pode ser um caminho para o desenvolvimento de uma prática sanitária mais eficaz, pautada nas necessidades reais da população. Tais intervenções são importantes não somente devido às vantagens que propiciam para os participantes, mas porque podem contribuir para a melhoria do atendimento na saúde pública.

Essa introdução ao tema das intervenções em grupo na saúde pública, em síntese, busca demonstrar a importância da construção de um Sistema Único de Saúde como espaço de formação de cidadania, de um modelo de atuação que promova a participação pessoal na busca de resolução dos problemas, de uma melhor formação dos profissionais para atuar na saúde pública e da adoção de intervenções em grupo como forma de atuação complementar ao tradicional atendimento clínico-individual.

Dessa forma, há o interesse em saber como as intervenções em grupo vêm sendo estruturadas na rede básica de saúde em Natal, e de que maneira esse contexto tem influenciado no desenvolvimento dessas práticas.

3. MÉTODO

A caracterização das práticas de intervenção em grupo existentes na rede básica de saúde em Natal/RN foi feita por meio de entrevistas com os profissionais envolvidos nesse tipo de intervenção. Para isso foi elaborado um instrumento (questionário) que permitisse apreender não só as características das intervenções em grupo atribuídas por esses profissionais, mas também os significados que permeiam tais intervenções e as características dos espaços físicos em que são realizadas.

3.1. Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por uma única entrevistadora (mestranda) e iniciou-se com o levantamento dos centros de saúde em que há algum tipo de intervenção em grupo. Para isso, contatou-se a Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS,) procurando saber quais centros realizavam esse tipo de intervenção. Segundo essa instituição, apenas quatro estabelecimentos realizam intervenções em grupo: os dois Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Saúde de Pirangi.

Em seguida, procurou-se na SMS o telefone e o endereço dos centros que conformam a rede básica de saúde em Natal, entrando em contato telefônico com todos eles para saber se realizavam intervenções em grupo. Constatou-se que dos cinquenta e três centros de saúde existentes, dois atendem apenas a serviços de urgência e outros dois são clínicas odontológicas. Enquanto que em oito desses, afirmou-se que não havia

esse tipo de intervenção e, no restante (quarenta e um), que havia algum tipo de intervenção em grupo.

Posteriormente, foi feita uma visita a alguns dos centros, onde foi afirmado haver intervenções em grupos, para realizar entrevistas iniciais com os profissionais de saúde envolvidos nesse tipo de intervenção. Essas entrevistas foram realizadas com a finalidade de obter informações para a confecção do instrumento de coleta de dados. Porém, alguns trechos dos relatos desses entrevistados também foram utilizados para confirmar os resultados apontados por esta pesquisa.

Foram discutidas, nessas entrevistas, questões gerais referentes aos tipos de intervenções em grupo que desenvolviam, periodicidade das reuniões, profissionais engajados nessas intervenções, finalidade e características específicas da forma de trabalho utilizada pelos profissionais na condução do grupo.

Durante a realização dessas entrevistas, alguns entrevistados sugeriram a utilização do questionário, pois, segundo eles, nas entrevistas o gravador os deixava inibidos. Além disso, houve os que se negaram a responder às perguntas com o gravador ligado, enquanto outros perguntavam primeiro qual era a pergunta, copiavam o que seria falado e só depois deixavam gravar.

A partir das respostas e questionamentos levantados pelos entrevistados, foi elaborado um instrumento definitivo que atendesse aos objetivos propostos por esse estudo e, ao mesmo tempo, não fosse muito invasivo para os entrevistados. Sabe-se que as entrevistas gravadas podem ser muito mais ricas em termos de conteúdo ou de argumentação utilizada. Contudo, optou-se pelo uso do questionário devido às limitações de tempo e espaço para desenvolver entrevistas mais complexas, bem como por solicitação de alguns entrevistados que argumentaram sobre a ansiedade e a insegurança sentidas diante do gravador.

O questionário utilizado (apêndice) tem perguntas abertas, em que há maior liberdade de elaboração e são mais subjetivas, e perguntas fechadas ou objetivas. Essas perguntas são relacionadas com: a) o tipo e o número de intervenções em grupo existentes em cada centro; b) a periodicidade das reuniões; c) a finalidade do grupo; d) os profissionais que participam; e) as formas de trabalho utilizadas; f) o significado dessas intervenções para o entrevistado; g) a posição do entrevistado quanto a realização de intervenções em grupo na rede básica de saúde; h) a iniciativa para a formação das intervenções em grupo; i) a existência de incentivo/apoio para a realização dessas intervenções; j) as características do local utilizado para as reuniões; k) as vantagens e limitações dessas intervenções desde a subjetividade do entrevistado.

Finalmente, visitou-se todos os quarenta e um centros de saúde que confirmaram a realização de intervenções em grupo. Porém, constatou-se que em apenas trinta e nove haviam intervenções em grupo sendo realizadas regularmente. Em cada centro, foi entregue o questionário a pelo menos um profissional que realiza esse tipo de intervenção. Geralmente era entrevistado o profissional que estivesse disponível no momento e, caso houvesse mais de um, optava-se por entrevistar aquele que estivesse mais engajado no(s) grupo(s).

Durante a aplicação do questionário, ocorreram algumas situações que merecem ser esclarecidas. Em função de limitações de tempo e outras dificuldades em responder ao questionário no momento presente, alguns entrevistados solicitaram abertamente levá-lo para responder em casa. Segundo eles, tornava-se impossível responder adequadamente às questões nos centros de saúde devido ao tempo reduzido para o atendimento de pessoas que esperavam pela consulta e, ainda, ao barulho intenso provocado pela grande quantidade de pessoas circulando. Nesses casos, a entrevistadora

certificava-se com o entrevistado se todas as questões haviam sido entendidas e pedia que escrevesse no verso qualquer dúvida ou observação.

Em alguns centros, mesmo havendo uma grande quantidade de pessoas esperando para serem atendidas, o entrevistado se colocou à disposição para responder às perguntas e, geralmente, isso acontecia num breve período de tempo. Em outros, a entrevistadora permaneceu por longos períodos aguardando pela entrevista e, algumas vezes, quando chegava o momento desta, o entrevistado mostrava-se cansado e ansioso por terminar, como é de se esperar após uma jornada de trabalho. Aconteceu ainda da entrevistadora ser convidada a passar na frente das pessoas que esperavam para serem atendidas, criando um certo constrangimento. Além disso, o entrevistado procurava responder às questões com uma certa rapidez e pouco cuidado.

3.2. População participante

Como já foi dito, buscou-se entrevistar os profissionais que realizam intervenções em grupo no contexto da rede básica de saúde. A escolha dessa população ocorreu embasada no argumento de que a prática das intervenções em grupo está permeada pelas concepções adotadas pelos profissionais que as realizam.

Foram aplicados questionários em quarenta e cinco profissionais de saúde que declararam realizar algum tipo de intervenção em grupo nos trinta e nove centros de saúde do município de Natal-RN que havia esse tipo de intervenção. Dentre esses centros estão dois NAPS, um CAPS, vinte e nove centros de saúde, cinco unidades mistas e dois centros clínicos. Em trinta e quatro centros, foi entregue o questionário a apenas um profissional. Porém, em cinco centros, houve a necessidade de entregar a mais de um profissional. Isso ocorreu quando o primeiro não tinha conhecimento das

outras intervenções em grupo realizadas no centro em que trabalha, ou quando havia a disponibilidade por parte de outro profissional para complementar as informações.

Dentre os quarenta e cinco profissionais entrevistados, quase a metade são assistentes sociais e geralmente são eles os responsáveis pela coordenação dos grupos, tendo em vista que a maioria das intervenções realizadas são palestras informativas. Apenas dez entrevistados são psicólogos, enquanto sete são nutricionistas, três são enfermeiros, um é arte educador, dois são dentistas e dois são agentes de saúde - únicos profissionais de nível médio entrevistados (ver tabela 1).

Os dois agentes de saúde trabalham no Centro de Saúde de Santarém (Distrito Norte) e foram entrevistados porque participam da coordenação dos grupos juntamente com outros profissionais, diferente do trabalho realizado pela maioria dos agentes de saúde com relação a tais intervenções nos outros centros de saúde, que é apenas o de visitar os usuários do serviço e informar o horário das reuniões.

Tabela 1
Profissionais entrevistados

Entrevistados	Número	%
assistente social	20	44,4
psicólogo	10	22,2
nutricionista	7	15,5
enfermeiro	3	6,6
dentista	2	4,4
agente de saúde	2	4,4
arte educador	1	2,2
Total	45	100,0

Na tabela a seguir apresenta-se os centros de saúde que fizeram parte da pesquisa, os distritos em que estão localizados tais centros e o número de profissionais que foram entrevistados em cada um deles.

Tabela 2
Número de entrevistados por centro de saúde

Centro de saúde	Distrito	Nº de entrevistados
NAPS leste	Leste	1
CAPS leste	Leste	1
Centro de Saúde Rocas	Leste	1
Centro de Saúde São João	Leste	1
Centro de Saúde Aparecida	Leste	1
Centro de Saúde Passo da Pátria	Leste	1
Centro de Saúde Brasília Teimosa	Leste	1
Centro Clínico de Atenção ao idoso	Leste	1
Unidade Mista de Mãe Luiza	Leste	1
Centro Clínico Pediátrico do Alecrim	Leste	1
Centro de Saúde Pirangi	Sul	1
Centro de Saúde Ponta Negra	Sul	1
Centro de Saúde Cidade Satélite	Sul	1
Centro de Saúde Jiquí	Sul	1
Unidade Mista de Cidade Satélite	Sul	1
Centro de Saúde Neópolis	Sul	1
Centro de Saúde Candelária	Sul	1
Centro de Saúde Nova Descoberta	Sul	1
NAPS oeste	Oeste	2
Unidade Mista de Felipe Camarão	Oeste	2
Centro de Saúde Nova Cidade	Oeste	1
Centro de Saúde Bom Pastor	Oeste	2
Centro de Saúde Cidade Nova	Oeste	1
Unidade Mista de Cidade da Esperança	Oeste	1
Centro de Saúde Felipe Camarão	Oeste	1
Centro de Saúde Nazaré	Oeste	1
Centro de Saúde Quintas	Oeste	1
Centro de Saúde Bairro Nordeste	Oeste	1
Centro de Saúde Monte Líbano	Oeste	1
Centro de Saúde Panatis	Norte	1
Centro de Saúde Santarém	Norte	3
Centro de Saúde Vale Dourado	Norte	2
Centro de Saúde Bela Vista	Norte	1
Centro de Saúde Potengi	Norte	1
Centro de Saúde África	Norte	1
Centro de Saúde Soledade II	Norte	1
Unidade Mista de Pajuçara	Norte	1
Centro de Saúde Redinha	Norte	1
Centro de Saúde Gramoré	Norte	1
Total		45

3.3. Estratégia de análise de dados

Para o processamento dos dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdos com o objetivo de identificar, além dos conteúdos manifestos, os conteúdos latentes ou implícitos nos textos (Minayo, 1999). Portanto, além de investigar as características das intervenções em grupo e do contexto físico em que são realizadas, objetivou-se estudar o sentido e as concepções sobre as intervenções em grupo que estão permeando a atuação do profissional, bem como entender como tais intervenções vêm sendo construídas.

A análise foi dividida em três fases. Na primeira foi feita a leitura de todo o material, desde as entrevistas iniciais até o material coletado dos questionários. Nessa fase foram realizadas várias leituras, o que, de acordo com Minayo (1999), permite uma maior aproximação ao material coletado, ao tomar contato com sua estrutura, descobrir orientações para a análise e registrar impressões sobre a mensagem. Através dessas leituras, foram identificadas as idéias centrais presente nos discursos dos entrevistados e o posicionamento assumido por eles. Portanto, essa análise permitiu "descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado" (p. 209, Minayo, 1992).

Na segunda fase, foram analisadas as respostas dadas, buscando identificar as categorias que sobressaem nos argumentos utilizados em cada núcleo temático relevante para a pesquisa. A partir daí, as respostas foram categorizadas, ou seja, foram agrupados elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (Minayo, 1999). Em seguida, foi feita a inserção dessas categorias no programa estatístico SPSS para a realização de estatísticas descritivas. Esse procedimento teve por finalidade conseguir uma melhor visualização dos dados, sendo possível realizar uma análise global do material.

Na terceira fase, foi realizado o processo de interpretação dos dados e articulação destes com as informações advindas das entrevistas iniciais e das observações realizadas pelo pesquisador durante a coleta de dados. Além disso, os resultados foram confrontados com o referencial teórico utilizado na pesquisa. Nessa fase final, estudou-se trechos dos relatos dos entrevistados para corroborar com os resultados apontados.

4. AS INTERVENÇÕES EM GRUPO NO CONTEXTO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM NATAL

4.1. Caracterização do serviço de atenção básica à saúde

Como já foi mencionado, o Município de Natal tem uma rede de assistência básica à saúde com cinquenta e três instituições divididas em quatro distritos sanitários - Norte, Sul, Leste e Oeste. Essa rede básica é composta de: vinte e nove centros de saúde, que realizam atendimentos clínicos diários; cinco unidades mistas, que além dos atendimentos diários, funcionam também como maternidade; dois centros clínicos, que realizam atendimentos específicos a determinadas clientela, como crianças e idosos; dois pronto socorro, que realizam atendimentos de urgência; duas clínicas odontológicas, que realizam apenas atendimentos odontológicos; dois NAPS, que realizam atividades na área da saúde mental; e um CAPS, que realiza atividades na área da saúde mental especificamente com dependentes químicos.

Dentre os centros acima mencionados, trinta e nove tinham algum tipo de intervenção em grupo durante a fase de coleta de dados. Três desses têm a maioria de suas atividades desenvolvidas em grupos: o NAPS oeste, o NAPS leste e o CAPS leste. Essas instituições surgiram a partir das políticas de desospitalização iniciadas com a reforma psiquiátrica. Percebeu-se que nelas, tem-se utilizado intervenções em grupo como atividade principal devido ao fato de lidarem com saúde mental e, além disso, da terapia em grupo ser considerada um meio de reinserção social através do convívio e do compartilhamento de dificuldades. De acordo com o relato de um entrevistado que atua

num desses centros, "(...) o principal é dizer que a natureza de nossas atividades são basicamente em grupo" (entrevista 1).

Nos outros centros, as intervenções em grupo são utilizadas como atividade complementar ao atendimento individual, que constitui a forma hegemônica de intervenção em todos eles; embora os Centros de Saúde de Pirangi (Distrito Sul) e Panatis (Distrito Norte), que também fazem parte do programa de saúde mental, demonstrem dar grande importância e atenção às atividades de grupo.

O Centro de Saúde de Pirangi funciona durante o dia com um serviço de atendimentos voltados para a saúde "orgânica", e durante o turno da noite funciona basicamente o programa de saúde mental, com intervenções em grupos de dependentes químicos e familiares, bem como atendimentos individuais. O Centro de Saúde de Panatis conta com alguns profissionais realizando intervenções em grupo com dependentes químicos, familiares, pessoas que perderam ente querido e hipertensos/diabéticos, paralelamente às atividades regulares dessa instituição.

Como tem sido observado desde o início da fase de coleta dos dados e, na análise dos dados foi reforçado, as diferenças são marcantes entre os centros de saúde que fazem parte do programa de saúde mental e os outros que lidam apenas com a denominada "saúde orgânica". Essas diferenças podem ser observadas ao longo da exposição dos resultados.

4.2. Aspectos gerais das intervenções em grupo

Objetivando entender como estão configuradas as intervenções em grupo na rede básica de saúde em Natal, foi perguntado aos entrevistados: quais os tipos de intervenção em grupo desenvolvidas em cada centro de saúde, qual a finalidade dessas

intervenções, qual a forma de trabalho utilizada pelos profissionais na condução do grupo, qual a periodicidade das reuniões, quem são os profissionais que realizam esse trabalho e qual o papel destes no grupo.

Observou-se que grande parte das intervenções em grupo é realizada com hipertensos, diabéticos e idosos. Em alguns centros, esses grupos funcionam separadamente, enquanto que em outros, a intervenção em grupo é realizada de maneira conjunta entre hipertensos e diabéticos (10,3%) e, em outros ainda, se reúnem num mesmo grupo idosos, hipertensos e diabéticos (11,3%). Se somados esses grupos constituem mais de um terço das intervenções em grupo que vêm sendo realizadas na rede básica de saúde (ver tabela 3).

Esse número elevado se deve, em grande parte, à exigência da SMS para ter o cadastro dos pacientes, na maioria hipertensos e diabéticos, que recebem medicação em cada bairro. Com esse cadastro, o paciente passa a fazer parte do programa de hipertensão e diabetes, que consiste basicamente em dar os devidos remédios e realizar as reuniões em grupo. Tendo em vista que grande parte desses grupos foram formados apenas com a intenção de cadastrar os pacientes que recebem medicação em cada centro e que a procura pela medicação tem determinado o ingresso desses pacientes no grupo, percebe-se que essas intervenções vêm sendo desenvolvidas de forma improvisada. Alguns profissionais reclamaram, inclusive, da falta de maior embasamento teórico para realizar intervenções que superem essa forma assistencialista de trabalho.

Existem ainda, os grupos de adolescentes, gestantes, planejamento familiar, CD (criança em desenvolvimento), tuberculose, sala de espera e trabalhadoras do sexo. As intervenções nesses grupos são feitas basicamente através de palestras, sendo utilizados cartazes e panfletos explicativos sobre as doenças e a prevenção destas, como recurso ilustrativo. O grupo de CD é formado por mães de crianças recém-nascidas e funciona

basicamente através de orientações para essas mães sobre os cuidados que devem ter com os filhos. Enquanto os poucos grupos de sala de espera e trabalhadoras do sexo respondem a uma iniciativa das pessoas engajadas nessa atividade. No caso do grupo de sala de espera, são realizadas palestras no corredor do centro para pessoas que estão esperando pela consulta. No grupo de trabalhadoras do sexo, além das palestras, há a distribuição e explicação de métodos anticonceptivos e das formas de prevenção das doenças.

Contudo, nos centros que lidam com a saúde mental observou-se uma grande quantidade de intervenções em grupo, praticamente todas as atividades são desenvolvidas em grupo. Além disso, a maioria são grupos terapêuticos, representando 28,9% do total das intervenções em grupo ocorridas no contexto da rede básica (ver tabela 3). Estão incluídas na categoria de grupo terapêutico as atividades realizadas nos NAPS, no CAPS e as intervenções em grupo com alcoolistas, drogadictos e familiares presentes nos Centros de Saúde de Pirangi e Panatis, e com pessoas que perderam ente querido específico do Panatis. Os responsáveis pela realização dessas intervenções em grupo acreditam que têm alcançado bons resultados terapêuticos, tendo em vista a participação freqüente, a boa interação entre os membros e a credibilidade demonstrada pelos usuários do serviço.

Tabela 3
Tipos de grupos

Respostas	Número	%
terapêutico	28	28,9
adolescentes	12	12,4
idosos, hipertensos e diabéticos	11	11,3
hipertensos e diabéticos	10	10,3
idosos	8	8,2
gestantes	7	7,2
planejamento familiar	6	6,2
hipertensos	5	5,2
diabéticos	4	4,1
CD	2	2,1
tuberculose	2	2,1
sala de espera	1	1,0
trabalhadoras do sexo	1	1,0
Total	97	100,0

Dessa forma, encontram-se claramente caracterizadas as intervenções em grupo nos centros que lidam com saúde mental, haja vista a sua identificação como grupos terapêuticos. Por outro lado, nos centros que lidam com saúde orgânica essas intervenções têm sido definidas em função da população alvo e, como já foi mencionado, a maior parte oferece palestras proferidas por diferentes profissionais.

Por isso, a maioria dos entrevistados disseram que a finalidade dessas intervenções, justamente as que têm funcionado através de palestras educativas, é educar, prevenir e controlar doenças. Está-se referindo aqui a soma de duas categorias (trabalho educativo, orientar, informar; prevenção e controle da doença), já que foi observado que os entrevistados faziam associações entre ambas. Embora os entrevistados apontem que existe sempre espaço para esclarecer dúvidas dos participantes ao final das sessões, ficou evidente em muitos casos o caráter vertical ou desigual da relação profissional-paciente, sendo predominante a imposição unilateral de informações.

Para os profissionais que realizam palestras, elas são uma forma de conscientizar o paciente com relação a sua doença. Porém, algumas vezes são utilizadas mais como uma imposição do que como meio de diálogo entre o profissional e o paciente, em que se considera a subjetividade do paciente com relação à doença. Essa situação é observada na fala presente na entrevista de número 6: "(...) tem que ter um trabalho educativo, porque tem que realmente tomar consciência que é doente e que não é só a medicação que vai fazer com que ele fique bom".

Por outro lado, mais de um terço dos entrevistados, entre estes os profissionais que trabalham com saúde mental, apontaram para formas de intervenção de caráter terapêutico destacadas com expressões tais como: trabalhar as dificuldades, recuperar, elaborar luto; buscar qualidade de vida, conviver melhor com a doença; trabalhar a convivência, os relacionamentos; trocar experiências, apoio (ver tabela 4). De acordo com um entrevistado, nessa forma de intervenção:

Cada um vai tentar colocar como é que está sentindo e na troca de experiência é que cada um vai tentando relativizar o problema de cada um e, claro que, tudo isso também vai trabalhar as dificuldades subjetivas de cada um (entrevista 1).

Tabela 4
Finalidade dos grupos

Respostas	Número	%
trabalho educativo, orientar, informar	56	46,7
trabalhar dificuldades, recuperar, elaborar luto	27	22,5
prevenção e controle da doença	18	15,0
buscar qual. de vida, conviver melhor c/ a doença	8	6,7
trabalhar a convivência, os relacionamentos	8	6,7
trocar experiências, apoio	3	2,4
Total	120	100,0

Quanto à metodologia de trabalho utilizada pelos profissionais na condução do grupo (tabela 5), em mais da metade dos grupos são realizadas palestras com exposição de vídeo e com um tempo reservado ao final para perguntas e respostas, o que deixa claro o caráter informativo-educativo desses, são portanto semelhante às formas de intervenção de cunho vertical, mencionadas anteriormente. Nessas reuniões, geralmente os participantes não são consultados quanto ao que desejam discutir, pois o assunto da palestra fica à cargo do profissional que decide o que o grupo precisa ouvir.

Constatou-se também que a frequência de participação dos usuários nessas reuniões é pequena. Consequentemente, em alguns centros os profissionais vêm condicionando o recebimento da medicação, por exemplo no caso dos hipertensos e dos diabéticos, à participação nesse tipo de intervenção. Essa prioridade de receber o medicamento, dada ao paciente que participa da reunião, é utilizada como uma forma de "chantagem" para garantir a presença daqueles que não gostam de comparecer às reuniões. Apesar disso, o número de participantes continua sendo limitado, como observado nas falas abaixo:

Vem pouco medicamento e tem muito hipertenso, então a gente diz: olha gente, vocês tem direito ao medicamento mensal, só que não vem medicamento pra todo mundo, então a gente vai fazer uma negociação. A gente vai fazer reunião mensal, quem vier pra reunião, recebe medicamento; quem não vier, se sobrar, vocês terão, infelizmente, certo? Essa história de saúde direito de todos, isso aí, isso é uma coisa que a gente, o SUS ainda está em construção nesse país, infelizmente (entrevista 7).

A vantagem dessas pessoas pertencer a esse grupo daqui, é que a medicação já vem num saquinho controlado e temos aqui a relação que você está vendo (...). Porque o objetivo para eles, eles querem receber a medicação, entendeu? Primeiro, porque as condições financeiras são muito poucas, então eles querem receber, mas a gente tem que trabalhar o lado da importância da prevenção. Nem todos esses, esses 239 vêm? Não, não vêm, porque existe aquela acomodação, porque moram aqui pertinho do posto. A gente está reclamando e por isso é que estamos marcando para este ano uma reunião por mês (entrevista 2).

Em outros centros, os profissionais declararam que dão alguns benefícios para quem participa dessas reuniões, como o direito de se consultar com qualquer profissional do centro de saúde sem precisar entrar na fila para receber uma ficha, bem como o engajamento maior por parte dos profissionais nas questões referentes a esses usuários.

Não há uma participação assim, você não tem nem como cobrar, nem fechar, porque o programa está praticamente, praticamente não, extinguiu-se. E como era interesse a gente trabalhar independente de programa ou não, a forma da gente segurar foram as vantagens que a gente levou para eles, mostrando os direitos deles e a gente lutando pelos direitos deles, a questão de marcação de consulta (...) (entrevista 5).

A partir do momento em que as intervenções em grupo tornam-se desinteressantes para os participantes eles começam a faltar às reuniões, fazendo com que os profissionais passem a incentivar e cobrar a simples presença física do paciente nestas.

Alguns profissionais reconhecem abertamente que essas palestras "educativas" não funcionam, tornando-se cansativas e chatas para os ouvintes. Porém, mesmo tendo percebido isso, parecem não conhecer outras formas de intervenção em grupo, recorrendo as atividades físicas e de lazer como forma alternativa de ocupar o tempo dos participantes. Outros profissionais, contudo, enfatizaram o lado positivo dessas intervenções realizadas através de palestras, como as mudanças de comportamento observadas em alguns participantes que têm colocado em prática as orientações relativas às formas de convivência com a doença ou o problema enfrentado.

Em contrapartida, foram encontradas formas de intervenção de caráter mais democrático-participativo, especialmente nos centros de saúde que fazem parte do programa de saúde mental. Tais formas de intervenção foram agrupadas numa mesma categoria denominada: grupo terapêutico, operativo, biodança; tendo em vista que os

entrevistados atribuíram estes nomes para se referirem a um tipo de intervenção que tem em comum o caráter terapêutico. Entre os profissionais que utilizam essas formas de intervenção, alguns afirmaram que, com base em sua experiência com grupos, puderam perceber as limitações das tradicionais palestras, como pode ser observado no relato abaixo:

Com a experiência que eu tenho hoje que palestra, de eu chegar aqui convidar você para falar sobre um tema 'x', não funciona, porque não é isso, eles não conseguem se concentrar e eu acho que até no dia-a-dia de hoje, mesmo com os ditos normais, a gente já questiona muito essa coisa de palestra, que fica muito chato realmente a gente só ter que escutar (entrevista 1).

Alguns recursos utilizados, geralmente como atividade complementar às outras atividades do grupo, são os trabalhos manuais, corporais e artísticos, denominadas em alguns centros de "oficinas". Esses recursos têm sido utilizados especialmente em grupos de idosos, hipertensos e diabéticos, funcionando como terapia ocupacional. Alguns entrevistados referiram que esses recursos têm sido utilizados, nas reuniões do grupo, como metodologia de trabalho, estando presente tanto nos centros que lidam com saúde mental, como nos que se ocupam da saúde orgânica.

Tabela 5
Metodologia de trabalho utilizada nas reuniões

Respostas	Número	%
palestras, exposição de vídeo, perguntas	66	57,4
grupo terapêutico, operativo, biodança	25	21,7
trabalhos manuais, corporais e artístico	21	18,3
não respondeu	3	2,6
Total	115	100,0

Quanto a periodicidade das reuniões (tabela 6) observa-se que alguns grupos se reúnem apenas uma vez por mês ou a cada dois meses, demonstrando o caráter formal e

a falta de motivação para realizarem esse tipo de intervenção. Por outro lado, há uma parcela significativa de grupos que se reúnem semanalmente ou diariamente, o que demonstra o interesse por parte dos coordenadores quantos aos efeitos positivos advindos do convívio em grupo. Dentre estes encontram-se as intervenções em grupo realizadas principalmente nos NAPS, no CAPS e nos Centros de Saúde de Pirangi e Panatis.

Tabela 6
Periodicidade das reuniões dos grupos

Respostas	Número	%
semanal	37	38,1
mensal	27	27,8
quinzenal	26	26,8
diária	5	5,2
bimestral/esporádica	2	2,1
Total	97	100,0

Entre os profissionais envolvidos com as intervenções em grupo estão assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, médicos, arte educadores, educadores físicos, dentistas, fisioterapeutas e profissionais de nível médio, como auxiliares de enfermagem e agentes de saúde (ver tabela 7). Nos centros de saúde em que as intervenções em grupo são realizadas através de palestras, apesar dos entrevistados haverem afirmado que há uma grande participação dos profissionais no grupo, observou-se que, geralmente, estes comparecem à reunião apenas no dia em que vão ministrar uma palestra. Por outro lado, nos NAPS e CAPS há uma participação efetiva de toda equipe de profissionais como "facilitadores" das intervenções em grupo, tendo em vista que grande parte dessas intervenções têm caráter terapêutico.

Observou-se, também, que os psicólogos não são tão representativos a frente dos grupos constituídos, em grande parte dos centros de saúde. Talvez isso venha ocorrendo

devido ao número reduzido de psicólogos atuando na rede básica de saúde em Natal, tanto que em alguns centros não havia um único psicólogo, fato relatado por técnicos que sentiam a necessidade desse profissional. Porém, percebeu-se que, nos grupos em que participa, esses profissionais são os que realizam uma atuação mais voltada para as formas de intervenção terapêutica.

Antes de apresentar a tabela referente a esses dados, é necessário abrir um parêntesis para explicar o motivo pelo qual as duas tabelas a seguir (7 e 8) contém apenas valores relativos. Os dados referentes a essas tabelas estão presentes na primeira parte do questionário, quando é perguntado quem são os "profissionais que participam dos grupos" e qual o "papel de cada profissional durante as reuniões". Aconteceu que, nessa pergunta, os entrevistados responderam apenas a profissão dos vários profissionais que participavam de cada grupo, sem identificar esse profissional. Por exemplo, num grupo de hipertensos foi dito que havia a participação do psicólogo, da assistente social e do médico, enquanto que num grupo de adolescentes, havia a participação da assistente social e do psicólogo. O problema aconteceu quando, ao analisar os dados, percebeu-se que era impossível saber se aquela assistente social que estava participando do grupo de hipertensos, era a mesma que participava do grupo de adolescentes, ou não.

Mesmo tendo percebido essa distorção, considerou-se relevante apresentar esses dados, tendo em vista que os valores relativos mostram a distribuição da frequência de participação dos profissionais nas intervenções em grupo, bem como do papel que têm desempenhado durante as reuniões dos grupos. Assim, a observação dessa distribuição de frequências permite identificar aqueles profissionais que, de uma forma geral, são mais atuantes na realização dessas intervenções e o papel que mais desempenham à frente dos grupos.

Tabela 7
Profissionais que coordenam grupos

Respostas	%
assistente social	25,9
enfermeiro	17,9
psicólogo	17,3
nutricionista	14,2
médico	12,3
auxiliar de enfermagem	3,1
arte educador	2,8
educador físico	2,2
dentista	1,9
agente de saúde	1,5
fisioterapeuta	0,6
não respondeu	0,3
Total	100,0

O papel desempenhado pelos profissionais que realizam intervenções em grupo, presente na tabela 8, está relacionado às formas ou tipos de trabalho utilizados nos grupos (tabela 5). Como 57,4% dos casos de intervenção em grupo são realizados através de palestras, o papel do profissional é basicamente ministrar a palestra, orientar e tirar dúvidas dos ouvintes. Nesse tipo de intervenção, os profissionais geralmente mantêm um relacionamento de autoritarismo e de imposição unilateral de informações com a população, havendo uma tendência de inibir as contribuições dos participantes e de utilizar artifícios para garantir a presença destes nas reuniões.

Conseqüentemente, no caso de grupos terapêuticos o papel do profissional é o de terapeuta ou facilitador. Portanto, apenas um quarto dos profissionais atuam facilitando a tomada de consciência dos processos implícitos que ocorrem no grupo, bem como incentivando a participação, a discussão e a busca de resolução dos problemas. Dessa forma, tendem a promover relações de tipo horizontal ou de igualdade e respeito ao saber presente na população.

Tabela 8
Papel dos profissionais que coordenam grupos durante as reuniões

Respostas	%
faz palestras, organiza o grupo, orienta	66,0
atuam como terapeuta, facilitador	25,0
faz trabalhos manuais, oficinas	6,0
faz exercícios físicos e relaxamento	2,0
não respondeu	1,0
Total	100,0

4.3. Significados atribuídos às intervenções em grupo

Coerente com o que foi observado na caracterização das intervenções em grupo, quase um terço dos entrevistados consideram que intervenção em grupo significa apenas um espaço para informar, orientar, conhecer os usuários. Em alguns casos, é apontado, também, o lado pragmático de abranger um número maior de pessoas, como pode ser observado na resposta presente no questionário de número 28: "É uma modalidade de trabalho que possibilita transmitir informações a um número maior de pessoas utilizando-se diversas metodologias (...)".

Outros entrevistados, especialmente entre os profissionais que trabalham com saúde mental, afirmaram que significa uma troca de experiências/interação que leva ao aprendizado, se referindo aos efeitos positivos do compartilhamento de questões entre os participantes que geralmente ocorre nos grupos - como a formação de amizade e a ajuda mútua -, observado na fala de um entrevistado:

É muito importante porque se consegue unir as pessoas, diminuir o isolamento, formar amizades, isso ajuda tanto na recuperação quanto na vida comunitária. As pessoas têm oportunidade de conhecer os problemas uns dos outros e com isso podem se ajudar para encontrar soluções (questionário 18).

Enquanto um quarto dos entrevistados enfatizou a promoção de mudanças positivas, crescimento, espaço para resolução de problemas, a partir do estímulo à

participação das pessoas no grupo. Segundo um entrevistado (questionário 4), intervenção em grupo "é a criação de espaços terapêuticos onde as pessoas sentem que podem falar de si e percebem que seu problema não é único. Percebem no outro alguém que pode ajudar na sua situação é, portanto, um espaço de crescimento".

Alguns dos entrevistados que destacaram esse processo de estimular a participação estão entre os profissionais que realizam palestras. Em muitos casos, essa participação é normalmente restrita a uma formalidade ao final, quando reservam um tempo para as perguntas. Isso pode ser observado no relato a seguir:

Todo trabalho de grupo aqui nós proporcionamos um clima para que haja uma participação, uma interação dessas pessoas no grupo. Não é só o enfoque de ficar uma pessoa só ouvir, porque isso, eu agora mesmo estava conversando que a gente tem que dar a palestra, mas tem que ter o espaço, de uns dez minutos a quinze minutos, para que todas façam suas devidas colocações (entrevista 2).

Em geral, percebeu-se, com exceção dos profissionais da saúde mental, que grande parte dos entrevistados não vêem claramente o que significa intervenção em grupo, nem conhecem os benefícios das intervenções, que promovem trocas de experiências entre os participantes e, menos ainda, os possíveis efeitos terapêuticos dessas trocas. Alguns chegaram a responder que intervenção em grupo significa um trabalho em equipe, uma atuação para capacitar o profissional, referindo-se apenas aos benefícios advindos para esses profissionais. Outra pessoa centrou sua fala nos entraves para a realização desse tipo de intervenção, decorrente especialmente da falta de apoio por parte da SMS: "São fundamentais, mas da forma como está acontecendo desestimula o profissional. Não tem recursos materiais, desorganização quanto a outros trabalhos da secretaria, profissionais novos que chegam não se envolvem com o trabalho e não têm compromisso com a comunidade" (questionário 38).

Tabela 9
Significados de intervenção em grupo para os entrevistados

Respostas	Número	%
troca de experiências/interação	15	31,9
trab. p/ informar, orientar, conhecer os usuários	14	29,8
promoção de mudanças positivas, crescimento	12	25,5
trab. em equipe, atuação p/ capacitar o profissional	5	10,6
trabalho fundamental, mas faltam recursos	1	2,1
Total	47	100,0

Questionados sobre a funcionalidade dos grupos, apenas um entrevistado não respondeu explicitamente se são necessários ou desnecessários, afirmando enfaticamente que é um tipo de intervenção que vai ter que ser realizado para que sejam resolvidos os problemas que se apresentam à rede básica de saúde. Todos os outros entrevistados responderam que acham necessário realizar intervenções em grupo na rede básica de saúde.

Ratificando e ampliando o que foi expresso no significado atribuído às intervenções em grupo, muitos dos entrevistados justificaram a necessidade dessas intervenções a partir de argumentos pragmáticos (tabela 10), quando respondem que é uma forma de articular pessoas, transmitir informações, educar; ou que trabalha a prevenção e, ainda, que há demanda para a realização desse tipo de intervenção por ser uma forma de atender a um grande número de pessoas. Os relatos a seguir explicitam essa tendência a associar intervenções em grupo com um tipo de trabalho no qual se pode atender um grande número de pessoas: "(...) é uma forma de articular as pessoas junto a outros grupos e é também uma forma de transmitir as informações necessárias aos portadores dessas doenças" (questionário 12); "Porque no serviço público tem uma demanda imensa e uma forma de atender um número maior da população é trabalhar em grupo" (questionário 21).

Alguns entrevistados (32,6%), especialmente os envolvidos com a saúde mental, parecem estar mais conscientes dos benefícios que os grupos podem ter para as pessoas envolvidas, pois justificam a importância dessa forma de intervenção a partir dos resultados alcançados e das trocas ocorridas entre pessoas que têm problemas semelhantes. Um entrevistado justificou a importância atribuída a esse tipo de intervenção da seguinte forma: "Porque acredito na construção das elaborações, das relações, enfim, acredito no efeito do grupo. Numa situação de grupo atende-se muito mais a demanda de cada um, além de ter uma resolutividade maior para cada pessoa" (questionário 4). Enquanto que outro comentou:

A atividade grupal é muito rica porque permite a comunicação com pares, numa identificação por estarem reunidos à partir de um problema semelhante, porém com vivências diferentes, possibilitando ao sujeito pensar sobre si mesmo, à partir da sua vivência e da dos outros (questionário 9).

Entre os que acreditam nos benefícios dos grupos alguns citaram, ainda, a importância de experimentar esse tipo de vivência, enfatizando os resultados positivos que podem ser alcançados. Percebe-se que há uma familiarização maior desses profissionais com as intervenções em grupo de caráter terapêutico, visto que conhecem os benefícios advindos das trocas que estes podem proporcionar.

(...) você participar de um grupo é importante, você ir a uma praia é importante, e se eu for simplesmente dizer isso, isso é importante! isso é importante! isso é importante!, isso não tem efeito nenhum para eles. Mas a partir do momento que um traz a experiência do quanto foi gratificante ir a praia, é diferente de você dizer que é importante ir a praia (...) (entrevista 1).

Uma pequena parte dos entrevistados justificou a necessidade de tais intervenções apontando para a vantagem de se ter um maior contato com o paciente e a comunidade, possibilitando conhecer melhor os problemas por estes enfrentados (ver

tabela 10). Esse argumento deixa implícito a falha do atendimento clínico individual que, devido às precárias condições estruturais e ao grande número de pessoas à espera para serem atendidas, nem sempre dispensa tempo para a escuta ou o contato maior com a pessoa e seu problema. Esse argumento é observado na fala presente no questionário 2: "Porque é uma maneira melhor de se trabalhar na saúde, tem um contato maior com o paciente e fica conhecendo melhor o paciente e a família".

Tabela 10
Funcionalidade atribuída aos grupos

Respostas	Número	%
forma de articular pessoas, transmitir informações	12	24,5
traz muitos resultados, mais eficiente	10	20,4
há demanda, é uma forma de atender pop. grande	7	14,3
forma de trab. com pessoas c/ problemas comuns	6	12,2
forma de ter um maior contato com paciente	6	12,2
tem a possibilidade de integrar o saber profissional	4	8,2
trabalha a prevenção	4	8,2
Total	49	100,0

Relacionada à questão anterior está a pergunta sobre as vantagens que as intervenções em grupo podem ter. Observa-se que mais da metade dos entrevistados citou os benefícios advindos para os participantes dos grupos, como: possibilita trocas, ajuda mútua, formação de vínculos; conscientização dos problemas, crescimento ou, ainda, é fonte de lazer, diminui estresse e ansiedade (tabela 11). O relato a seguir mostra que o entrevistado utiliza alguns desses argumentos: "Identificação com o problema do outro, quando um está colocando um problema facilita a elaboração do outro e eles acabam se colocando; integração" (questionário 21).

Quase todos os profissionais envolvidos com a saúde mental citaram essas vantagens e, ainda, se referiram ao poder de resolutividade terapêutica presente nessas intervenções. Segundo os entrevistados nos NAPS e CAPS, nas intervenções que

realizam há espaço para a discussão, em que o paciente tem a oportunidade de expor suas dificuldades, inclusive as que se relacionam ao próprio serviço. De uma maneira geral, tudo o que é trazido para o grupo é discutido e relacionado com a situação atual da vida dos participantes. Um entrevistado afirmou ainda que as discussões possibilitam aos participantes expressarem o que pode estar lhes causando algum mal estar e que, quando isso não é possível, eles tendem a manifestar de outras formas, como a agressão física.

Outra parte dos entrevistados (35,2%) apontou para os benefícios externos aos participantes dos grupos, como: abrange um maior número de pessoas, acompanhamento maior; traz resultados, atinge mais rápido os objetivos, prevenção; melhor orientação sobre a doença e o tratamento. Esses benefícios estão apresentados nos seguintes depoimentos: "Se consegue abranger um maior número de pessoas; se consegue trabalhar a prevenção; há resolutividade, de alguma forma se trabalha a conscientização e tem um resultado; há valorização e interesse por parte das pessoas" (questionário 1) e "A população fica bem mais esclarecida sobre o tratamento" (questionário 19).

Uma pequena quantidade de entrevistados colocou, também, como vantagem das intervenções em grupo o crescimento profissional e a possibilidade de integrar a equipe de profissionais, talvez percebendo essas reuniões como único meio de encontro entre os profissionais do centro.

Realmente, observa-se que não existe maior consciência entre muitos dos entrevistados sobre a importância e vantagens das intervenções em grupo. Estes desconsideram que tais intervenções são relevantes, não só porque trabalham sistematicamente com um maior número de pessoas, mas sua principal vantagem está no compartilhamento de problemas e de estratégias utilizadas para enfrentar esses

problemas, o que qualifica a pessoa a lidar melhor com seus problemas de saúde e a procurar qualidade de vida apesar das limitações que possam existir.

Tabela 11
Vantagens dos grupos

Respostas	Número	%
possibilita trocas, formação de vínculos	27	36,5
conscientização dos problemas, crescimento	11	14,9
abrange maior número de pessoas	11	14,9
traz resultados, atinge mais rápido os objetivos	8	10,8
melhor orientação sobre doença e tratamento	7	9,5
crescimento profissional, integra a equipe	7	9,5
é fonte de lazer, diminui estresse e ansiedade	3	4,1
Total	74	100,0

4.4. Fatores motivadores para o surgimento dos grupos

Com relação ao surgimento dos grupos, uma grande parcela dos entrevistados (63,1%) citou a pressão sofrida externamente. Destes, a maioria colocou que o grupo surgiu devido ao grande número de usuários, falta de assistência e necessidade de um acompanhamento mais sistemático a estes, como observado no trecho presente no questionário 2: "Foi devido à falta de assistência para os adolescentes entre 10 e 18 anos. O de hipertensos e diabéticos surgiu a partir do grande número de pessoas com essas doenças que procuravam este centro".

Enquanto outra parte apontou uma exigência da SMS para a formação de grupos. Em alguns casos, foi exposto que essa cobrança, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, acontece motivada apenas por interesses eleitoreiros, ou seja, formava-se o grupo para receber políticos e conseguir o apoio das pessoas que deles participavam: "Surgiu numa conjuntura de eleições para receber os políticos e ter alguém para aplaudir. Surge de uma encomenda institucional que depois de ter passado a eleição, a cobrança para a formação destes deixou de existir" (questionário 23). Outros

entrevistados argumentaram diferente, para eles os grupos surgiram com a implantação do programa de hipertensão e diabetes, tendo em vista que a procura pela medicação para essas doenças tem determinado o ingresso das pessoas no programa e, conseqüentemente, no grupo.

O Sr. José Renato Brito Machado, responsável pelo Departamento de Assistência à Saúde da SMS, afirmou que não há cobrança para esse tipo de intervenção, não existindo nenhuma resolução por parte desse órgão orientando a formação de intervenções em grupo. Essas intervenções existem devido a uma demanda local, a partir das características de cada população; tanto, que existem em alguns centros e em outros não. Segundo mencionou, no ano de 1999, a SMS solicitou aos centros de saúde que fizessem uma relação com o nome de todas as pessoas que recebiam medicação para hipertensão e diabetes; o que pode ter acontecido é que esse cadastramento tenha sido confundido com uma solicitação para realizar intervenções em grupo.

Percebe-se que a maioria dessas intervenções em grupo, que surgiram motivadas apenas por pressões externas, estão entre as que são desenvolvidos a partir de palestras educativas. A falta de conhecimento de outras estratégias de trabalho grupal e a pouca motivação entre muitos profissionais para esse tipo de intervenção, propicia o desenvolvimento de um trabalho sem maior resolutividade para os problemas apontados.

Por outro lado, observou-se um maior interesse e preocupação com as intervenções em grupo entre uma pequena quantidade de entrevistados que citaram a iniciativa e compromisso da equipe e, ainda, a experiência e iniciativa de um profissional, como fatores que desencadearam o surgimento dos grupos. Um deles

colocou que o grupo surgiu: "A partir do perfil da própria equipe e pelo compromisso em trabalhar na saúde pública" (questionário 31).

Segundo os entrevistados que realizam intervenções em grupo nos NAPS e no CAPS, estas fazem parte da metodologia de trabalho dos serviços substitutivos, já que se inserem nas práticas alternativas à hospitalização. De uma maneira geral, os entrevistados que atuam nos centros envolvidos com a saúde mental responderam que as intervenções em grupo surgiram por iniciativa e compromisso da equipe, bem como em resposta a uma demanda crescente dos usuários do serviço. De acordo com eles, alguns grupos surgiram a partir da necessidade sentida pelos próprios usuários, que trazem para a instituição suas dúvidas e preocupações com relação às doenças ou situações que estão enfrentando e, com isso, são abertos espaços específicos para a discussão dessas questões. Porém, mesmo havendo a motivação entre os profissionais para esse tipo de intervenção, o grande problema que se observa é a limitação de vagas nesses serviços, o que não deixa outra alternativa à população carente a não ser a procura pelos hospitais psiquiátricos tradicionais.

Não faltou quem afirmasse desconhecer os motivos para a formação de intervenções em grupo, alegando que esse trabalho já existia quando chegou ao centro. Tais entrevistados demonstraram, explicitamente, ignorar as origens e fundamentações do trabalho que vêm realizando.

Tabela 12
Fatores que desencadearam o surgimento dos grupos

Respostas	Número	%
grande número de pessoas, falta de assistência	26	45,6
exigência da SMS	10	17,5
iniciativa e compromisso da equipe	9	15,8
não sabe	4	7,0
faz parte da metod. de trab. dos serv. substitutivos	3	5,3
solicitação da população	3	5,3
experiência e iniciativa de um profissional	2	3,5
Total	57	100,0

4.5. Restrições para as intervenções em grupo

A restrição mais evidente para a realização dessas intervenções é o problema do espaço físico. Pouco mais de um quarto dos entrevistados afirmaram que não havia local específico para as reuniões dos grupos e que, geralmente, são realizadas em algum local da comunidade, como o salão paroquial, o conselho comunitário, o pátio ou corredor do centro de saúde, entre outros (tabela 13).

Contudo, apesar da maioria dos entrevistados (73,3%) ter afirmado que no centro de saúde havia local específico para realizar as reuniões dos grupos, foi observado que grande parte desses locais são galpões, ou lugares inadequados. Geralmente, são espaços abertos, sem privacidade, com pessoas passando e interrompendo a reunião e, ainda, sem assento para todos os participantes, conforme foi constatado durante a coleta de dados.

Tabela 13
Relativa a presença de local específico no centro de saúde para as reuniões dos grupos

Respostas	Número	%
sim	33	73,3
não	12	26,7
Total	45	100,0

Ao serem perguntados pelas características do local das reuniões, ficou comprovada a precária condição de grande parte desses locais. Mais da metade dos entrevistados não considera o ambiente silencioso, nem ventilado e, como já foi colocado, aproximadamente a metade acha que necessita melhorar quanto às interrupções. Pouco mais de um terço dos entrevistados enfatizou que o local não tem capacidade para abrigar todos os participantes, e aproximadamente um quarto acha que deveria ser mais limpo. Alguns ainda colocaram que o ambiente deveria ser melhor iluminado (tabela 14). Apenas entre 15% e 26% dos entrevistados acham que os espaços estão muito bons para esse tipo de intervenção.

Constatou-se que as estruturas físicas dos NAPSs e do CAPS são as que melhor se adaptam a esse tipo de intervenção. Como o atendimento nesses centros está voltado principalmente para as intervenções em grupo, não foi surpresa encontrar neles, locais específicos para a sua realização.

Tabela 14
Características do local das reuniões dos grupos

Local/Atribuição (%)	Necessita melhorar	Adequado	Muito bom	Total
silencioso	53,3	31,1	15,6	100,0
arejado	53,3	28,9	17,8	100,0
sem interrupções	51,1	31,1	17,8	100,0
capacidade p/ abrigar todos os participantes	35,6	42,2	22,2	100,0
limpo	24,4	42,2	26,7	100,0
iluminado	22,2	51,1	26,7	100,0

A maioria dos entrevistados (64,4%) afirmou que não há incentivos por parte da Secretaria Municipal de Saúde para a realização de intervenções em grupo. Isso é confirmado quando se percebe a inadequação de grande parte dos espaços físicos para esse tipo de intervenção. As salas de atendimento são pouco espaçosas para a realização

das reuniões dos grupos e, como forma de improvisação, tem sido construídos galpões. Porém, esses galpões são utilizados também para outras atividades, como por exemplo a distribuição de leite para as famílias cadastradas no "programa do leite"³.

Conforme mencionou-se, muitas das intervenções em grupo são decorrentes de iniciativas dos profissionais e dos participantes. Como afirmaram alguns entrevistados: "Muita coisa advém do esforço da própria equipe, por parte da secretaria não há incentivo" (questionário 35); " Não. Porque as dificuldades são muitas e os profissionais têm que persistir. A unidade não oferece nem um local adequado para as reuniões" (questionário 1).

Pouco mais de um quarto dos entrevistados disseram que havia incentivo para as intervenções em grupo. Todavia, alguns destes afirmaram que esse incentivo era apenas os cursos promovidos pela SMS (ver tabela 15) que abordam temáticas específicas a determinados grupos, como a de saúde reprodutiva para adolescentes, HIV-AIDS. Essa situação é observada nos relatos a seguir: "Tem para o trabalho com adolescentes: cursos de capacitação para os profissionais da unidade para trabalhar com problemas relacionados a adolescência " (questionário 14); "Basicamente nenhum, a não ser cursos de sensibilização" (questionário 32).

Tabela 15
Incentivos para o trabalho com grupo

Respostas	Número	%
não	29	64,4
sim	9	20,0
não, mas são conseguidos p/iniciativa dos profis.	4	8,9
sim apenas com cursos	3	6,7
Total	45	100,0

³ Programa do Governo do Estado que visa a distribuição de um litro de leite para gestantes e crianças de seis meses a cinco anos, que esteja desnutrida.

Essa falta de incentivo também é apontada quando foram questionados sobre as limitações das intervenções em grupo (tabela 16). Aproximadamente a metade dos entrevistados consideram que as limitações são estruturais. Em 38,6% das respostas foi citada a falta de incentivo institucional, destacando especialmente como justificativas a falta de espaço físico e de infraestrutura adequada, como observado no trecho retirado do questionário 1: "As condições de trabalho são uma limitação (falta local específico, falta incentivo para ter uma estrutura de funcionamento - vídeo, som, etc.)". Para outros profissionais, a cobrança por números elevados de atendimentos individuais por dia também é um fator que dificulta a realização das intervenções em grupo: "Falta de apoio institucional; cobrança da instituição por números de atendimentos" (questionário 10).

Aproximadamente, um terço dos entrevistados se refere às limitações decorrentes dos profissionais, como a falta de preparo destes para atuar em grupo e a falta de integração da equipe. Entre estes, os entrevistados nos centros de saúde envolvidos com saúde mental, também consideram que as limitações se devem a falta de preparo dos profissionais. Segundo disse um entrevistado: "Aqui existe uma dificuldade desse trabalho em equipe porque não há uma disponibilidade por parte de todos os profissionais, como também não há uma formação específica (capacitação) para o trabalho em grupo" (questionário 10). Outro afirmou que:

Há indisponibilidade da maioria dos profissionais do serviço para trabalhar em grupo; dificuldade de reuniões sistemáticas interprofissional para discutir, avaliar e planejar as ações e para articulação do trabalho; falta de unidade entre os profissionais na condução do grupo, em termos de um profissional dar continuidade às ações do outro (...) (questionário 23).

Essa falta de preparo de alguns profissionais para atuar em grupo, citada pelos próprios profissionais quando reconhecem que não têm formação para esse tipo de intervenção, poderia ser suprida se fossem promovidos ou incentivados cursos de

capacitação para trabalhar com grupos. Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde tem promovido vários cursos de sensibilização para trabalhar com temáticas específicas, poderia incentivar também as intervenções em grupo. Essa é uma questão que merece ser mais discutida, contudo, sabe-se que é preciso alertar para a importância das intervenções em grupo.

Não faltou quem considerasse que o baixo nível sócio-econômico-cultural da população uma limitação para a realização das intervenções em grupo, evidenciando a falta de sensibilidade e preparo dos profissionais para se colocarem ao nível da comunicação do paciente e usuários do serviço. Por outro lado, uma quantidade expressiva de entrevistados (21,1%) não vê nenhuma limitação para essas intervenções, como se pode observar na tabela a seguir.

Tabela 16
Limitações atribuídas às intervenções em grupo

Respostas	Número	%
falta de incentivo institucional	22	38,6
não vê limitações	12	21,1
falta de preparo dos profissionais	11	19,3
cobrança por número de atendimentos individuais	5	8,8
falta de integração da equipe	5	8,8
baixo nível sócio-econômico-cultural da popul.	1	1,8
necessidade de intervenções individuais	1	1,8
Total	57	100,0

Alguns entrevistados comentaram ainda sobre a importância de se realizar intervenções em grupo na rede básica de saúde, porém é novamente enfatizada a necessidade de haver uma melhor formação dos profissionais de saúde. Ou seja, o despreparo por parte de alguns profissionais para esse tipo de intervenção é significativo, coisa que ficou em evidência ao longo de todo o processo de pesquisa. Observa-se que a formação da maioria dos profissionais de saúde não está voltada para

o diálogo e a escuta e, muito menos, considera a importância de se conhecer mais sobre essa forma de intervenção. Segundo o depoimento de dois entrevistados: "Acho que sempre tem que se incentivar o trabalho em grupo, a universidade forma para o trabalho individualizado" (questionário 21); "Cada vez mais existe necessidade desse tipo de trabalho em grupos. É importante haver um investimento nos profissionais de saúde e educação para a boa realização deles" (questionário 34).

Outro problema apontado pelos entrevistados como entrave para esse tipo de intervenção é a falta de um trabalho em equipe, o que tem sido bastante lembrado. Percebeu-se que havia, por parte de alguns profissionais, a consciência da necessidade de desenvolvimento de um trabalho integrado, com a participação de outros profissionais. Contudo, na realidade da rede básica de saúde, observa-se o predomínio de desconhecimento e falta de comunicação entre os profissionais quanto ao trabalho realizado por seus colegas de centro. Novamente, a exceção tem sido a estrutura de trabalho dos NAPS e CAPS que favorece a proximidade entre os técnicos e o enriquecimento do trabalho, devido a existência de espaços para o debate e a troca de informações entre estes.

A falta de planejamento e a imposição das ações de saúde também são problemas relatados por alguns entrevistados. Segundo eles, há uma grande quantidade de cobranças (para realizar atendimentos individuais, para participar das campanhas preventivas, entre outras) e, por outro lado, falta mais apoio por parte da SMS, que não oferece condições estruturais satisfatórias para a realização das intervenções em grupo. Alguns entrevistados reclamaram bastante da sobrecarga de trabalho enfrentada diariamente, o que, segundo afirmaram, dificulta a realização de outras atividades, como as intervenções em grupo. De acordo com a fala de um entrevistado:

Falta mais apoio institucional, trabalho com planejamento e a secretaria não tem planejamento, o que inviabiliza essa prática. O serviço de saúde pública é desorganizado. Cada profissional tem que atender individualmente 16 pacientes por dia, há também a pressão para se formar grupos. Além disso, sempre que tem alguma campanha de vacinação, cólera, prevenção das DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), todos os profissionais têm que direcionar suas atividades para o assunto do momento. O trabalho fica desorganizado e as ações de saúde são impostas de cima para baixo. Isso é errado porque todo trabalho deve partir de uma demanda local e não de uma demanda nacional que, algumas vezes, não tem reflexo local (questionário 7).

Diante dessa situação, percebe-se que falta mais autonomia e capacitação entre muitos profissionais para realizar intervenções em grupo com maior segurança, sem se deixar intimidar por qualquer tipo de pressão.

Portanto, no contexto da rede básica de saúde em Natal observou-se pouca difusão das intervenções grupais de caráter terapêutico, em detrimento de uma preocupação maior com os atendimentos individuais. A exceção tem sido os centros de saúde envolvidos com a saúde mental, que têm dado grande importância e atenção as intervenções realizadas em grupo. Como foi observado, há diferenças marcantes entre essas intervenções em grupo ocorridas no âmbito do programa de saúde mental e as realizadas como ação educativa-preventiva para as doenças denominadas "orgânicas".

As intervenções em grupo realizadas na saúde mental têm sido denominadas de terapêuticas, visto que tendem a promover o compartilhamento de problemas e de estratégias para enfrentá-los. Nesse tipo de intervenção, predomina a forma de relação democrática-participativa, ou de respeito ao saber presente nos participantes. Os profissionais envolvidos, por sua vez, têm consciência quanto aos benefícios e vantagens de tais práticas. A maioria dessas intervenções surgiram por iniciativa da equipe e em resposta a uma demanda crescente dos usuários do serviço, representando aproximadamente 30% das intervenções em grupo realizadas nesse contexto.

Com relação as intervenções em grupo na saúde orgânica, pode-se dizer que a maioria são formadas em função da população alvo (grupos de adolescentes, idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, entre outros), representando mais de 60% das intervenções em grupo realizadas na rede básica de saúde em Natal. Grande parte surgiu motivada apenas por pressões externas, visto que alguns profissionais não conhecem outros tipos de intervenção e nem os benefícios das intervenções terapêuticas. Muitas dessas intervenções constam basicamente de palestras e perguntas ao final, com a finalidade de educar, prevenir e controlar doenças. Como foi observado, há o predomínio das relações hierárquicas entre o profissional e o participante.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da mesma forma que citado na introdução deste trabalho, a saúde pública vem enfrentando inúmeros problemas, como a redução de verba, a pouca eficácia de procedimentos utilizados, além de trabalhar com um modelo de atenção médica que se baseia numa visão reducionista do ser humano. Geralmente, essa atenção centra-se na doença, que é encarada como problema do "corpo", ou seja, só os aspectos orgânicos são considerados, deixando de lado as dimensões psicológicas, sociais e ambientais do processo saúde-doença. A prática profissional nesse setor também enfrenta dificuldades, como a formação inadequada de muitos profissionais para responder às especificidades da população usuária.

Esses problemas encontrados na literatura referente a saúde pública também estão presente na rede básica de saúde em Natal, grande parte dos centros de saúde oferece um serviço precário. Como foi enfatizado, em nossa sociedade, a disponibilidade dos recursos tende a variar inversamente às necessidades da população, fazendo com que a população carente seja a que mais sofre por depender desta rede pública de saúde. Observa-se, portanto, que essa desigualdade social, marcante em nosso país, também é encontrada no setor sanitário.

Fica em evidência essa situação de descaso com a população pertencente às classes sociais economicamente desfavorecidas e, como tem sido observado, muitos profissionais têm questionado e procurado melhorar a qualidade do atendimento na saúde pública, especialmente na rede básica, apontando a necessidade de ações relacionadas com a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Acredita-se que as intervenções em grupo podem ser um caminho para a construção de uma prática sanitária mais eficaz, com possibilidades de trabalhar essas dimensões e buscar soluções para os problemas enfrentados por meio da iniciativa de cada participante. A partir da revisão bibliográfica, observou-se como de especial relevância considerar aqueles tipos de intervenção que promovam o desenvolvimento de relações horizontais entre profissionais e usuários, dando oportunidade ao diálogo e às relações de aprendizado mútuo. Essas intervenções são desenvolvidas de modo a permitir uma maior liberdade ao "paciente" para dizer o que pensa da sua doença e expressar seus sentimentos, podendo receber atenção dos outros e ser valorizado por suas contribuições.

Contudo, a partir dos resultados apontados pela pesquisa empírica, observou-se que a rede básica de saúde em Natal está voltada para os atendimentos individuais, deixando em segundo plano as intervenções em grupo. Percebe-se que essa predominância dos atendimentos individuais e curativos na saúde pública acontece em função da hegemonia do modelo biomédico, difundido nas sociedades ocidentais.

Ao priorizar o atendimento individual e a intervenção curativa, esse modelo reserva pouco e, às vezes, nenhum espaço para a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades. Dessa forma, o que geralmente acontece são tentativas de realizar um trabalho preventivo a partir das denominadas "palestras educativas", visto que muitos profissionais têm considerado como sinônimo de prevenção apenas essas palestras. Embora esse tipo de intervenção possa ter efeitos educativos em relação às formas de lidar com a doença, alguns dos próprios entrevistados reconhecem que os resultados positivos são bastante limitados.

Como observado nos resultados, a maioria das intervenções em grupo, nesse contexto, são desenvolvidas através dessas palestras educativas porque muitos dos

profissionais não conhecem outras formas de intervenção grupal. Nesses casos, os profissionais tendem a reproduzir a sistemática do atendimento clínico individual, de levar fórmulas prontas para o grupo, ao invés de buscar a resolução dos problemas através da troca de saberes entre participantes e profissionais.

Comprova-se que grande parte desses profissionais não estão familiarizados com as formas de intervenção mais democráticas, em que o papel do facilitador de grupo é promover a participação e a troca de experiências entre os participantes, contribuindo para o aumento do coeficiente de autonomia e, conseqüentemente, para o bem-estar das pessoas nos grupos. Portanto, a pouca clareza entre os profissionais quanto à prática de atuação em grupos terapêuticos e as concepções que dão sentido a essa prática, propicia o desenvolvimento de um trabalho em grupo sem maior embasamento teórico.

Fica em evidência que a intervenção a partir de palestras pode contribuir para manter as relações de dominação presentes na sociedade e a dependência e alienação dos pacientes com relação aos seus problemas, o que pode agravar o estado de saúde desses pacientes. Todavia, essas relações de hierarquia se estabelecem porque alguns profissionais estão condicionados a pensar que são os únicos detentores do saber e que o paciente não tem nenhum conhecimento sobre sua doença. Dessa forma, passam a acreditar que essas palestras "educativas", geralmente dadas de forma vertical e impositiva, são a solução para essa população "de baixo nível educativo".

Os pacientes, por sua vez, têm comparecido a essas palestras de forma passiva, geralmente têm apenas a motivação de garantir o medicamento, e muitas vezes sem ter consciência crítica da situação de "chantagem" a que são submetidos. Como reação desses pacientes a esse tipo de manipulação, há uma grande porcentagem de ausência nas reuniões e, por outro lado, uma procura pelo medicamento distribuído em outros centros de saúde, mesmo que, para isso, também tenha que participar das reuniões

grupais nestes. Ainda que aconteça essa procura por outros centros, foi observado no trabalho de campo que, na maioria das vezes, os pacientes não participam e nem discutem com os profissionais essa situação de incômodo sentido em relação às palestras e a distribuição da medicação.

Como se observa, esse tipo de intervenção é geralmente desenvolvido de forma improvisada, tanto que alguns grupos são constituídos apenas para formalizar o recebimento da medicação e transmitir informações sobre a doença, na tentativa de responder a solicitação por um trabalho "preventivo". Segundo alguns entrevistados, esse esquema de entrega do medicamento gera, ainda, outros problemas, como o fato das pessoas se cadastrarem em vários centros de saúde e receberem mais medicamento do que precisam, passando a negociar esse medicamento excedente.

Entretanto, grande parte das intervenções em grupo realizadas através de palestras têm um objetivo terapêutico definido, que, em muitos casos, consiste em promover mudanças de comportamentos em direção a um estilo de vida mais saudável, o que permite a convivência com a doença. Como tem sido discutido, as intervenções através de palestras educativas apresentam limitações, contudo, percebe-se que também podem ter efeitos positivos para os participantes. Como apontado por alguns profissionais, através das palestras os participantes aprendem a conviver melhor com a doença que têm.

Diferente das intervenções realizadas a partir de palestras, foram encontradas também intervenções em grupo de caráter terapêutico, especialmente nos centros envolvidos com a saúde mental. Essas intervenções são geralmente promovidas por profissionais que têm formação específica para o trabalho com grupos e/ou experiência com esse tipo de intervenção. A intervenção terapêutica em grupo tende a promover uma atmosfera que facilita a exploração do problema e a livre expressão e autenticidade

entre os participantes. Para isso, o coordenador do grupo tem o papel de facilitador das trocas de experiências, promovendo o enfrentamento mais positivo da situação e/ou a melhor convivência com esta.

Desse modo, os profissionais que atuam nos centros de saúde, desenvolvendo intervenções terapêuticas em grupo, procuram manter relações de diálogo com os participantes, buscando incentivar a participação destes a partir de uma postura democrática e aberta. Eles acreditam que têm conseguido a participação freqüente e a credibilidade dos usuários que procuram esses centros. Observou-se que, embora esses profissionais fundamentem suas intervenções em algum enfoque teórico específico, na prática suas atuações utilizam critérios de várias modalidades, ou seja, há uma superposição na utilização dos critérios e conceitos desenvolvidos por diversos enfoques.

Constatou-se que as intervenções em grupo de caráter terapêutico ainda são pouco utilizadas e, até mesmo, desconhecidas por muitos dos profissionais que atuam na rede básica de saúde em Natal, visto que foram encontradas quase unicamente nos centros de saúde envolvidos com o programa de saúde mental. Entre estes, os NAPS e CAPS são os centros que têm um maior número desse tipo de intervenção em grupo, nos quais os profissionais se colocaram mais favoráveis em relação a esse trabalho.

Dessa forma, verificou-se a existência de uma pequena parcela de intervenções em grupo que são bem planejadas e executadas devido a motivação e capacitação dos profissionais envolvidos. Por isso essas intervenções têm buscado soluções para os problemas enfrentados pela população usuária e têm contribuído para melhorar o atendimento nesse setor. Os NAPS e CAPS estão entre os centros de saúde melhor estruturados para trabalhar com grupos. Além de contar com profissionais capacitados para desenvolver intervenções em grupo, contam com uma boa estrutura física para esse

tipo de intervenção e com um sistema de funcionamento que favorece a proximidade entre os técnicos e o enriquecimento do trabalho, devido a existência de espaços para o debate e a troca de informações entre profissionais e usuários. Porém, como citado por alguns dos entrevistados, esses centros não dão conta da grande procura de atendimento.

Com relação aos outros centros, predomina, em grande parte deles, a inadequação dos espaços físicos, a falta de motivação e capacitação, entre muitos dos profissionais para este tipo de intervenção, além de intervenções sem planejamento e com pouca capacidade resolutive.

Talvez o principal problema em realizar intervenções em grupo com finalidade terapêutica, nesse contexto, seja o fato de que essas intervenções não estão de acordo com o modelo biomédico e com os valores vigentes nesse modelo. Como se percebeu na visita aos centros, até a estrutura física de muitos deles não favorecem esse tipo de intervenção por terem sido construídas salas pouco espaçosas, específicas para o atendimento clínico individual. Como forma de improvisação, tem sido construídos galpões, porém, ainda inadequados para esse tipo de intervenção.

Sabe-se que corredores de centros ou mesmo galpões abertos não são locais adequados para a realização das intervenções em grupo. Contudo, os galpões abertos podem ser transformados em salões fechados e com um mínimo de condições físicas que permitam o bom andamento do trabalho grupal, sendo necessário que esses ambientes físicos tenham boa ventilação, iluminação, cadeiras suficientes para abrigar todos os participantes e, ainda, sejam fechados, para garantir a privacidade dos participantes.

Como observado, as condições de trabalho na maioria dos centros presentes no contexto da rede básica de saúde em Natal não facilita o desenvolvimento das intervenções em grupo, e ainda desmotivam o profissional que quer fazer algo diferente

com a intenção de melhorar o atendimento. A própria cobrança por um número "x" de atendimentos por dia, segundo alguns dos entrevistados, desmotiva e, inclusive, inviabiliza a prática de intervenções nos grupos. Porém, observou-se também, nas visitas aos centros, que alguns desses profissionais limitam-se a cumprir com esse mínimo exigido, sem maiores preocupações com a melhoria do atendimento.

A pouca capacitação e a falta de perspectiva na melhoria desse sistema também estão presentes em muitos profissionais que ali atuam, o que permite adotar o ritmo de trabalho ditado pela maioria. Por isso, passam a atender individualmente durante determinado período de tempo, sem disponibilidade para se reunirem com outros profissionais ou trocarem informações, tornando-se muitas vezes alienados quanto aos serviços oferecidos pelo centro de saúde em que trabalham.

Para enfrentar esses problemas, acredita-se que o ingresso dos profissionais em cursos de treinamento e capacitação para atuar em grupo deve ser encorajado e até viabilizado pela SMS, tendo em vista a necessidade de estratégias de intervenção para a promoção da saúde e a prevenção de doenças - objetivo central da política de saúde vigente.

Por outro lado, deve ser promovido o intercâmbio entre as práticas de intervenção em grupo presentes nos vários centros, através de reuniões para trocar experiências e discutir casos. Essas discussões facilitam a troca de saberes entre os profissionais, possibilitando aos que têm experiência com esse tipo de intervenção falar de sua prática e dos benefícios desta prática para os usuários. Assim é dada a oportunidade também aos que não têm experiência com grupos de aprender um pouco das formas de intervenção nestes. É importante ratificar que tais reuniões sejam realizadas sistematicamente para que seja mantida a motivação entre os profissionais que desenvolvem-nas.

Apesar das dificuldades existentes, os profissionais reconhecem a importância de se realizar intervenções em grupo nesse contexto, mesmo que, muitas vezes, não saibam como realizá-las nem tenham conhecimento das formas de intervenção em grupo realizadas por outros profissionais. Assim, acredita-se que o retorno aos centros de saúde para discutir com os profissionais entrevistados os resultados apontados por esta pesquisa e, ao mesmo tempo, comentar especificamente sobre o trabalho que desenvolvem, possa viabilizar mudanças positivas nas práticas desse tipo de intervenção.

Entende-se, portanto, a constituição de intervenções em grupo na rede básica de saúde em Natal como um processo em construção que, mesmo tendo se iniciado restrito a poucas pessoas e, em alguns casos, sem maior embasamento teórico por parte dos profissionais que as realizam, pode ser ampliado e difundido na área sanitária. Essa difusão poderá ocorrer a partir da utilização dessas estratégias citadas, que envolve as discussões e avaliações constantes entre os profissionais envolvidos nessas prática, bem como se forem favorecidas condições estruturais necessárias a realização satisfatórias dessas intervenções.

Contudo, é bom destacar que embora seja desencorajador enfrentar condições precárias de trabalho, visto que poucas instituições mostravam ter condições físicas adequadas para as intervenções em grupo, existem profissionais que têm usado criatividade para desenvolverem um trabalho com qualidade. Como se pode ver, as mudanças no contexto da rede básica de saúde em Natal realmente acontecem decorrentes da criatividade e motivação dos profissionais envolvidos com o trabalho. Percebe-se que muitos profissionais, por compromisso e iniciativa própria, estão engajados na luta pela melhoria do atendimento na saúde pública.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ancona-Lopez, M. & Figueiredo, L. C. M. (1990). *Guia psi - quando e quem procurar se você ou alguém de sua família necessita de atendimento psicológico*. São Paulo: Marco Zero.
- Ander-egg, E. (1995). Los grupos de apoyo mutuo, en medio de las muchedumbres solitarias de fines del siglo xx. *B.A.M.S.*, 2, 21-29.
- Arretche, M. T. S. (1997). O sistema de proteção social brasileiro: em direção a um modelo descentralizado. *São Paulo em perspectiva*, 11, 20-31.
- Ávila, A. E. & García, A. H. (1995). De las concepciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones psicosociales. In J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Orgs.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social - aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. (1997). El apoyo social en la intervencion comunitaria. *B.A.M.S.*, 5, 15-21.
- Barrón, A., Lozano, P., & Chacón, F. (1988). Autoayuda y Apoyo Social. In A. Martín, F. Chacón, & M. Martínez (Orgs.), *Psicología comunitária* (pp. 205-225). Madrid: Visor.
- Berstein, M. (1986). Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In L. C. Osório (Org.) et al, *Grupoterapia hoje* (pp. 108-132). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boainain Júnior, E. (1998). *Tornar-se transpessoal: transcendência e espiritualidade na obra de Carl Rogers*. São Paulo: Summus.
- Brasil/Constituição. (1999). *Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 23/99 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94*. Brasília: Senado Federal.
- Brohman, M. L. P., & Tubert-Oklander, J. (1986). Grupos operativos. In L. C. Osório (Org.) et al, *Grupoterapia hoje* (pp. 135-141). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campos, G. W. S. (1997a). Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In S. Fleury (Org.), *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (pp. 113-124). São Paulo: Lemos editorial.
- Campos, G. W. S. (1997b). *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.

- Campos, G. W. S. (1997c). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In L. C. O. Cecílio (Org.), *Inventando a mudança na saúde* (pp. 29-87). São Paulo: Hucitec.
- Canals, J. (1995). Las asociaciones de autoayuda en el mundo de la salud: consideraciones sobre los fundamentos de la ayuda mutua. *B.A.M.S.*, 1, 15-27.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.
- Capra, F. (1988). *Sabedoria incomum*. São Paulo: Cultrix.
- Carlos, S. A. (1998). O processo grupal. In M. Jacques, M. Strey, M. Bernardes, P. Guareschi, S. Carlos, & T. Fonseca (Orgs.), *Psicologia social contemporânea* (pp. 199-206). Petrópolis: Vozes.
- Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (1999). Psicologia e saúde: uma análise da estruturação de um novo campo teórico-prático. *Psico*, 30, 5-28.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (Orgs.) (1985). *Social support and health*. Orlando: Academic Press, inc.
- Cohn, R. C. (1973). Terapia em grupos: psicanalítica, experiencial e "gestalt". In J. Fagan, & I. L. Shepherd (Orgs.), *Gestalt-terapia. Teoria, técnicas e aplicações* (pp. 181-193). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Day, B., & Matthes, W. (1992). A comparison of Jungian, Person-Centered, and Gestalt approaches to personal growth groups. *The journal for specialists in group work*, 17, 105-115.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de psicologia*, 3, 53-81.
- Edelmann, R. J. (2000). *Psychosocial aspects of the health care process*. London: Prentice Hall
- Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fiscmann, J. B. (1997). Como agem os grupos operativos? In D. E. Zimerman & L. C. Osorio (Orgs.), *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gil, F., & García, M. S. (1994). Características e procesos psicosociales de los grupos de autoayuda. *B.A.M.S.*, 0, 15-22.
- Gottlieb, B. H. (1988). *Marshaling social support*. London: Sage Publications.
- Greve, D. W. (1996). Psicoterapia gestáltica de grupo. In H. I. Kaplan (Org.), *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lego, S. (1996). Psicoterapia de grupo com pessoas infectadas pelo HIV e com os que lhes prestam cuidados. In H. I. Kaplan (Org.), *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Luchins, A. S. (1964). *Psicoterapia de grupo: um guia*. São Paulo: Cultrix.
- Mailhiot, B. (1973). *Dinámica y génesis de grupos*. Madrid: Ediciones Marova.
- Marchioni, M. (1995). La participacion de los ciudadanos. *B.A.M.S.*, 2, 30-35.
- Martín-Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder. Psicología social desde centroamérica (II)*. El Salvador: UCA.
- Mendes, E. V. (1999). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (Org.) (1999). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Pisani, E. M., Pereira, S., & Rizzon, L. A. (1994). Grupos e organizações. In E. M. Pisani, S. Pereira, & L. A. Rizzon (Orgs.), *Temas de psicologia social* (pp. 121-155). Petrópolis: Vozes.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. London: Sage Publications.
- Remen, N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (1994). *Gestalt-terapia - o processo grupal: uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística*. São Paulo: Summus.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor-Mira, M. A., & López-Roig, S. (1988). Salud comunitaria. In A. Martín, F. Chacón, & M. Martínez (Orgs.), *Psicología comunitária* (pp. 37-53). Madrid: Visor.
- Rogers, C. R. (1970). *Grupos de encontro*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1970). *Introdução ao psicodrama*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1984). Nuevos aportes teóricos y metodológicos en psicodrama, *Revista de Psiquiatria y Psicología Humanista*, 9, 3-10.
- Sacks, J. M. (1996). Psicodrama. In H. I. Kaplan (Org.), *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Scheidlinger, S. (1996). História da psicoterapia de grupo. In H. I. Kaplan (Org.), *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Seminotti, N. (1997). Psicodrama. In D. E. Zimmerman & L. C. Osorio (Orgs.), *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva Júnior, A. (1998). *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Silva, R. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. P. (1992). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 11-23). São Paulo: Hucitec.
- Tellegen, T. A. (1984). *Gestalt e grupo - uma perspectiva sistêmica*. São Paulo: Summus.
- Traverso-Yépez, M. (1999). *Os grupos de autoajuda e o desenvolvimento da cidadania e a participação social*. Relatório de pesquisa não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Traverso-Yépez, M. (no prelo). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*.
- Vasconcelos, E. M. (1997). *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Valla, V. V. (1998). Apoio social: buscando compreender a fala das classes populares. In M. V. Costa (Org.), *Educação popular hoje*. São Paulo: Edições Loyola.
- Zayas, I. M. (1995). Los grupos de mutua ayuda y las asociaciones de voluntariado, nucleos de apoyo y participacion social organizada. *B.A.M.S.*, 1, 34-42.
- Zimmerman, D. E. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimmerman, D. E. (1997a). Fundamentos teóricos. In D. E. Zimmerman & L. C. Osorio (Orgs.), *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimmerman, D. E. (1997b). Fundamentos técnicos. In D. E. Zimmerman & L. C. Osorio (Orgs.), *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

APÊNDICE: Modelo do questionário

[illegible]

* *Prezado (a) colaborador (a):*

Sinta-se à vontade para dar suas idéias e opiniões, lembrando que suas respostas serão anônimas e os dados desta pesquisa serão analisados em conjunto e de forma confidencial.

Não existem respostas certas nem erradas, o que importa é sua opinião sincera.

Nº _____

1. O que significa para você intervenção em grupo?

2. Qual a sua posição com relação às intervenções em grupo na rede básica de saúde, você acha necessário _____ ou desnecessário _____. Por quê?

3. Como surgiu a idéia de montar esse(s) trabalho(s) em grupo?

4. Há incentivos para que esse(s) trabalho(s) ocorra(m)?

5. Aqui neste Centro tem local específico para as reuniões do(s) grupo(s)? Sim _____ Não _____
Em que local vocês se reúnem? _____

<i>Características desse ambiente</i>	<i>Muito bom</i>	<i>Adequado</i>	<i>Necessita melhorar</i>
Silencioso			
Arejado			
Iluminado			
Sem interrupções			
Com capacidade para abrigar todos os participantes			
Limpo			

6. Que vantagens (se você achar que tem alguma) você atribui a essa(s) intervenção(s) em grupo?

7. Que limitações (se você achar que tem alguma) você atribui a essa(s) intervenção(s) em grupo?

8. Comentários.
